

**Erfaringer fra depresjon etter fødsel - En kvalitativ
litteraturstudie om kvinners erfaringer med fødselsdepresjon**

Masteroppgave



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, med spesialisering i psykisk helsearbeid

MHVPMAS_1

Masteroppgave (studiepoeng: 30)

Student: Guri Aksnes Moy

Veileder: Kristine Rørtveit

Dato: 28.06.16

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2016

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Guri Aksnes Moy

VEILEDER: Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Erfaringer fra depresjon etter fødsel - En kvalitativ litteraturstudie av kvinners erfaring med fødselsdepresjon

Engelsk tittel:

Experience of depression after birth – A qualitative litteraturestudy of women who has experienced a Postpartum depression

EMNEORD/STIKKORD:

MHVPMAS_1: Master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid

ANTALL SIDER: 44

STAVANGER28.06.2016.....

DATO/ÅR

Forord

Dette har vært en lærerik, slitsom og utfordrende periode. Jeg vil gjerne takke de som har støttet meg gjennom denne prosessen. Det å forme en studie har bydd på mange utfordringer, jeg ikke var forberedt på. Det har gitt meg en øyeåpner på hvor omfattende det er å gjennomføre et forskningsprosjekt.

En spesiell takk rettes til Kristine Rørtveit for god veiledning. Takk for tålmodighet, kritiske og omfattende tilbakemeldinger. Takk for oppmuntring, og støtte.

Jeg vil også takk jobben min som har stilt opp og hjulpet meg med bytting av vakter, og gode diskusjoner.

En stor takk til Camilla Grøttem Moy og Kristin Horne for korrekturlesing av oppgaven, kritiske spørsmål og forbedring av setninger.

Helt til slutt vil jeg takke min ektemann Cay Martin Moy, som har støttet meg gjennom denne prosessen, og styrket selvbildet mitt til å gjennomføre.

Sammendrag

Bakgrunn: Fødselsdepresjon er depresjon relatert til fødsel, og er den vanligste komplikasjonen som kan inntreffe etter en fødsel. I Norge er det rundt 60 000 fødsler i året. Mellom 10% og 15% av barselkvinnene får fødselsdepresjon. Det vil si at det hvert år er 6 000 - 9 000 kvinner, som opplever en form for fødselsdepresjon.

Vi skiller mellom tre psykiske komplikasjoner etter fødsel: barseltårer, fødselsdepresjon og barselpsykose. Denne studien vil dreie seg om fødselsdepresjon.

Mål: Målet med denne studien er å belyse kvinners erfaringer, og gi en systematisk oversikt over temaet fødselsdepresjon slik det er beskrevet i kvalitativ forskningslitteratur.

Problemstilling: Hvordan beskriver kvinner sine erfaringer med fødselsdepresjon?

Metode: Metoden er en systematisk kvalitativ litteraturstudie. Det undersøkes en samling av kvalitative artikler. Disse omhandler kvinners opplevelser og erfaringer fra en gjennomlevd fødselsdepresjon. Analyse av artiklene vil skje ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Hovedtemaet *Mørk barseltid - mødrenes kamp mellom lykke og fødselsdepresjon*, ble utviklet og beskrevet av to tema: *Manglende mestringsfølelse* og *Mammasjokket - forventninger og realiteter*. Disse ble videre beskrevet i seks sub-tema.

Konklusjon: Kvinners erfaringer fra depresjon etter fødsel, beskrives som en tid preget av manglende mestringsfølelse i møte med hverdagslige utfordringer de tidligere mestret. Det er også en tid med lite samsvar mellom skapte forventninger og realitetene som disse kvinnene møter. Dersom kvinner kan bli bevisst sine automatiske tanker i forbindelse med depresjonen, kan dette hjelpe dem til å endre tankemønsteret slik at de tenker på en mer realistisk måte og endre utfallet av depresjonen. Kvinners opplevelse av fødselsdepresjon kan på mange måter kategoriseres, siden mange sitter med erfaringer og opplevelser som ligner hverandre. På den andre siden er sammensetningen av disse ofte forskjellige, og er tilpasset hver enkelt kvinne.

Abstract

Background: Depression is the most common complication after birth. Postpartum depression is depression that occurs after childbirth. In Norway there are about 60,000 births a year. Between 10-15% of postpartum women get postpartum depression. That is between 6000-9000 women each year experience some form of postpartum depression. We distinguish three psychiatric complications after childbirth, postpartum tears, postpartum depression and postpartum psychosis. This study will focus on postpartum depression.

Aim: The aim of this study is to shed light on women's experiences, and provide a systematic overview of the topic Postpartum Depression, as described in qualitative research literature.

Problem: How do women describe their experiences with postpartum depression?

Method: This method is a systematic qualitative literature study where it examined a collection of qualitative articles, which deal with women's experiences from a lived through postpartum depression. Analysis of the articles will be carried out using a qualitative content analysis.

Result: The main theme Dark puerperium - mothers struggle between happiness and postpartum depression, was developed and described by two topics; Missing a sense of empowerment and Mamma shock, expectations and realities. These were further described in seven sub-topics.

Conclusion: Women's experiences with being depressed after birth is described as a time marked by a lack of a sense of empowerment in the face of everyday challenges that they have previously mastered. It is also a time of little correlation between the created expectations and realities these women face. If women can become aware of their automatic thoughts associated with depression, this can help them to change thought patterns to think in a more realistic way, and change the remission from depression. Women experience postpartum depression may in many ways be categorized, since many of them have experiences similar to each other. On the other hand, the compositions of these experiences are often different, and are unique to the individual woman.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 STUDIENS HENSİKT OG PROBLEMSTİLLİNG	3
1.2 AVGRENSNING OG DEFINISJONER.....	3
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	4
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	5
2.1 FØDSELSDEPRESJON	6
2.2 KOGNITIV TEORI	8
3.0 METODE – METODISKE OVERVEIELSER.....	12
3.1 SØK.....	12
3.2 ANALYSE.....	15
3.3 KRITIKK AV KILDENE.....	17
3.4 KRITIKK AV METODEN	18
3.5 STUDIENS VALIDITET OG RELIABILITET	19
3.6 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER.....	20
4.0 RESULTAT	21
4.1 MØRK BARSELTID – MØDRENE KAMP MELLOM LYKKE OG FØDSELSDEPRESJON	22
4.1.1 <i>Manglende mestringsfølelse</i>	<i>22</i>
4.1.2 <i>Mammasjokket - forventninger og realiteter.....</i>	<i>27</i>
5.0 DISKUSJON	31
5.1 MANGLENDE MESTRINGSFØLELSE.....	31
5.2 MAMMASJOKKET – FORVENTNINGER OG REALITETER	37
6.0 KONKLUSJON.....	41
6.1 VIDERE FORSKNING.....	42
6.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	43
7.0 LITTERATURLISTE	45
8.0 VEDLEGG.....	49
8.1 VEDLEGG 1.....	49
8.2 VEDLEGG 2.....	50

1.0 Innledning

I alle kulturer og samfunnslag forbindes det å få barn med lykke. For de aller fleste kvinner er det knyttet høye forventninger til barnets komme, selv om de vet at det å bli mødre fører til en stor omveltning i livet. De gleder seg til endelig å få holde den lille som de har ventet så lenge på. At barseltiden kan bli mørk, og en kamp mellom lykke og fødselsdepresjon, forbereder man seg lite på (Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012).

I denne studien er fokuset kvinners erfaringer fra depresjon etter fødsel. Fødselsdepresjon er en svært utbredt form for depresjon. Tidligere forskning viser at andelen barselkvinner som blir diagnostisert med fødselsdepresjon, er 10-15% (Haga et al., 2012; Kantrowitz-Gordon, 2013; Montgomery, Mossey, Adams, & Bailey, 2012). I tillegg er det mange kvinner som uttrykker at de har symptomer som kan minne om depresjon. I Montgomery et al., kommer det frem at 30% diagnostiserer seg selv med fødselsdepresjon (Montgomery et al., 2012). En annen studie viser at hele 40,2% av barselkvinnene diagnostiserer seg selv med fødselsdepresjon, eller symptomer på en depresjon (Thurgood, Avery, & Williamson, Spring 2009). I Norge er det rundt 60 000 fødsler i året. Det vil igjen si at 6 000 til 9 000 kvinner hvert år gjennomlever en fødselsdepresjon. Dette viser viktigheten av å utvide kunnskapen om denne diagnosen.

Fødselsdepresjon er ikke den eneste psykiske komplikasjonen etter fødsel. Det kan nevnes andre som barseltårer og barselpsykose. Barseltårer oppstår dager etter fødsel og går over etter noen dager, mens barselpsykose kan oppstå brått og minner om psykose som kan oppstå ellers i livet (Helsebiblioteket.no, 2014). Professor Cheryl Tatano Beck er en anerkjent professor innen temaet fødselsdepresjon, og har gjennom mange år jobbet tett på kvinner som har gjennomgått dette. Beck definerer fødselsdepresjon slik:

Postpartum depression is a serious mood disorder that can cripple a woman's first months as a new mother. I have described it as "a thief that steals motherhood". Without appropriate clinical intervention, postpartum depression can have long-ranging implications for both mother and child (C. T. Beck, 2006, s. 42).

Selv om vi vet at fødselsdepresjon er en type lidelse som en rekke barselkvinner opplever, er det for mange et tabubelagt tema. Skyld og skam i forbindelse med denne lidelsen er vanlig. Det fører til at en god del kvinner lever i taushet med problemene

sine, fordi de ikke ønsker at andre skal vite om at de sliter. Å få en fødselsdepresjon oppleves av mange som et sosialt stigma, som igjen fører til at noen mødre unngår å søke hjelp før depresjonen har kommet for langt. Depresjon etter fødsel er en skjult lidelse, og nye mødre opplever den som en kombinasjon av depresjon og angst (Cheryl Tatano Beck & Indman, 2005). Tidlig oppdagelse og behandling av fødselsdepresjon kan hindre mange potensielt harde måneder, og ringvirkningene av disse (C. Beck, 2001). Fødselsdepresjon blant kvinner er et kjent problem, men også menn kan oppleve en form for depresjon etter fødselen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Denne studien tar imidlertid for seg kvinners opplevelser og erfaringer med fødselsdepresjonen.

Fødselsdepresjon er et tema det er forsket mye på, og et enkelt søk kan gi mange tusen treff. Søkene tyder likevel på at det er forsket lite på kvinners egne opplevelser, som vi i denne studien ønsker å vite mer om. Litteratursøk i ulike databaser viser at hovedtyngden av forskningslitteratur angående fødselsdepresjon omhandler risikofaktorer, årsaksfaktorer, risikogrupper, behandling, og amming som risikofaktor. Alle disse er relevante og viktige faktorer innen forskningen på depresjon etter fødsel, men ingen av dem svarer på denne oppgavens problemstilling. Konsekvensen av dette er at det å finne relevante artikler til studien, har vært utfordrende og tidkrevende. Resultatet ble ni artikler som omhandlet kvinners opplevelser fra fødselsdepresjon.

For å legge et godt teoretisk grunnlag og øke forståelsen for omveltningen som kvinnene går gjennom, vil det i studien bli anvendt teori om barseltid. Det brukes blant annet studier fra Kendall-Tackett og fra C. T. Beck som grunnlag for videre drøfting (Schneider, Elliott, LoBiondo-Wood, & Haber, 2003). For å finne relevant litteratur til studien ble det søkt i databaser etter artikler som omhandler pasientopplevelser etter fødsel. Dette utvalget av artikler var med på å gi både teoretisk og empirisk grunnlag for å løse problemstillingen. Kognitiv teori vil bli gjennomgått i teorikapittelet. Den blir anvendt som en forståelsesmodell i drøftingen.

Min viten om fødselsdepresjon begrenser seg til det jeg har sett i praksis som sykepleierstudent og som psykiatrisk sykepleier, og det jeg har hørt av venner og familie som selv har født. Dette er min forforståelse, men også årsaken til at jeg har fattet interesse for temaet.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Denne masteroppgaven fordyper seg i utvalgt teoretisk og empirisk litteratur innen fødselsdepresjon, for å finne hva som betegnes som fødselsdepresjon og erfaringer med den. Det er valgt å kartlegge ulike typer tenkning om fødselsdepresjon og kognitive teorier. Disse diskuteres opp mot deler av eksisterende erfaringer som kommer fram i utvalgte artikler.

Målet med studien er å utforske og beskrive kvinners erfaringer, samt gi en systematisk oversikt over temaet fødselsdepresjon, slik det er beskrevet i oppgavens utvalg av kvalitativ forskningslitteratur. Dette kan gi en viss oversikt over kvinners opplevelser knyttet til deres fødselsdepresjon.

Denne studien kan bidra til bedre forståelse for kvinnene som gjennomgår en fødselsdepresjon. Det blir brukt kvinners uttrykte opplevelser og erfaringer i den hensikt å øke kunnskapsnivået om temaet, og for å gi økt kompetanse i arbeidet med kvinners fødselsdepresjon.

Problemstillingen er:

Hvordan beskriver kvinner sine erfaringer med fødselsdepresjon?

1.2 Avgrensning og definisjoner

Denne studien avgrenser mot de spesielle årsakene og risikofaktorene som utløser fødselsdepresjon, det blir også avgrenset mot sosiodemografiske faktorer (jf. Kap. 2.1).

Studien vil kun ta for seg noen av de viktigste erfaringer som kommer fram i de ni artiklene som er studiens empiri. Dette innebærer at behandling og veien ut av depresjonen, får liten plass i denne oppgaven.

Fødselsdepresjon: Depresjon som oppstår i etterkant av fødsel (jf. definisjonen i Kap. 2.1).

1.3 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 (teorikapittelet) redegjør for teorilitteraturen som ligger til grunn for diskusjonen. Kapittel 3 (metodekapittelet) tar for seg anvendt metode i innsamling av materiale og relevant litteratur. I kapittel 4 presenteres funn fra ni artikler. Disse blir avhandlingens empiri. Funnene blir deretter diskutert sammen med teori i kapittel 5. Problemstillingen besvares til slutt i konklusjonen, kapittel 6.

2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet kartlegges ulike typer tenkning om fødselsdepresjon og kognitive teorier. Senere vil disse bli brukt i diskusjonen, for å drøfte deler av eksisterende erfaringer som kommer fram i utvalgte artikler under funn i kapittel 4.

Foruten fødselsdepresjon finnes det to andre former for psykisk komplikasjon etter fødsel, barseltårer og barselpsykose (Helsebiblioteket.no, 2014). Barseltårer er noe de fleste kvinner opplever etter fødselen. Nærmere 70% opplever dette den første uken. Barseltårer er helt ufarlig. Årsaken er oftest hormonell, og symptomene går som regel over etter noen dager eller uker (Gullestrup & Terp, 2008, p. 9). Barselpsykose er den mest alvorlige og sjeldne formen for psykiske komplikasjoner etter en fødsel. Antallet som utvikler fødselspsykose, er kun 1-2 av 1000 i året (Eberhard-Gran, Slinning, & Hånes, 2015). Av 60 000 fødsler i Norge hvert år, får 60-120 kvinner barselpsykose (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Risikoen for å utvikle en psykose etter fødsel, er hele 20-25 ganger større enn ellers i livet. Enkelte får barselpsykose, som videre kan utvikle seg til en bipolar lidelse (manisk-depressiv lidelse). Barselpsykose kan inntreffe enten i løpet av de første ukene, eller like etter fødsel. Denne tilstanden er akutt og så alvorlig, at de fleste må legges inn på psykiatrisk avdeling på sykehus. Kjentegnene er uvanlig oppstemt (mani), eller dyp depresjon, desorientering, vrangforestillinger (når det gjelder personer, tid, sted). For noen kan også denne lidelsen ligne schizofreni, men da uten klar oppstemthet eller nedstemthet. De som blir behandlet tidlig i sykdomsforløpet, har stor mulighet for å bli bra igjen raskt (Eberhard-Gran et al., 2015).

Depresjon generelt, er en av de mest utbredte formene for psykisk lidelse. Til en hver tid vil omtrent 5% av verdens befolkning lide av mild, kronisk depresjon. Rundt 10% av mennene, og 20% av kvinnene får en depresjon i løpet av livet. Depresjon har symptomer som kjennetegnes av mindre interesse og glede over ting i livet, senket sinnsstemning og mindre energi enn tidligere. Noen vil også få dårlig matlyst (vekttap), god matlyst (vektøkning), forstyrret søvnmønster, dårligere konsentrasjon og hukommelse, samt psykomotoriske hemninger som innebærer at talen, bevegelsene og tankene går saktere. Noen får vrangforestillinger om fortapelse, skyld og synd, andre får tanker om selvmord og død (Fjeldstad, 2013). Depresjon som skjer ellers i livet, minner mye om depresjon etter fødsel. Det er den utløsende situasjonen som er forskjellig.

2.1 Fødselsdepresjon

Å føde et barn er en stor, og vanligvis positiv livshendelse. Likevel blir mange deprimerte etter fødselen. C. T. Beck 2006 beskriver fødselsdepresjon på denne måten:

Postpartum depression is a serious mood disorder that can cripple a woman's first months as a new mother. I have described it as "a thief that steals motherhood". Without appropriate clinical intervention, postpartum depression can have long-ranging implications for both mother and child (C. T. Beck, 2006, s. 42).

Fødselsdepresjon oppstår 6-52 uker etter at en kvinne har født. Den kan innebære at mor har vonde tanker om seg selv, eller at hun ikke føler noe tilknytning til barnet sitt (Haga et al., 2012). Depresjon etter fødsel kan få store konsekvenser for kvinnen, men også for barnet (C. T. Beck, 2006, p. 42). I tillegg påvirker en fødselsdepresjon hele familien, som partner, andre barn, foreldre, og ikke minst spedbarnet ved at det i noen tilfeller får tilknytningsvansker. Dette kan senere i livet føre til problemer for barnet (C. Beck, 2001).

Fødselsdepresjonens alvorlighetsgrad kan variere. Det er mange ulike symptomer på denne form for depresjon. For at en kvinne skal få diagnosen fødselsdepresjon, må en rekke kriterier oppfylles. Over en to ukers periode, må fem av følgende symptomer være oppfylt: 1) Følelse av depresjon mesteparten av dagen; 2) endring i appetitt – påvises ved vektoppgang eller vekttap; 3) nedstemthet, 4) søvnproblemer – i form av å alltid være trett og/eller sove for mye; 5) retardasjon – som psykomotorisk agitasjon eller aktivitetsforstyrrelser; 6) mindre energi enn tidligere; 7) følelse av verdiløshet – uttrykt som skyldfølelse; 8) Vanskeligheter med å ta avgjørelser, og problemer med konsentrasjon; 9) tanker om døden - suicidale tanker med eller uten en gjennomtenkt plan (Abrahamsen, 1997).

Haga et al. (2012) hevder også at fødselsdepresjon minner om vanlig depresjon, bortsett fra at den ses i sammenheng med fødsel. I følge dem er dette de vanligste symptomene på fødselsdepresjon: utilstrekkelighet; følelse av håpløshet; gråt; skyldfølelse; uro og angst; manglende evne til å føle glede over den nye babyen; dårlig hukommelse og konsentrasjon; tap av matlyst; søvnforstyrrelser; sosial isolasjon; og selvmordstanker (Kendall-Tackett, 2010). I tillegg til disse symptomene viser Helsebiblioteket.no til flere symptomer: miste interessen for livet; tanker om å dø; frykt; sinne; følelse av å

være fanget; noen får panikk; enkelte blir overveldet av barnets behov; og noen kan føle på en frykt for å skade barnet sitt. Det kan også være vanskelig å snakke med andre om hvordan man føler seg (Haga et al., 2012; Helsebiblioteket.no, 2014).

På tross av at fødselsdepresjon er den vanligste komplikasjonen etter fødsel, finnes det likevel for lav kunnskap om diagnosen blant allmenbefolkningen og profesjonelle. Ofte gjenkjenner ikke en gang kvinnene selv symptomene når de har en fødselsdepresjon. I stedet for tenker de at de er unormale, og skammer seg over manglende lykkedefølelse i forbindelse med å ha blitt mor. Dette fører til at mange isolerer seg, når de egentlig burde søkt hjelp. Kendall-Tackett hevder at fødselsdepresjon ofte må sees i sammenheng med andre faktorer. Det er sjelden bare én faktor som er utslagsgivende for en fødselsdepresjon. Noen har hatt depresjon tidligere i livet eller under svangerskapet, og kan av den grunn være mer utsatt for å få en ny depresjon etter fødsel (Helsebiblioteket.no, 2014). Det å bli mor, er for mange en stor omveltning i livet. Før hadde moren bare seg selv å tenke på, men nå er et lite barn helt avhengig av henne døgnet rundt. For mange er denne overgangen større enn de hadde tenkt seg, og de får uventede reaksjoner (Kendall-Tackett, 2010).

Den første tilknytningen mellom mor og barn er svært betydningsfull. Den legger mye av grunnlaget for relasjonen dem i mellom, og danner en trygghet hos barnet. Å knytte kontakt med et annet menneske, er barnets basale behov. Dette gir barnet selvbekreftelse, tilknytning og trygghet. Mor er som regel den første personen barnet knytter denne kontakten til. Dersom mor ikke er i stand til å ta vare på barnet på grunn av en depresjon, vil ikke barnet få den tryggheten og omsorgen det trenger. Det kan igjen gjøre barnet utsatt for psykiske lidelser (Murray & Cooper, 1997).

Mange har bygd opp høye forventninger til den nye rollen de skulle få som mødre. Når deres forventninger og realiteten ikke samstemmer, fører dette til at enkelte får en følelse av å ikke mestre livet på den måten de ønsket. Mangel på sosial støtte kan føre til depresjon. Sosial støtte påvirker også opplevelsen av å mestre, i tillegg til selvtilliten. Den sosiale støtten innebærer støtte fra familie, partner, venner og samfunnet. Kvinners viktigste støtte er partneren. De kvinner som ikke har støtte fra partner, har større risiko for å utvikle fødselsdepresjon (Murray & Cooper, 1997). Dersom mor ikke opplever skikkelig tilknytning til barnet, eller at barnet gråter mye, sover lite, eller er sykt, kan det føre til at mor også sover lite og blir utslitt. Andre faktorer som kan spille inn er

økonomiske problemer. Det at man ikke tror man har mulighet til å ta vare på barnet og gi det hva det trenger, er tungt. En annen faktor er problemer med amming. De kvinner som sliter med dette, er en utsatt gruppe med tanke på fødselsdepresjon. De har ofte følelsen av at de ikke strekker til, noe som igjen fører til at de har en opplevelse av å være dårlig mødre (Kendall-Tackett, 2010).

Også Beck og Karton et al., mener at det finnes en rekke risikofaktorer som kan være utløsende for fødselsdepresjon. Disse faktorene kan være: tidligere depresjon; å erstatte amming med morsmelkerstatning; lav selvfølelse; depresjon eller angst under svangerskapet (også kalt prenatal depresjon og prenatal angst); stress knyttet til barnepass; lav sosial støtte; livs stress; sykdom hos barnet (for eksempel kolikk); dårlig relasjon til barnets far; å være enslig forsørger; fødselsnedstemthet; uønsket graviditet; og lav sosioøkonomisk status (Kendall-Tackett, 2010). Førstegangsfødende er i den største risikogruppen for å utvikle fødselsdepresjon. Det kan være mange grunner til dette, men det antas at årsaken kan ligge i at endringene i livet og hverdagen oppleves større for førstegangsfødende. Så store at enkelte tviler på sine evner til å være mor (C. Beck, 2001; Katon, Russo, & Gavin, 2014). To interessante paradoks angående fødselsdepresjon fremkommer i Karton et al. Sin undersøkelse. Det ene er at deres studie viste at mange kvinner med sosiodemografiske risikofaktorer, nærmest er utelukket fra gruppen med dem som blir deprimert etter en fødsel. Sosiodemografiske faktorer kan være: røyking; alkohol; depresjon fra tidligere og under svangerskapet; psykososialt stress; partnervold under svangerskapet; graviditetsrelatert hypertensjon; svangerskapsdiabetes; lav fødselsvekt; for tidlig fødsel; og fosterdød. I følge Karton et al. er det i tillegg nevnt en gruppe som er betydelig utsatt, men som har mindre risiko for å utvikle en fødselsdepresjon. Disse kvinnene har gjerne gjennomgått en for tidlig fødsel, svangerskapsforgiftning, eller arbeidsrelaterte komplikasjoner. Denne oppgaven avgrensner blant annet for denne gruppen, og den gruppen med sosiodemografiske faktorer (Haga et al., 2012).

2.2 Kognitiv teori

Kognitiv teori er teorien bak menneskets oppfattelser, følelser, og hvordan de handler i bestemte situasjoner. Måten man tenker om en hendelse på, kan sterkt påvirke måten man handler på. Våre reaksjoner og handlinger kommer fra de grunnantakelser som

danner tankemønstre, og som gir grunnlaget for vår personlighet. På bakgrunn av tidligere erfaringer med omverdenen, tolker og forstår man nye opplevelser. I kognitiv teori kommer tanken før alle følelser og handlinger. Kognitiv betyr forståelse, erkjennelse og undersøkelse (Katon et al., 2014).

Aron T Beck blir ansett som grunnleggeren av denne teorien, som er teorien bak blant annet kognitiv atferdsterapi. Han blir regnet som den mest innflytelsesrike psykiateren og praktiserende psykoanalytikeren gjennom tidene. Beck hevdet at depresjon først og fremst handlet om negative og ulogiske og tanker. Beck oppdaget at opplevelsen av fiasko og verdiløshet ofte ikke stemte med virkeligheten en deprimerert person levde i. Beck antok da at depresjon var sykdom i tankene, og at pasientene kunne gjenvinne normalitet ved å endre forskrudde tankemønstre. Han utviklet kognitiv terapi hvis hensikt var å analysere tankemønstre, for at destruktive tankemønstre kunne oppdages og endres. Beck hadde tre prinsipper for kognitiv terapi:

1. Alle følelser blir generert av våre tanker, og hvordan vi har det her og nå er betinget av det vi har i tankene. Mange av våre tankerekker er ”mentalt støy”, og er delvis ubevisste og automatiske. Kognitiv terapi handler om at denne negative støyen ikke lenger skal ha råderett over våre liv. Kontrollen over det vi tenker må gjenvinnes.
2. Depresjon er i bunn og grunn resultatet av negative tankemønstre.
3. Vi aksepterer tankene våre helt ukritisk på tross av at majoriteten av dem er feilaktige og forvrengte versjoner av virkeligheten, og skaper følelsesmessige påkjenninger (J. S. Beck, 2011).

I følge kognitiv teori blir psykiske plager vedlikeholdt ved kombinasjonen av inaktivitet, tilbaketrukkethet, unngående atferd, og uhensiktsmessige tanker. Dette er også med på å hindre bedringen av helsen (J. S. Beck, 2011). Innen kognitiv teori er fokuset på hvorfor depresjonen ikke går over, heller enn bakgrunnen for at den oppstod (J. S. Beck, 1995). Automatiske tanker, grunnantagelser, leveregler, kompensatoriske strategier, feiltolkninger og tankefeil, er sentrale begreper innen kognitiv teori. Ved å konsentrerte seg om antagelser og tanker (kognisjoner), satte man pasientenes tanker på prøve ved realitetsorientering (Borge & Almvik, 2014).

Vår selvoppfatning og personlighet er begge produkt av opplevelser og relasjoner fra tidligere erfaringer. Kognitiv teori tar utgangspunkt i at menneskets sårbarhet kommer fra uhensiktsmessige selvoppfatninger. De er dannet gjennom hele livet, men spesielt i barndommen. Disse skaper negative tanker som er gjentakende, og blir til tanker en tror på (belief-systems). I møte med belastende, kritiske livshendelser blir de uhensiktsmessige selvoppfatningene aktivert som automatiske, negative tanker. Disse påvirker våre kroppslige og følelsesmessige reaksjoner, i tillegg til at de vedlikeholder psykiske lidelser. Dette kan føre til isolasjon og tilbaketrekking (J. S. Beck, 2011).

I kognitiv teori tar man i bruk skjema for å kunne avdekke leveregler og grunnleggende selvoppfatninger – det vil si finne ut hvordan man dypest sett ser på seg selv. Grunnantagelser er grunnleggende kjerneholdninger, slik som oppfatninger, overbevisninger eller primære leveregler vi har for oss selv og andre. Våre stabile tankemønstre gjør at våre opplevelser blir klassifisert, fortolket og analysert. Negative eller uhensiktsmessige grunnantagelser, kan skape problemer før eller siden. Eksempel på negative grunnantagelser er ”jeg kan ikke stole på mannen min, jeg er udugelig, ingen er glad i meg”. Levereglene våre bygger på grunnantagelsene vi har for oss selv, andre og verden. Vi skiller mellom primære og sekundære leveregler, i tillegg til kompensasjonsmekanismer. Primære leveregler er automatiske, negative tolkninger om verden, seg selv, fremtiden eller andre. Sekundære leveregler er ”dersom-så”-regler, ”dersom jeg feiler nå, så feiler jeg i alt”. Levereglene aktiviseres alt etter situasjonen, og er situasjonsbetinget. Disse kan være både negative og positive, funksjonelle og dysfunksjonelle, og er avhengig av grunnantagelsene. Kompensasjonsmekanismene blir brukt for å hindre at vi selv og andre skal vite hvem vi er, og komme i kontakt med våre dysfunksjonelle selvoppfatninger. Man hindrer dette ved stadig å prøve og leve opp til andres forventninger (Borge & Almvik, 2014). Ved kompensatoriske strategier menes det at de uhensiktsmessige levereglene og grunntankene opprettholdes. Det er handlingene og atferden som blir resultatet av negative leveregler eller grunntanker. Kompensatoriske strategier brukes som selvforsvar i situasjoner hvor man føler seg angrepet på den man er. Feiltolkning eller tankefeil brukes når man studerer sine egne automatiske antagelser, leveregler og tanker. Man finner ut om man tenker på en hensiktsmessig måte, eller om man tolker feil (Borge & Almvik, 2014).

I den kognitive modellen, antar man at alle psykiske sykdommer er resultat av dysfunksjonelle tanker som påvirker vår atferd og humør. For å oppnå en bedre

atferdsmessig og følelsesmessig tilstand, må evnen til å tenke tilpasningsorientert og realistisk være utviklet. For å klare dette, må man ta kontroll over de automatiske tankene. Automatiske tanker er tanker som oppstår ubevisst. Disse er ikke gjennomtenkt eller viljestyrt. Tidligere opplevelser og erfaringer styrer de automatiske tankene og gir seg utslag i handlinger og følelser. En automatisk tanke for kvinner med fødselsdepresjon kan være: ”jeg er en dårlig mor”. Tanken gir en reaksjon (følelse). I denne sammenheng kanskje en følelse av å ikke mestre oppgaven som mor, som igjen fører til at pasienten blir tiltaksløs. Tankene blir ofte glemt, mens følelsen sitter igjen. Ved å bli bevisst følelsens validitet, blir det lettere å se om tanken er en overgeneralisering av situasjonen. Da kan man erkjenne at man mestrer noe, selv om man ikke mestrer alt. Ved å bli bevisst på å legge merke til tanken før handlingen, blir det lettere å endre de automatiske tankene (J. S. Beck, 2011; Borge & Almvik, 2014). Tanken skaper følelser. Dersom tanken endres, endres også følelsen. Tanken skaper atferd. Dersom tanken endres, endres atferden. Tanken har som mål å endre atferd ved for eksempel å ufarliggjøre katastrofetanker og fryktfremkallende situasjoner. (J. S. Beck, 2011).

Bandura var opptatt av kognisjon i læringssituasjoner. Han formulerte begrepet self-efficacy som handler om den opplevde evnen til å styre og gjennomføre egne ønsker og handlinger. Det vil si at målet er en økning av egenaksept for det en gjør, eller hvor mye man takler eller gjør av det man har bestemt seg for. Det vil igjen bety at graden av mestring kan være fra nesten ingenting til total. Men en økning av mestring vil gi en økt self-efficacy (J. S. Beck, 2006; Helstrup & Kaufmann, 2000; Knirkholt Jensen & Danmarks, 1997).

3.0 Metode – metodiske overveielser

Dette er en systematisk kvalitativ litteraturstudie. Litteraturstudien er deskriptiv og deduktiv (Bandura, 1991). Valget ble tatt ut fra et ønske om å høre kvinnes stemme, og deres egne beskrivelser fra erfaringene de har gjort seg.

Det har blitt gjennomgått et stort antall kvalitative artikler, som omhandler kvinners erfaringer med fødselsdepresjon. Ved å ta i bruk kvalitative studier, kunne forståelsen av hva den enkelte kvinnen faktisk har opplevd komme tydeligere frem. En enkelt kvalitativ studie gir mye kunnskap om et tema, men en samling av disse gir større og mer utvidet kunnskap om kvinners opplevelser. Sagt på en annen måte, er hele puslespillet mer verdifullt enn én brikke. Det ble derfor valgt 9 artikler der mange kvinner var informanter. Kvalitative studier er ikke generaliserbare, men var i denne oppgaven til hjelp for å finne ut hvor ”skoen trykker”. Det vil være med å åpne opp for at resultatene fra studien lettere kan anvendes i praksis. I dette tilfellet økte forståelsen av pasientens opplevelser. Videre er det viktige pekepinner angående det å finne virkemidler til å hjelpe kvinner med fødselsdepresjoner. Når man får kunnskap om deres erfaringer og opplevelser, kan man lettere innfri deres behov og forventninger (Repstad, 2007; Thagaard, 2009).

En litteraturstudie er en sammenfatning av litteratur, kilder og ny kunnskap som er diskutert, og systematisk og kritisk gjennomgått. Litteraturstudie innebærer at det gjennomføres en systematisk gjennomgang av den aktuelle litteraturen, rundt den valgte problemstillingen (Friberg, 2010). En samling av data, for eksempel et antall artikler, blir nøye gjennomlest og satt i sammenheng (Friberg, 2010). Blaikie skriver at en litteraturstudie gir en orientering rundt hva som allerede er kjent ved et tema. Det setter teorien i en konseptuell kontekst (teoretisk kontekst) og gir nytt perspektiv, i tillegg til at det dannes forståelse av problemet det forskes på (Friberg, 2012).

3.1 Søk

Søking på studier om fødselsdepresjon, førte til et høyt antall treff. Det viste at det er gjort mye forskning innen feltet. Problemstillingen la føringer for søket. Relevant data ble valgt ut ved hjelp av eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier. Eksklusjons- og

inklusionskriterier styrte hvilke artikler som ble inkludert i oppgaven, og hvilke som ble ekskludert. Kriteriene innebar interesseområder, karakteristika som person og kjønn, diagnose, språk og tid. Fokuset ble begrenset til kvinner med diagnosen fødselsdepresjon. Utvalget ble gjort blant kvalitative studier, hvor moren selv fortalte om sin opplevelse. Et inklusionskriterium var at forskningen skulle være gjennomført i løpet av de siste ti år, det vil si mellom 2006-2016. Studier som ble gjort før 2006 ble ekskludert. Det begrunnes i at dette gjør dataene så ferske at de gir et realistisk bilde av nåtiden (Blaikie, 2012).

For å finne materialet til studien ble det brukt søkeprosedyrer, som søkeord, databaser og biblioteket (Friberg, 2010). Det ble utført søk ved hjelp av bibliotekarer fra Universitetet i Stavanger. Søket ble gjennomført i perioden januar til april 2016. Søkene ble i første omgang utført i anerkjente databaser som PubMed, Cinahl, Academic Search Premier og PsykInfo. Søkeordene som ble brukt var ”postpartum depression*”, ”mother*”, ”birth*”, ”depression*”, ”experience*”, ”confession” ”stories*”.

Et kombinert søk i Academic Search Premier og Cinahl gav to treff med ulike søkeord. Kombinasjonen ”postpartum depression” and ”confession” begrenset til de siste ti år, og ”peer reviewed” gav to treff, hvor en av artiklene kunne brukes (Friberg, 2010) (se vedlegg 2, artikkel nr. 5). Et annet søk med kombinasjon av begge databasene, med søkeord ”postpartum depression” and ”life experience” siste ti år og ”peer reviewed”, gav 111 treff. Dette søket endte opp med én artikkel (Kantrowitz-Gordon, 2013) (Se vedlegg 2, artikkel nr. 7). Søk i Cinahl via helsebiblioteket, med kombinasjonene ”postpartum depression and life experience”, med begrensning til artikler, gav 23 treff. En av dem var en norsk studie om kvinners opplevelse av fødselsdepresjon (Bilszta, Ericksen, Buist, & Milgrom, 2010) (se vedlegg 2, artikkel nr. 1). I basen PubMed ble søkeord ”Postpartum depression” and ”mothers experience” brukt. Dette søket gav 289 treff. Med begrensning til siste ti år, ble 191 artikler gjennomgått. Av disse så fire aktuelle ut. Gjennomgangen viste at tre måtte forkastes grunnet at de ikke svarte på problemstillingen. En svarte på problemstillingen, og ble inkludert i studien (Kristensen et al., 2015) (se vedlegg 2, artikkel nr. 9).

Primærkildene var originale kvalitative artikler, som omhandlet mors opplevelse fra fødselsdepresjon. Søk i de ulike databasene gav få treff, men etter nøye gjennomlesning ble ni artikler redusert til fire. Grunnen til dette var at de artiklene som ble forkastet

ikke innfridde inklusjonskriteriene. De omhandlet kvinners opplevelse med hjelpen de får av helsetjenesten, risikofaktorer for og årsaksfaktorer til utvikling av fødselsdepresjon. Noen var også knyttet til utvikling av fødselsdepresjon etter en traumatisk fødsel, fremfor at de handlet om deres opplevelse med fødselsdepresjon. Noen var også knyttet til utvikling av fødselsdepresjon etter en traumatisk fødsel, noe som er avgrenset mot i kapittel 1.2.

Siden søket innen databasene ("Pubmed", "Cinahl", Academic Search Premier og "PsykInfo") som ble gjort i perioden januar til mars 2016 gav få treff som kunne brukes, økte behovet for å utvide søket. Ny time hos bibliotekar (gjennomført 12.april 2016) utvidet søket til nye databaser som "British Nursing Index", "Cochrane Library" og "Epistemonokos". Søkeord som "postpartum depression or postnatal depression" i sammenheng med "life experience or personal experience", gav få men gode treff. Det viste seg at ingen av disse svarte på problemstillingen. De ble derfor ikke inkludert i studien. Likevel var timen hos bibliotekar fruktbar siden den gav nye søkeord og kombinasjoner: "personal experience", "life experience", "postnatal depression", "qualitative study". I perioden etter timen ble nye søk gjort i databasene PubMed, Cinahl, Academic Search Premier og PsykInfo. Søk i PubMed gav best resultat. Søkeord ble testet med ulike kombinasjoner. Kombinasjonen "Postpartum depression" and "qualitative study" gav 222 treff. Gjennomlesningen resulterte i én aktuell artikkel (Hall, 2006) (se vedlegg 2, artikkel nr. 8). Kombinasjonen "Depressive symptoms" and "Birth" and "Mother*" and "qualitative study" gav 52 treff. Ved å begrense det til de siste 10 år, var det 36 artikler tilbake. En ble tatt ut til gjennomlesning, og viste seg å være aktuell for studien (Gao, Chan, You, & Li, 2009), (se vedlegg 2, artikkel nr. 2). Søket fortsatte med ulike kombinasjoner. "Postnatal depression and qualitative study" gav 123 treff, hvorav bare to var relevante for problemstillingen (Coates, Ayers, & de Visser, 2014) (se vedlegg 2, artikkel nr. 6 og 3). Et annet av søkene i Pubmed med kombinasjonen "postnatal depression and qualitative study" med begrensning siste 10 år, ga et funn på 206 artikler. Etter gjennomgang ble tre valgt ut til gjennomlesning. To av disse viste seg å være kvantitative studier, og en ble tatt med i analysen (Patel, Wittkowski, Fox, & Wieck, 2013; Santos, Sandelowski, & Gualda, 2013) (se vedlegg 2, artikkel nr. 4).

Det skulle gjerne vært flere studier, men siden dette er et område det er forsket lite på, illustrerer det viktigheten av å gjøre kunnskapsoppsummering over temaet. Lite er

skrevet om mors egen opplevelse ved fødselsdepresjon. Det meste som er skrevet, omhandlet mødres erfaringer fra praktiske utfordringer med fødselsdepresjon. Mange av artiklene som har vært gode, var fra 2005 eller tidligere. Studien endte opp med ni kvalitative artikler (se vedlegg 2). Her vises et sammendrag fra hver enkelt artikkel, med forfatter, hvor den er publisert, årstall, land, forskningsspørsmål, metode og sammendrag av resultatdel.

3.2 Analyse

Det ble anvendt kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Granheim & Lundman (2004). I kvalitativ innholdsanalyse gjøres en systematisk analyse av flere tekster, deler av en tekst, eller en hel tekst. Dette for å kunne telle, eller klassifisere ulike deler av teksten. Se tabell 1:

Tabell 1: Eksempel på innholdsanalyse (Graneheim & Lundman 2004) av artiklenes resultater

Hovedtema: Mørk barseltid – mødrenes kamp mellom lykke og fødselsdepresjon	
Tema: Mammasjokket - forventninger og realiteter	
Undertema: Møter ikke forventningene	
Kategorier:	Tanker
Koder:	Strekker ikke til
	Forventning til fødsel, kroppen sviktet
	Alle andre er lykkelige
	Burde følt en større tilknytning til barnet mitt
	Er annerledes og mindreverdige

Artiklene ble nøye gjennomlest, opptil flere ganger hver. Under gjennomgangen av dem, ble det søkt etter felles tematikk på artikkelplan, ikke personplan. Letingen hadde som mål å identifisere felles fenomener i de forskjellige artiklene. Etter flere gjennomlesninger av artiklene, skilte det seg ut noen temaer som gikk igjen i de ulike artiklene. Et eksempel på dette er at flere av artiklene handlet om kvinnes manglende mestringsfølelse i møte med den nye rollen. Dette ledet til *Mangel på mestringsfølelse* som tema. Et annet tema som var gjennomgående for mange, var at den nye rollen var annerledes enn kvinnen forventet. Noen opplevde det som et sjokk at de hadde blitt en forelder. Det ledet til temaet *Mammasjokket - forventning og realitet*. Dette vises over, i tabell 1. Mønsteret og regulariteten i forskningen, dannet en universell generalisering. Vektleggingen gikk ut på å finne ut om den aktuelle gruppen kvinner hadde felles

fenomener og opplevelser. Dette innebar å tolke for å finne mening, motiv og intervensjoner, i den hensikt å skape en utvidet forståelse. På denne måten ble observasjoner og data akkumulert (Gardner, Bunton, Edge, & Wittkowski, 2013). Denne metoden brukes for å gjøre en grundig analyse av et mindre antall tekster. Teksten ble kategorisert og delt i felles argumenter, vendinger eller enkeltord (Blaikie, 2012). Etter nøye gjennomgang dukket det opp flere undertemaer innenfor de to temaene. *Mangel på mestringsfølelse* handlet om: Mestring, ansvar og selvbilde; Vonde tanker; Relasjon og isolasjon. Temaet *Mammasjokket - forventninger og realiteter*, hadde undertemaene: Møter ikke forventningene; Mistet seg selv i egne og andres øyne; Skyld og skam.

Det ble tatt i bruk PRISMA- sjekklister til gjennomgang av artiklene (Tabell 2) (Graneheim & Lundman, 2004). Denne sjekklisten er egentlig en sjekklister som er beregnet for kvantitative artikler. Den er redigert, oversatt til norsk, og tilpasset kvalitative artikler som er med i studien. Listen brukes for å sjekke reliabiliteten i studiene, og finne ut om de er utført på rett måte. Punktene som er tatt bort fra sjekklisten er mange, men kort oppsummert er det som er fjernet innenfor temaer som tilhører kvantitative studier: informasjonskilder; søk etter tidligere artikler som er gjort i artikkelen; studiers leksjon; risiko for skjevhet i studiet; valgte studier; kjennetegn; resultat fra enkeltstudier; og ytterligere analyser (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009b).

Tabell 2:

Kvalitetssjekklister av de selekterte studiene jf. PRISMA men noe justert i forhold til kvalitativ metode									
Tema	Rapportert på side								
Artikkel #	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tittel	405	1	788	756	873	682	44	303	256
Sammendrag	405	1	788	756	874	682	44	303	256
Rasjonale	406	1-2	788	756	874	683	45	303	256
Mål	405	1	788	757	874	683	45	303	256
Protokoll og registrering	405	3	789	757	877	683	45	305	257
Kvalifikasjonskriterier	405	3	789	757	877	683	45	305	257
Datasamling prosessen	407	4	790	757	877	683	45	305	257
Intervju	407-408	2	789	757	-	683	45-47	305	256-257
Metodekritikk	411	13	793	762	881	688	53	310	260
Oppsummering	405	1	788	756	877	688	53	310	256

Resultat	408-410	4 -11	790-792	757-761	877-880	684-687	47-50	306-308	257-258
Begrensninger	411	13	793	762	881	688	53	310	260
Konklusjoner	411	13	793	762	881	689	53	310	260

(Moher et al., 2009b)

Som sjekkliste for kvalitetsvurdering av artiklene, ble det brukt et PRISMA-flytdiagram. Flytdiagrammet viser hvordan utvelgelsen av artikler har foregått, med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (se vedlegg 1). I første rute vises hvor mange treff til sammen som kom opp ved søk i de ulike databasene, med begrensning til kvalitative studier, artikler som var fagfellevurdert og begrenset til årstall (2006-2016), dette søket gav 697 treff. Neste rute viser hvor mange som ble igjen etter at duplikatene var fjernet, dette tallet var 587. Videre ble artiklene gjennomgått etter om de svarte på problemstillingen i oppgaven. Det viste seg at selv om det var gjennomført begrensninger i søket i forhold til årstall, kvalitative studier, og fagfellevurderte studier, var det fortsatt artikler med i søket som inneholdt disse eksklusjonskriteriene. Etter å gjennomgå søket, og følge eksklusjon og inklusjonskriteriene, ble 28 artikler valgt ut til gjennomlesning (Se vedlegg 1, rute 3). Av disse igjen, ble 8 ekskludert siden de ikke svarte på problemstillingen. Videre ble 20 artikler gjennomlest. Etter nøye gjennomgang, ble 11 tatt bort, siden heller ikke de kunne være med å svare på problemstillingen. Til slutt ble det valgt ut 9 artikler som stammer i den kvalitative studien (Moher et al., 2009b).

3.3 Kritikk av kildene

Fokuset innen søket av artikler handlet om å finne artikler som kunne svare på problemstillingen (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009a). I denne studien valgte jeg å anvende nyere forskning, og definerte det som forskning utført i løpet av de siste ti årene. Det tar lang tid fra intervjuene i en undersøkelse blir gjort, til produktet er ferdig. Dette gjør at man må anta at ikke all informasjon som kommer frem i intervjuene er inkludert i studien (Friberg, 2012). Konteksten intervjuene er gjort i, er også med på å avgjøre resultatene. Det kan bli et problem for litteraturstudier at man ikke kjenner konteksten selv, men tolker ut ifra de resultatene som er presentert. Tekstens funksjon og intensjon i sin samtid må tenkes gjennom i kildevurderingen. Forfatteren av de ulike kildene kan ha ment noe bestemt med det han/hun skrev, men blir tolket på en annen

måte av den som leser artikkelen. Bortsett fra én, er alle artiklene som er med i denne studien engelske. Dette kan påvirke måten dataene fra de ulike artiklene blir tolket (Friberg, 2012).

Alle artiklene er fagfellevurdert (jf. kap. 3.1. og 3.2).

3.4 Kritikk av metoden

I kvalitative studier blir intervjuobjektets subjektive opplevelse undersøkt (Repstad, 2007). Denne formen for metode var derfor viktig å bruke når kvinnenes erfaringer var det vi ønsket økt kunnskap om. Intervjuerens rolle i kvalitativ metode har stor betydning. Dennes forforståelse, holdninger og livssituasjon kan ha påvirkning på resultatene i studien. Dette kalles overførbarhet (Repstad, 2007). Det er en svakhet ved studien at alle opplysninger om kvinnene er sekundærinformasjon, og at funnene ikke kan generaliseres. Derimot ble det bare brukt artikler som er fagfellevurdert, og alt tyder på at intervjusituasjonene er kvalitetssikret. Styrken med denne studien er blant annet at summen av funnene i oppgavens ni kvalitative undersøkelser, viser en metning. Det gjør funnene troverdige, om ikke generaliserbare. I motsatt fall, ville en kvantitativ studie hatt et så stort utvalg av kvinner, at resultatene av undersøkelsen kunne generaliseres. Selv om denne kvalitative studien gir et godt bilde av hvordan det kan være å oppleve fødselsdepresjon, trenger ikke det være hele sannheten. Det kan tenkes at opplevelsen av fødselsdepresjon strekker seg bredere enn det kommer frem her (Repstad, 2007).

Innen kvalitativ forskning er kritisk selvransakelse, aktiv refleksivitet, vesentlig. Gjennom hele forskningsprosessen kan forskeren selv, rent ubevisst, være en del av forforståelsen og fenomenet det forskes på, og på den måten ha en rolle i prosessen. Mason mener at objektivitet ikke er mulig for en forsker. Forskeren bør være aktiv refleksiv i alle beslutninger som må tas (Mason referert hos Blaikie, 2010). Forfatteren av denne masterens forforståelse kan avgjøre hvordan kunnskap tilegnes og blir brukt. Før denne studien ble formulert var forfatterens forforståelse at kvinner med fødselsdepresjon opplevde depresjon likt. At det var mange likhetstrekk som kom til å legge en systematisk oversikt over hvordan depresjon etter fødsel oppleves. Underveis måtte jeg fortsatt være kritisk refleksiv praktiker (Blindheim & Røvik, 2011). Blaikies syn er at "[...] reflexivity is not a matter of choice. All social researchers should be

reflexive, regardless of the stance they adopt” (Blaikie, 2010, s. 54). I ettertid, har tankene fra forforståelsen endret seg. Nå kan man se mange likhetstrekk mellom kvinner med depresjon etter fødsel. Men selv om disse likhetstrekkene er tydelige, er ikke opplevelsen lik for alle. Det er mange faktorer som spiller inn, og ulike kvinner opplever depresjonen ulikt. Likevel kan det se ut som mange likhetstrekk kommer frem, med ulik kombinasjon.

Fordelene med å gjøre en litteraturstudie er at det gir en god oversikt over tidligere forskning. Den oppsummerer kunnskap for å skape orden i kaos, og gir på den måten et godt grunnlag for analysen. Ved et godt utvalg, skapes ny kunnskap. Man kan forske uten å ha direkte tilgang til pasienter/andre respondenter. Det er også ulemper ved å gjøre et litteraturstudie. Blant annet må man ta i bruk litteratur som allerede finnes, og dette gjør at man ikke alltid kan få en egen vinkling på resultatet (Repstad, 2007).

Denne studien viser at opplevelsen av depresjon etter fødsel er sammensatt, og mange temaer som studien er delt inn i går litt over i hverandre. Dette gjør at det er vanskelig å lage en systematisk oversikt over temaet. Hvert enkelt menneske sitter med sin helt unike opplevelse av sammenlignbare situasjoner, samt ulike mennesker innehar en sammensetning av forutsetninger og grunnantagelser. Dette gjør det umulig å beskrive temaet på en konkret og bastant måte. Hovedtemaene i studien er formulert slik at de er beskrivende for hvilke temaer som går igjen, og har gjort seg gjeldende i studien.

3.5 Studiens validitet og reliabilitet

Hver enkelt vitenskapelig studie skal vurderes ut ifra dens vitenskapelige kvalitet (Friberg, 2010). Validiteten er om det man ønsker å måle er blitt målt, og om det er samsvar mellom informasjonen og problemstillingen. Reliabiliteten handler om hvor nøyaktig studien er gjennomført, om det er mangler og feil, og hvor presis og pålitelig informasjonen er (Friberg, 2012). Samtlige av artiklene fra denne studien er fagfellevurdert. Det vil si at resultatene er gjennomgått av en faglig etisk komite. Det sikrer validiteten og reliabiliteten. Gyldigheten og reliabiliteten kommer til syne i denne studien, ved at det er mye sammenfallende mellom kvinnenens opplevelser og erfaringer i de ulike studiene.

En svakhet og begrensning ved studien ligger i at utvalget er for lite, slik at overførbarheten er begrenset. Det er ikke mulig å generalisere. En ukjent faktor ligger i hvordan leseren forstår stoffet. Hver enkelt forstår det de leser ut ifra sine egne tidligere erfaringer og kunnskaper. Det kan føre til at temaer som er tydelige for en person, ikke er tydelig for andre. Dette kan føre til at enkelte av informantenes uttalelser mangler, noe som er avgjørende for hvilke tema forfatterne av artiklene har vektlagt i sitt arbeid. Faren for at forforståelsen av temaet kan være med på å påvirke resultatene er alltid tilstede (Repstad, 2007). Dette kan gjelde både forskerne av de ni artiklene, og forfatteren av denne masteroppgaven.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

I og med at dette er et litteratursøk, er det ikke en studie som er i direkte kontakt med mennesker. Dette gjør at problemer som dukker opp i intervjusituasjoner, som anonymisering eller faren for å påvirke informanter, ikke blir en utfordring. Likevel har det vært viktig å være tro mot artiklene som er valgt, og forholde seg åpen til det som står skrevet og ikke legge til noe ekstra.

4.0 Resultat

Denne systematisk kvalitative litteraturstudien har tatt for seg ni kvalitative artikler, hvor kvinner selv har beskrevet deres opplevelser etter å ha gjennomgått en fødselsdepresjon. Den har konsentrert seg om likheter og ulikheter i resultatinnholdet på artikkelplan (Repstad, 2007). Artikkelen er hentet fra ulike land og ulike kulturer. Dette ga utslag på resultatene innenfor deler av de ulike studiene. Samtidig hadde de mange fellestrekk. Et fellestrekk var at fødselsdepresjonen ga en ”Mørk barselstid”, og at den var ”mødrenes kamp mellom lykke og fødselsdepresjon”. Etter hvert som artiklene ble gjennomlest, begynte enkelte felles temaer å dukke opp. Funnene ble kategorisert i ulike temaer (Friberg, 2010). Resultatet endte opp med to tema, begge med tre underpunkt hver:

1. Manglende mestringsfølelse
 - Mestring ansvar og selvbilde
 - Vonde tanker
 - Relasjoner og isolasjon
2. Mammasjokket - forventninger og realiteter
 - Møter ikke forventningene
 - Miste seg selv
 - Skyld og skam

Innholdet i teksten ble fordelt (inspirert av Friberg) i en tabell som inneholdt de seks ulike temaene, og nummeret til artiklene (Friberg, 2010). Temaene vises i tabell 3.

Tabell 3:

Hovedtema: Mørk barselstid – mødrenes kamp mellom lykke og fødselsdepresjon						
Tema	Manglende mestringsfølelse			Mammasjokket - forventning og realiteter		
Under-tema	Mestring, ansvar og selvbilde	Vonde tanker	Relasjon og isolasjon	Møter ikke forventningene	Miste seg selv i egne og andres øyne	Skyld og skam

4.1 Mørk barseltid – mødrenes kamp mellom lykke og fødselsdepresjon

Sju av ni artikler som ble utvalgt til studien viste at morens opplevelse av morsrollen ikke stod til forventningene de hadde hatt om ny lykke og glede. I stedet beskrev de en kamp som førte til en mørk barseltid. Lykken ble erstattet med nedtur og sjokk. Dette ga dem dårlig samvittighet, og mange skammet seg over sine negative tanker.

4.1.1 Manglende mestringsfølelse

Mestring, ansvar og selvbilde

Seks av artiklene tok for seg tema rundt mors opplevelse av mestring, selvbilde etter fødsel og ansvaret som ble tildelt dem (Friberg, 2010). Det å skulle ha ansvaret for et lite barn på egenhånd, kunne være overveldende. Mange kvinner erfarte å tvile på sin egen omsorgsevne etter en fødsel som opplevdes hard (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015). Overgangen fra å være selvstendig til å trenge hjelp til den minste ting, var slitsom. For noen var det vanskelig å skille depressive følelser fra andre typer følelser. Coates et al. fant at det å få ansvar for et barn førte for mange til usikkerhet, redsel og tvil på sin egen evne til å være forelder. Samtaler med andre mødre i tillegg til helsepersonell var da til stor hjelp (Kristensen et al., 2015). Kvinner med fødselsdepresjon hadde en sterk opplevelse at de feilet fordi det naturlige båndet mellom dem og deres barn ble skadelidende, både på det fysiske og psykiske plan. For noen gikk dette til et punkt hvor de til og med avskydde barnet sitt, som igjen forsterket inntrykket av ikke å mestre (Coates et al., 2014).

Mange av kvinnene rapporterte om et dårlig selvbilde. De fortalte at de reagerte med sinne, og følte på ubehag og avsky når de tenkte på kroppen sin. Grunnen til dette var endringene som hadde skjedd under svangerskapet (Kantrowitz-Gordon, 2013). Flere kvinner ga kroppen skylden for depresjonen. Dermed ble depresjonen objektiv, og ikke subjektiv (Gao et al., 2009; Kantrowitz-Gordon, 2013). I en studie fortalte en kvinne at

hun nektet ektemannen sin sex på grunn av kroppens endringer (Kantrowitz-Gordon, 2013).

Hall viste til at manglende mestringsfølelse for morsoppgaven de hadde blitt tildelt, ofte førte til dårlig selvbilde. To av kvinnene forklarte at det dårlige selvbildet kom av usikkerhet og tvil på seg selv, mens fem tenkte at alle handlinger de gjorde var feil. Det gikk også ut over selvbildet dersom det var noe galt med barnet (Gao et al., 2009). I Bilszta et al. sin undersøkelse kom det frem at kvinnene var redde for at andre skulle se at de ikke mestret den nye oppgaven. De ville ikke skille seg ut, og føle at de feilet. Kvinnene i Gao et al. sin studie forklarte at de ikke kjente barnet sitt. De var usikre på hvorfor det gråt, om det var sultent, hadde det vondt, eller kanskje ikke likte dem som mødre (Hall, 2006). Tiden med fødselsdepresjon opplevdes som en følelsesmessig nedadgående spiral. Dersom de ikke mestret foreldreansvaret og klarte å ta hånd om babyen på egenhånd, betydde det at de var dårlige i alt (Bilszta et al., 2010; Gao et al., 2009).

I Gao et al. hadde ti av kvinnene sluttet å amme. Noen hadde ikke melk, mens andre var plaget med betennelse, og måtte slutte av den grunn. De hadde hatt store forventinger til at ammeoppgaven skulle falle naturlig. Da den ikke gjorde det, fikk de skyldfølelse. Dette, samt spriket mellom forventninger og realiteten, gikk utover mestringsfølelsen hva morsrollen angikk (Bilszta et al., 2010). Mange holdt følelsene sine for seg selv, og fortalte ikke andre om at de følte seg som dårlige mødre. Ni av mødrene i Halls undersøkelse hevdet det samme. De tenkte at andre kunne gjøre jobben bedre enn dem, og trodde også at andre mente det samme (Gao et al., 2009).

I Kantrowitz-Gordon kom det frem at kvinnene hadde latet som om alt var perfekt, mens de var deprimerte. Først i ettertid innrømmet de at de hadde slitt. De sa også at dersom de fikk fødselsdepresjon igjen, kom de til å være mer åpne og ærlige, og søke hjelp tidligere (Hall, 2006).

I Gardner et al. ble antidepressiva nevnt som det minste av to onder. Ni av ti deltagere tok antidepressiva, og mente at det hadde hjulpet dem til å kunne fungere normalt. Frykten for disse kvinnene handlet om redsel for å måtte gå på medisiner for å være gode mødre, og om de klarte å være like gode mødre uten (Kantrowitz-Gordon, 2013).

Bilszta et al. (2010) viste til noen faktorer som gjorde det å søke hjelp til en stor barriere for kvinner med fødselsdepresjon. Kvinnene hevdet at det ikke var lett å skille mellom hva som var deprimerte følelser, og hva som var vanlige følelser. I tillegg var det vanskelig å søke hjelp på grunn av fysisk ubehag etter fødsel, dårlig søvn, problemer med å tenke klart og logisk, dårlig kroppsbilde og lite motivasjon. Mange mente at det riktignok ble nevnt depresjon som komplikasjon etter fødsel i undervisningen i løpet av svangerskapet, men at de hadde koblet ut under denne timen. De var jo i lykkelige omstendigheter. Likevel ønsket de større fokus på problemet. De ønsket også å bedre informasjonen rundt disse følelsesmessige vanskelighetene. Informasjon burde handle om hvordan søke hjelp i situasjonen, samt bedre undervisning og oppfølging de første månedene etter fødselen. Mange hadde søkt på nettet etter informasjon, men hadde ikke funnet mye nyttig der. Samtidig var det lange ventelister der hjelpen var å finne. De mente også at det var dårlig samhold mellom offentlige og private sektorer. Noen av kvinnene var likegyldige til behandling generelt. Andre hadde et ambivalent forhold til den behandlingen som ble gitt. De mente de ble normaliserte, heller enn å få hjelp til sine humørsvingninger. De mente at når helsepersonell normaliserte kvinnenes reaksjoner, førte det til at de ikke søkte hjelp. De hadde behov for å snakke om sine følelser, ikke å bli møtt med at de var normale som følte det slik. Det gjorde til at de, følte at de ble nedvurdert, og bedt om å tie (Gardner et al., 2013).

Vonde tanker

Fire av artiklene beskrev kvinnenes frykt for å skade barnet eller seg selv (Bilszta et al., 2010). I en av studiene kom det frem at to av mødrene hadde vært fysisk voldelige, mens en av kvinnene hadde vært psykisk voldelig mot barnene sine. Frykten for å skade barnet gikk igjen hos de andre kvinnene, som også hadde tenkt noen ganger på om de skulle skade barnet. Kvinnene Santos et al. intervjuet, beskrev at de vonde tankene kom en uke etter fødselen. Tankene om å skade barnet inneholdt idéer om å kaste et teppe over barnet, kaste det ut vinduet, skade det med kniv, eller miste det i badekaret. Det var når de hadde ansvar for barna sine alene, at disse tankene var verst. Felles for disse var at ingen av dem ønsket å skade barnet i utgangspunktet, men opplevde at det indre presset ble for stort. I to av tilfellene i Santos et al. skadet virkelig moren barnet fysisk. En av dem kastet det inn på et kott, og lukket døren. En annen holdt en pute over barnet i to minutter. En kvinne innrømmet psykisk mishandling av barnet med å skrike til det. Fødselsdepresjonen kunne også gi andre typer frykt-tanker. For eksempel frykten for at

noen i nærmeste familie skulle dø, eller at de selv eller babyen skulle bli syke og dø (Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Patel et al., 2013; Santos et al., 2013).

I (Santos et al., 2013) refererte kvinnene sine opplevelser med at de følte seg irritable og overfølsomme. I tillegg gråt de mye, og fikk for lite søvn. En kvinne beskrev at hun hadde tanker om å skade seg selv på bakgrunn av at hun følte seg overveldet. Ønsket om å skade barnet psykisk eller fysisk ble også uttrykt i Kantrowitz-Gordon. Ingen av kvinnene i denne undersøkelsen hadde faktisk skadet barnet fysisk, men en av dem hadde skreket til det når hun var alene hjemme. Tanker om å drepe eller skade seg selv eller barnet, var det mange av kvinnene som hadde. Disse tankene ble skremmende, og førte for mange til at de søkte hjelp. De følte det som at de hadde hatt en ”utenfor-dem-selv-opplevelse” (Patel et al., 2013).

Også i Halls studie uttrykte kvinnene med fødselsdepresjon frykt for å skade barnet sitt ved å slå det, eller skade det psykisk. Dette gjorde at kvinnene ikke stolte på seg selv eller andre. De var redde for å ta vare på barnet selv, men tillot heller ingen andre å gjøre det (Kantrowitz-Gordon, 2013). Fem av kvinnene tenkte at familien kom til å få det bedre uten dem, og tre hadde suicidale tanker. Andre uttrykte frykt for at noen i familien skulle dø (Hall, 2006).

Relasjon og isolasjon

I de fleste tilfellene var mødre avhengig av venner og familie for å oppnå bedring. Det å ha familien tett på, som hjalp til med barnet og tok seg av husarbeidet, var avgjørende for mange. Dette gav dem selv tid til å hvile seg, og sakte men sikkert komme tilbake til livet igjen. Når kvinnene ikke hadde sosial støtte, førte dette til isolasjon og utmattelse (Hall, 2006).

Patel et al. (2013) er en artikkel om kvinner fra Afrika som er bosatt i England. I denne studien kom det frem at mangel på praktisk støtte var det tyngste ved å bo i et annet land. Fra Afrika var de vant med at de fikk mye hjelp fra familie, venner og naboer, mens i England hadde de ikke det samme nettverket. I Afrika tok familien, vennene og naboene seg av mor og barn de første 40 dagene etter fødselen. Det at de i England ikke hadde noen å snakke med gjorde dem ensomme, og de ble isolert. Mange av dem uttrykte at de var helt avhengige av ektemannen. Ett lysglimt på dagen var når helsepersonell kom på besøk for å se hvordan de hadde det. Når disse gikk, satt de der

alene igjen. Følelsen av ensomhet, skapte senere mistillit og frustrasjon mot helsepersonellet. Isolasjon ble også forsterket av frykten for å fortelle andre om deres følelser. Frykten for dårlig rykte i omgivelsene var stor. Denne frykten gjaldt venner, men også helsepersonell. Kvinnene i denne studien ønsket ikke kontakt med single afrikanske single kvinner. I deres kultur måtte de faste fra sex i fire år etter fødselen. Det skapte frykt for at ektemannen skulle være utro. Ellers uttrykte de at relasjoner var viktig for dem. De som oppnådde et godt forhold til babyen, klarte lettere å glemme sorgene sine. I studien til Patel et al. uttalte barselkvinner at det ikke fantes fødselsdepresjon i Afrika. Grunnen til dette var at de hadde familien nær seg, og at de fikk hjelp til det de trengte hjelp til. Når familien ikke var til stede, førte det til at kvinnene ble ensomme og isolerte seg. I denne undersøkelsen hevdet kvinnene at mangel på tilhørighet var hovedårsaken til depresjon. Andre utløsende faktorer kunne være dårlig økonomi og bekymring for barnets helse (Kristensen et al., 2015).

I Kantrowitz-Gordon undersøkelse, var det også gjennomgående at kvinnene hadde problemer med å fortelle andre at de slet med depresjon (Patel et al., 2013). Det samme ble uttalt av barselkvinnene i studien til Hall. Frykten for andres manglende forståelse, gjorde at de ikke delte med andre hvordan de hadde det. Dette gjaldt venner, familie og helsepersonell. Også frykten for at helsepersonell skulle ta barna, og de selv flyttes til psykiatrisk enhet, var til stede. Denne frykten førte til at de bevisst svarte ”feil” på EPDS skjema. Mange var redde for at de ikke skulle klare å skape en god relasjon til barnet sitt. Noen kjente ikke selv på tilknytning, og var misunnelige på mannen sin dersom han hadde en tettere relasjon til barnet deres (Kantrowitz-Gordon, 2013).

Relasjoner endret seg ofte etter fødselen, mente Bilszta et al. Her fortalte kvinnene at forholdet til partneren endret seg umiddelbart etter fødselen. Utfordringen for kvinnene var at de fikk enda et menneske å ta hensyn til da barnet ble født. Disse kvinnene støttet seg også så mye til partneren sin at dette påvirket forholdet. Undersøkelsen viste også at tidligere familiekonflikter dukket oftere opp i tiden etter fødselen (Hall, 2006).

I Coates et al. sin undersøkelse uttrykte kvinnene viktigheten av nær relasjon til helsepersonell. Flere av barselkvinnen hadde dårlige erfaringer fra kontakten med helsepersonellet. De følte seg ikke ivaretatt, eller lyttet til. Prøvde de å få kontakt med helsepersonell, ble de nesten alltid henvist til noen andre. Dette ga kvinnene en følelse av at helsepersonellet ikke ønsket å være innblandet i deres problematikk. Avtaler med

kvinnene ble ofte glemt, og de ga stadig uttrykk for at de hadde dårlig tid. Dette gjorde at kvinnene ikke syntes de fikk den tiden de trengte. Det var ikke bare det faglige miljøet disse kvinnene trengte kontakt med. De mente at de i det hele tatt hadde behov for å ha relasjon til noen utenfor parforholdet sitt, for eksempel andre mødre. Dette fordi de opplevde seg så avhengige av mannen sin i denne tiden, at det slet han også ut. (Bilszta et al., 2010). Det å treffe både fagfolk og andre mødre i mestringsgruppe syntes kvinnene i Kristensen et al. sin studie var til stor hjelp. De hevdet å ha god hjelp av mestringsgruppetilbud, fordi de møtte kvinner i samme situasjon. Det gjorde at de ikke følte seg unormale, og at de erfarte at de lettere kunne takle situasjonene de var i. Å være med på en mestringsgruppe hjalp disse kvinnene til å ikke isolere seg (Coates et al., 2014).

4.1.2 Mammasjokket - forventninger og realiteter

Møter ikke forventningene

I de ulike artiklene fremstilles det til at kvinner med fødselsdepresjon har høye forventninger til seg selv, barnet, familien, samfunnet og helsevesenet. I tillegg er det også tradisjonelle og kulturelle forventninger til kvinnene. I syv av ni artikler ble forventninger tatt opp som tema. Kvinnene gav uttrykk for forventningene de hadde hatt til det å bli mor, og at disse ikke ble oppfylt på den måten de hadde trodd (Kristensen et al., 2015). Realiteten var en annen enn det de hadde antatt før fødselen. Kvinnes egen målestokk var at de skulle være velfungerende, glade og lykkelige mødre. Da de ikke var det, syntes de ikke at de strakk til (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Gardner et al., 2013; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015). På tross av at de ikke møtte alle forventningene, oppfattet mange av kvinnene at de var gode mødre (Kristensen et al., 2015).

I noen studier ble fødselen forbundet med den dårlige starten de fikk på grunn av fødselsdepresjonen. Store forventninger om at fødselen skulle være god og spesiell, og at de selv skulle ha kontrollen, gjorde at komplikasjonene som oppstod førte til en skuffelse de ikke var forberedt på (Kantrowitz-Gordon, 2013). Det gjorde at de etterpå slet med følelser som sa at det var kroppen som hadde sviktet dem og barna deres.

Istedenfor å være den lykkelige mor, var sinne, angst, og nedstemthet deres følgesvenner. Dette var ofte i kombinasjon med at de hadde dårlig fysisk helse på grunn av komplikasjoner etter fødsel (Coates et al., 2014).

I Santos et al. (2013), fortalte mødrene at den enorme lykken de følte på sykehuset, forsvant idet de kom hjem. Forventningene knyttet til omstendighetene, tilsa at de skulle være lykkelige med en nyfødt, frisk baby (Coates et al., 2014). Det idealiserte bildet de hadde, handlet om å føle umiddelbar kjærlighet og tilknytning til barnet, og alltid vite hva barnet trengte. Når dette ikke ble realiteten, kom opplevelsen av å ikke strekke til. Kvinnene i studien berettet om en sterk følelse av nederlag (Bilszta et al., 2010). Som eksempel, hadde mange forventninger til at ammetiden skulle være det mest naturlige og fantastiske de noen gang hadde gjort. Når den ikke ble det, overskygget det alt det gode. Studiene viser at når kvinnene ikke oppnådde de forventningene eller idealene de hadde satt seg, endte det med at de ble ensomme, og følte seg annerledes, mindreverdige og skamfulle. De hadde en sterk følelse av nederlag når de ikke oppnådde de forventningene de selv hadde satt for den nye rollen (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Kantrowitz-Gordon, 2013).

Undersøkelsene til Gao et al. viste at når tradisjonell, idealisert tenkning om barnefødsel og tiden etter fødselen, ikke samsvarte med virkeligheten til den enkelte kvinnen, førte dette til at kvinnen ikke fikk den tilknytning til barnet sitt som hun hadde trodd. Dette skapte et stort indre stress, som i sin tur ledet til depresjon. Forventningene i denne studien var ikke bare kvinnenes forventninger. For eksempel måtte kvinnene i Kina ta hensyn både til mannens og svigermorens forventninger. Landets ettbarnspolitik, førte til at man kunne få dårlig relasjon til svigermor dersom det ikke ble en gutt (Coates et al., 2014).

Miste seg selv i egne og andres øyne

Seks av studiene tok for seg temaer rundt det å miste seg selv. Kvinnene merket at de forandret seg, og fryktet for hva andre tenkte om det (Gao et al., 2009). Mange av kvinnene som var deprimerte etter fødsel, kjente ikke seg selv igjen. Fra å ha mye livsglede og styrke, gikk de over til å være tunge, triste og sinte (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Gardner et al., 2013; Hall, 2006; Patel et al., 2013).

Overgangen til det å bli mor, gav noen av kvinnene en følelse av at de mistet seg selv. Diagnosen fødselsdepresjon var for noen en lettelse, for da følte de seg ikke unormale. For andre gikk det imot slik de ønsket at andre skulle se på dem (Patel et al., 2013). Noen var redde for å være deprimerte, fordi de ønsket å bli sett på som sterke og uavhengige (Gardner et al., 2013). Mange av kvinnene opplevde en dominerende følelse av tomhet ettersom de var fysisk og psykisk utslitt av at babyen krevde så mye av dem (Bilszta et al., 2010).

Hall viser i artikkel 9 til at overveldende følelser grep kvinnene, slik at de følte seg fanget av det store ansvaret og ønsket å rømme (Gao et al., 2009). Tapet av det gamle livet førte til følelser av at de også hadde tapt seg selv og sin identitet. Enkelte mødre fortalte at atferden deres var endret. De oppførte seg på uakseptable måter, og de var uhøflige. For de førstegangsfødende var det en stor sorg at de ikke lenger kunne leve som de hadde gjort før, slik som å shoppe til seg selv og ellers gjøre det de hadde lyst til. Hos noen skapte opplevelsen av å være under press depresjon, stress, anspenhet, tap av identitet og isolasjon. Andre nevnte at fornemmelsen av å ha mistet seg selv, gjorde at de hadde vanskeligheter med å stole på andre. Mange bar på frykten for hva andre tenkte om dem. Mistilliten til andre gjaldt for eksempel partner, helsepersonell, venner og familie. Mange av kvinnene følte det som en lettelse når helsepersonell tok over og hjalp dem (Hall, 2006).

Skyld og skam

Følelsen av skam dukket opp når kvinnene ikke oppnådde egne forventinger om å være lykkelige. Dette resulterte i at de følte seg mindreverdige og ensomme. Mange hadde tanker om at andre også tenkte de burde være lykkelige, som igjen førte til at noen isolerte seg. Oftest handlet isolasjonen om å slippe og snakke med andre om de vanskelige følelsene. Konsekvensen av det, var at de ble ennå mer skamfulle (Patel et al., 2013). Enkelte skammet seg over at de følte som de gjorde. Andre uttrykte en sterk følelse av skyld, fordi de syntes de mislyktes slik i rollen som mor at de ikke ønsket å være det (Kristensen et al., 2015).

Skyldfølelse angående negative fødselsopplevelser, er beskrevet flere ganger i artiklene. Kvinnene plasserte skylden på sin egen kropp. Forklaringen var at den oppførte seg imot deres vilje under fødselen, og hadde på den måten sviktet både kvinnen og barnet (Kantrowitz-Gordon, 2013). Opplevelsen av at de hadde mistet mye tid, var også

forbundet med skyld. En del mente at det i seg selv var en bekreftelse på at de var dårlige mødre. Følelsen av skyld handlet også om at de hadde blitt syke, og at det påvirket både mann og barn (Coates et al., 2014). De tenkte selv at de ikke hadde grunn til å føle seg deprimerte. Når de likevel var deprimerte ble de skamfulle, noe som igjen gjorde at de følte seg psykisk tunge (Gardner et al., 2013). Gjennomgangen av artiklene viste at alle disse kvinnene hadde forskjellig utgangspunkt, og uttalte seg ut fra egne kulturelt betingede utfordringer.

Mange syntes det var vanskelig å ta imot antidepressiva, på grunn av frykten for bivirkninger som kunne påvirke både barnet og dem selv. Noen skammet seg over å bruke medikamenter. De følte seg som dårlige mødre siden de trengte medisiner, og det ga dem en opplevelse av at de ikke klarte å ta vare på barnet sitt uten. Noe av det som var til hjelp for kvinnene i denne studien, var hjelpen de fikk av MCHN (maternal child health nurses). Dette var et tilbud for dem som opplevde depresjon etter fødsel. De mente det var til stor hjelp å lære å gjenkjenne depresjonen, og ta kontroll over den (Hall, 2006).

5.0 Diskusjon

Denne studien viser at kampen mellom forventninger og realiteter, samt opplevelsen av å ikke mestre, er vel dokumentert når det gjelder kvinner med fødselsdepresjon. Det er påvist at overgangen til det å bli mamma kom som et sjokk på mange. De mistet noe av seg selv i egne og andres øyne, og opplevde skyld og skam. Dette førte til en fødselsdepresjon som tok fra kvinnene livsgnisten, og gjorde livet tungt å leve.

I diskusjonen brukes det empiriske materialet, funnene, for å finne ut hva studier viser om kvinners erfaringer med en fødselsdepresjon. Artikkene viste at mange kvinner hadde en mørk tid etter fødsel. Disse mødrene opplevde barseltiden som en kamp mellom lykke og fødselsdepresjon. Under gjennomgangen av empirien ble det skilt ut to tema, ”Manglende mestringsfølelse” og ”Mammasjokket – forventninger og realiteter”. Resultatene drøftes i dette kapittelets under disse temaene.

Funnene vil bli diskutert opp mot kognitiv teori, samt tidligere teori om fødselsdepresjon. Kognitiv teori er en teori som ble utviklet for å behandle depresjon. Denne blir brukt i studien for å diskutere funnene ut fra en terapeutisk innfallsvinkel. I følge kognitiv teori kan man, ved å endre tankene, bli bevisst på sitt eget tankemønster og grunnantagelser. Å endre følelsen og handlingen som oppstår ved depresjon kan hjelpe disse kvinnene til å utvikle seg, og skape et håp om å komme ut av depresjonen (Bilszta et al., 2010).

5.1 Manglende mestringsfølelse

Opplevelsen av mestring avgjør hvordan vi mennesker takler livshendelser som blir utfordrende. For kvinner som opplever en depresjon etter fødsel, er spørsmålet om mestring sentralt (J. S. Beck, 2011). Artikkene viser at fravær av mestringsfølelse i mange tilfeller forsterker håpløsheten disse kvinnene får i møte med depresjon (Haga et al., 2012). Det å føde et barn og videre ta vare på det, er et ansvar mange opplever som et høyere press enn forventet. I pressede situasjoner er man i større grad enn vanlig avhengig av å oppleve en form for mestring. I kognitiv teori beskrives ulike måter vi mennesker tenker om oss selv på. Det handler om egenforståelse og måten vi omtaler oss på, og hvilke verdier vi setter på oss selv i vår egen tanke. Tankene til hvert enkelt menneske er grunnfestet i hvordan vi tidligere i livet har taklet utfordrende situasjoner

(Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015). Hvordan vi mestrer en stressende livshendelse, er ut fra denne teorien avhengig av hvordan vi ser på oss selv. I alt som skjer kommer våre grunnantagelser og grunnleggende kjerneholdninger til syne. Disse grunnantagelsene er ikke bevisste for oss. For kvinner med fødselsdepresjon, kan følelsen av håpløshet bli forsterket av grunnantagelser som ligger latent fra tidligere opplevelser i livet, samt tidligere måter å takle livet på (J. S. Beck, 2006). Funnene i studien viser at det å ikke oppleve mestring i møte med den nye rollen som mor, svekket selvbildet og ga dårlig mestringsevne i hverdagen. Kvinnene i studien fortalte at manglende mestringsfølelse på dette viktige området, ofte utviklet seg til en opplevelse av at de ikke mestret noen områder i livet (J. S. Beck, 2011). Tolket man mestring fra et kognitivt synspunkt, kan selve tanken om at en ikke mestrer, i seg selv fører til en forsterket opplevelse av ikke å mestre. Dette beskriver J. S. Beck (2011) som at våre negative eller uhensiktsmessige grunnantagelser kommer til syne, og forsterker situasjoner i negativ retning. Denne studien viser at mangel på mestringsfølelse er relatert til depresjon Bandura skriver at økt "self-efficacy" vil være et tegn på redusert depresjon og økt mestring. Bandura bekrefter viktigheten av "self-efficacy i en endringsprosess (Coates et al., 2014). Ut ifra dette kan det synes som at opplevelsen av mestring, øker opplevelsen av bedring. En økt mestringsfølelse, vil i neste omgang styrke selvtillit og selvstendighet i møte med utfordrende oppgaver. Ringvirkningene av dette fortsetter å øke mestringsfølelsen og selvtilliten, og man opplever seg friskere fordi man føler mestring av det å klare oppgaven på egenhånd (Bandura, 1991). Det vil si at dersom mestring er målet, regner man med at oppnådd mål fører til at man er mindre deprimert.

Sekundære levereregler er "dersom-så-tanker". "Dersom jeg ikke mestrer denne oppgaven, så er jeg en dårlig mor" (J. S. Beck, 2011). Det som gjør depresjon så komplisert og nødvendig å behandle, er at tankene og grunnantakelsene ofte blir glemt, mens følelsen sitter igjen. Dette fører til at følelsen blir forsterket etter hvert som den blir bekreftet igjen og igjen (Borge & Almvik, 2014). Det kan virke som om kvinnene i disse situasjonene følte seg som dårlige mødre, så lenge de negative tankene dominerte og ikke ble avkreftet.

Kvinner med fødselsdepresjon har utfordringer i hverdagen som andre barselkvinner ikke har. Kvinnene i studien hadde selv et inntrykk av å ikke mestre de nye

utfordringene som oppsto i kjølevannet av det å ha fått ansvar for et barn. Dette kom fram i flere av undersøkelsene (J. S. Beck, 2011). Praktiske oppgaver ved det å ha fått barn, viste seg å være svært utfordrende for kvinner med fødselsdepresjon. I situasjoner hvor barnet gråt, var utrøstelige og ikke sov, ga dette en opplevelse av utilstrekkelighet. Dersom de samtidig opplevde at de hadde liten tilknytning til barnet, var det skremmende. Liten tilknytning og psykisk avstand til barnet, styrker opplevelsen av ikke å mestre (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015). Opplevelsen av å være dårlige mødre siden følelsen av tilknytning manglet, bekreftes i teorien. Kendall-Tackett beskriver tilknytningen mellom mor og barn som sentral for barnets utvikling. Denne tilknytningen legger grunnlag for relasjonen dem imellom, og er med på å danne en trygghet for barnet (Kantrowitz-Gordon, 2013). Dette bekrefter også artikler tilhørende denne oppgaven (Kendall-Tackett, 2010). Funnene viser at barselkvinnene i undersøkelsen opplevde at en gjensidig tilknytning mellom mor og barn skulle være det normale. Når moren opplevde at hun ikke mestret relasjonen til barnet sitt, fikk hun en opplevelse av manglende tilknytning. Dersom denne følelsen vedvarer hos mor, kan det tenkes at risikoen øker for at barnet ikke får den tryggheten det har behov for. Sett ut i fra kognitiv teori synes det som at mødrenes høye forventninger om sterk tilknytning til barnet, undertrykte opplevelsen av tilknytning. Dette tyder på at i tilfeller hvor feiltolkning av situasjoner ikke blir avkreftet, vil feiltolkningene danne en nedadgående spiral, hvor den negative oppfattelsen av hendelsen blir forsterket. Da blir ikke morens dysfunksjonelle oppfatninger avslørt. Der hvor tilknytningen mellom mor og barn var blitt skadelidende, kan det tenkes at behovet for å avsløre de dysfunksjonelle oppfatningene vil være sentralt. Med dette menes at hvis grunnantakelsene ikke blir avslørt, vil opplevelsen av avstand forsterkes. Dersom mødre kan klare å ta fokuset bort fra de negative følelsene, og heller avsløre og endre den automatiske tanken, vil dette hjelpe dem i relasjonen til barnet (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014).

Videre kommer det fram i artiklene at også antidepressive midler kan være sentrale i bedringsprosessen av fødselsdepresjon. Det var en faktor kvinnene brukte for å påvirke og bedre opplevelsen av mestring. I Gardner et al. (2013) ble antidepressiva beskrevet som den minste av to onder. Deres forskning viser på den ene siden at kvinnene som brukte antidepressiva i forbindelse med fødselsdepresjon, hadde god effekt av det. På den andre siden, skaper det en del bekymring. Antidepressiva var både en stressfaktor

og en nedtur. Antidepressive medikamenter hjalp kvinnene til å tenke klart, og ta vare på barnet. En del symptomer på depresjon forsvant, og de fungerte bedre som mødre og slappet mer av (J. S. Beck, 2011). Man skulle tro at opplevelsen av å gjenvinne kontrollen ved hjelp av antidepressiva, skulle skape en trygghet hos kvinnene. I stedet viste det seg at det skapte heller usikkerhet og bekymring. Gardner et al. avdekket at kvinnene mente at deres usikkerhet kom fra at de etter hvert ikke visste hvordan de ville fungere uten medisiner. Dette igjen underbygget opplevelsen av å ikke mestre den nye oppgaven. Det bekreftes i teorien av Haga (Gardner et al., 2013).

Analysen av artiklene viste også at kvinnene som ble deprimert etter en fødsel, slet med mange vonde tanker. Disse tankene var i stor grad destruktive tankemønstre som utfordret barselkvinnenes evne til kontroll over egne handlinger. I kognitiv teori er tanken grunnlaget for følelser og handlinger. De automatiske tankene som oppstår i ulike situasjoner, fører til at man handler impulsivt i gitte situasjoner (Haga et al., 2012). Flere av kvinnene i studien hadde vonde tanker om å skade seg selv og babyen (J. S. Beck, 2011). For forfatteren av denne oppgaven synes det som at kvinnene ble redde for hva de selv var i stand til å gjøre av impulsive handlinger. Frykten sammen med mislykkethetsfølelsen ble forsterket av negative følelser, og negativt handlingsmønster. I følge kognitiv teori blir et uhensiktsmessig syn på en selv aktivert av situasjoner der spørsmålet om hvem man er som person, blir utfordret. Noe som viser at teorien styrker også disse funnene (Santos et al., 2013).

Denne studien viser at relasjonens betydning i bedringsprosessen er sentral. For kvinner som var uten den støtten nære relasjoner gir, økte intensiteten av depresjonen i takt med følelsen av ensomhet (J. S. Beck, 2011). Studien avdekket at behovet for relasjon var stort, men at forholdet til relasjoner kom i ubalanse under fødselsdepresjonen. Depresjonen påvirket alt i hverdagen for barselkvinnene (Gardner et al., 2013). Ut fra dette kan det synes som at behovet for relasjon alltid er tilstede, men at evnen til å fungere i, og danne relasjoner er svekket i denne perioden. Kvinnenes frykt for å ikke strekke til påvirket relasjoner, spesielt ofte relasjonen til partneren (Kendall-Tackett, 2010). Det kan se ut som at det å både ta vare på barnet og samtidig bevare forholdet til partneren, er utfordrende for mange som er deprimerte etter en fødsel. Det å finne en god balanse mellom det å dekke barnets behov samtidig som forholdet til partneren blir vedlikeholdt, utgjør en stor utfordring. For eksempel tyder dette på at partneren blir en svært viktig brikke i livet, og at mange blir avhengig av deres hjelp i alt de gjør. For

kvinnene i studien hvor denne relasjonen ble deres viktigste holdepunkt, ble opplevelsen av hjelpeløshet forsterket av at partneren hadde kontroll på alt som skjedde i hjemmet (Bilszta et al., 2010). Opplevelsen av hjelpeløshet forsterket avhengigheten til det faste holdepunktet i livet. Etter hvert som ansvaret sakte men sikkert ble overført til den andre personen, gikk lettelsen over å ikke ha ansvar gradvis over til nederlagsfølelse. Denne nederlagsfølelsen var knyttet til deres utilstrekkelighet. De oppdaget at de befant seg i en situasjon hvor deres oppgaver ikke ble gjennomført av dem selv, men overtatt av andre (Coates et al., 2014). Ut fra dette kan vi si at fødselsdepresjon skaper tanker som negativt påvirker kvinners evne til å fungere i gamle og nye relasjoner. I møte med utfordringene fødselsdepresjon gir, kan det tenkes at behovet for relasjon, avlastning, støtte og omsorg forsterkes. Likevel er praksis i noen tilfeller annerledes. Blant annet Coates et al. sine undersøkelser viser en dobbelthet. På en ene siden førte fødselsdepresjonen og nederlagsfølelsen til at kvinnene isolerte seg. På den andre siden kunne fødselsdepresjonen føre til at de knyttet en usunn avhengighet opp mot nære relasjoner. Dette skapte større nederlagsfølelse (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015; Patel et al., 2013).

Noen av funnene i studien omhandlet hva som var til hjelp for disse kvinnene for å komme ut av depresjonen. Blant annet tydet noen funn på at det å gå i barselgrupper med andre kvinner hjalp barselkvinnene. I møte med andre mødre i samme situasjon, følte de seg mer normale, og kunne legge fra seg noen bekymringer (Coates et al., 2014). Det kan se ut som at det er godt å slippe opplevelsen av å stå alene. Det å få nye impulser på hva som er normalt og ikke, kan gi økt trygghet og mestringsevne. Ut fra Banduras teorier kan en si at økt kunnskap gjennom bevisstgjøring og opplæring, antagelig vil øke kvinnes evne til å takle uventede eller problematiske følelsesmessige situasjoner i forbindelse med fødsel (Kristensen et al., 2015). Studien viser at opplevelsen av mestring ble forsterket i møte med andre kvinner i samme situasjon. Det å snakke med andre, gjorde at kvinner med fødselsdepresjon senket skuldrene angående sin egen opplevelse. De ble oppmuntret, og fikk tro på at deres depresjon ikke var selvforskyldt (Bandura, 1991). Innen kognitiv tenkning, vil en økt bevissthet overfor følelser og handlinger ut ifra de automatiske tankene, være med på å endre opplevelse og atferd. Ved å snu tanken vil man kunne snu følelsen i situasjonen, og dermed endre handlingsmønstre og resultatet av situasjonen (Kantrowitz-Gordon,

2013). Denne studiens empiri har vist at flere av barselkvinnene syntes gruppeterapi sammen med andre likesinnede, var til hjelp for dem. Når kvinnene ble kvitt følelsen av at de hadde gjort noe galt, og fokuserte på hva de selv kunne påvirke, ble mestringsfølelsen forsterket. Teorien er ikke helt entydig i dette spørsmålet, og hevder at ikke alle ser det slik. Noen kvinner vil av ulike grunner være for seg selv, og ikke slippe andre inn i sin smerte. Dette blir bekreftet av Haga et al. (2012) og Helsebiblioteket.no (2014).

Funnene fra artiklene viser at mange av kvinnene selv utførte de fleste av dagens gjøremål, fremfor å be andre om hjelp og avlastning. Mistillit til andre mennesker var både årsak og virkning, og det førte igjen til at mange kvinner ble utslitt. I følge kognitiv teori vil kvinnes automatiske tanke i en slik situasjon være: ”jeg kan ikke stole på noen” (J. S. Beck, 2011). Det kan se ut som om kjerneholdninger til kvinnene i dette tilfellet var forventninger om å klare alt, og rekke over alt. Når de ikke fikk til dette, endte de opp med å tro at de ikke fikk til noe. De som hadde det slik, overførte hele ansvaret til mannen (J. S. Beck, 2011). Ut ifra situasjonen kvinnene befant seg i, og realiteten de var omgitt av, vil man med kognitiv teori som utgangspunkt, mest sannsynlig kalle dette feiltolkninger av situasjonen (jfr. (Kantrowitz-Gordon, 2013)). Mange vet ikke hva de går til når de får fødselsdepresjon, og dette gjør at de krisemaksimerer hele situasjonen, mer enn nødvendig. Det kan se ut som at kvinnene investerte alt eller ingenting i sine relasjoner. Utfordringen på det relasjonelle plan handlet om å finne et balansepunkt som tillot litt av begge deler. Det synes som at depresjonens innvirkning kan svekke tilliten til mennesker som barselkvinner i utgangspunktet har god relasjon til. Innen kognitiv teori vil dette forstås som at kvinnes grunnantagelser av andre mennesker, ikke er hensiktsmessige. Dersom negative tanker om andre får gro, forsterkes mistilliten til andre mennesker. Dette igjen kan føre til økt tilbaketrekning og i verste fall isolasjon (J. S. Beck, 2011). Funnene tyder på at ved å trekke seg bort fra andre mennesker og skjule sine begrensninger fra omverdenen, økte opplevelsen av arbeidspress på kvinnen. Dette forsterket følelsen av å ikke strekke til, noe som igjen forsterket isolasjonens grobunn.

Datamaterialet viser betydningen av gode relasjoner, i tillegg til å avspeile de negative konsekvensene av dårlige relasjoner. Kvinner med gode relasjoner til partner og familie forøvrig, følte at de hadde støtte. Mens kvinner som ikke hadde denne støtten, opplevde seg ensomme. Ved depresjon generelt, men også ved fødselsdepresjon, er isolasjon et

kjent symptom. For de barselkvinner som ikke hadde gode relasjoner i tiden etter fødsel, var derfor faren for isolasjon stor. Isolasjon ga i tillegg økt frykt for det ukjente. Som vist over, kan dette lede til mistillit til andre mennesker, som igjen forsterker ensomheten og isolasjonen. Funnene viste også at noen kvinner med gode relasjoner, kunne ha skamfølelse over det å ha fødselsdepresjon. De stengte seg inne i seg selv uten å fortelle de nærmeste om sine opplevelser (J. S. Beck, 2011). Teorien viser i tillegg at unngåelse av samtale tema er en av grunnene til depresjon, også for dem med gode relasjoner til de nærmeste. Teorien fremstiller relasjon som en viktig faktor i bedringen, men at mange på tross av det blir en tanke paranoide overfor andre mennesker. Noen kvinner lyver for familie og helsepersonell, i frykt for at det skulle bli konsekvenser av å si noe. Dette kan gjenspeile seg i en økende engstelse mange har for at helsepersonell skal ta fra dem barnet, eller at andre skal tro de er gale. Funnene styrker Kendall-Tackett og Beck sine teorier (Kantrowitz-Gordon, 2013).

5.2 Mammasjokket – forventninger og realiteter

I teorien finner man at kvinner som får sitt første barn er av dem som står i størst fare for å utvikle depresjon etter fødsel. Deres forventninger er ofte mer urealistiske enn forventningene til dem som allerede har barn (C. Beck, 2001; Kendall-Tackett, 2010). Funnene i artiklene styrker teorien. Det synes derfor som at mange kvinners forventninger til morsrollen, ikke samsvarer med virkeligheten. Deres forventninger er ofte skapt av uttalelser fra sosiale medier, og det generelle bildet som ”hvermannsen” ønsker å ha om de lykkelige omstendigheter. Det fører til at mange opplever den nye rollen som et sjokk.

For mange av kvinnene i undersøkelsene var overgangen stor, og livet som mamma ble slitsomt. utfordringer de ikke var forberedt på dukket opp, og ansvaret tynget. Murray & Cooper (1997) konkluderer med det samme i sin teori. De hevder at barnets ankomst ble en sjokkartet opplevelse for mødre. Funnene i artiklene avdekket i tillegg at forventningene tilsynelatende var for høye, og de praktiske endringene i hverdagen ikke tatt god nok høyde for (Haga et al., 2012). Mange barselkvinner tenkte at de skulle mestre det å være mor på samme måte som de mestret en jobbsituasjon, eller taklet hverdagslige utfordringer (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Gardner et al., 2013; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015).

Funnene viste at mange med fødselsdepresjon hadde forestillinger som omhandlet en barseltid med mye glede, enorm lykkefølelse og en uendelig kjærlighet til barnet. Det synes derfor som at morsrollen ofte kan oppleves som et slag i ansiktet sjokk når realiteten dukker opp, og mødrene blir seg bevisst hvilket ansvar de sitter med. Beck bekrefter dette ved å hevde at det i stedet ofte blir en usikker periode full av angst og vonde tanker (Bilszta et al., 2010; Kantrowitz-Gordon, 2013). Ut ifra dette virker det som at selve forventningene til morsrollen står som hinder for å nyte den nye tiden de går inn i. Tidligere erfaringer har formet våre forventninger og leveregler om hvordan vår verden skal se ut. Med det i tankene kan det hevdes at de fleste mødres grunnantagelser handler om hvor godt livet blir når babyen er født, og videre at rollen som mor blir en god opplevelse. Når disse grunntankene ikke blir oppfylt, kommer nederlagsfølelsen. J. S. Beck hevder at de automatiske tankene i en slik situasjon inneholder at de mislykkes som mødre, som igjen fører til at den generelle opplevelsen av å mislykkes blir forsterket (C T Beck, 2002).

En tolkning av funnene i studien er at forventninger som ikke blir innfridd, er av de mest alminnelige årsakene til fødselsdepresjon hos mor. Disse forventningene innebar blant annet ønsket om umiddelbar kjærlighet og tilknytning til barnet, samt det å automatisk kjenne dets behov. Tre av artiklene var klare på dette (J. S. Beck, 2011). Teori om fødselsdepresjon, for eksempel Haga og Kendall & Tackett, hevder det samme. Kvinnenes syn på seg selv, er formet ut fra deres grunnantagelser om den perfekte mor (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Kantrowitz-Gordon, 2013). Funnene viser at kvinnenes forventninger i stor grad handlet om at barseltiden skulle bli en perfekt tid med gode dager og nær relasjon til barnet. Samtlige av studiene som tok opp dette temaet vektla mødrenes opplevelse av å ikke strekke til når de oppdaget at forventningene ikke ble innfridd (J. S. Beck, 2011). Haga et al. bekrefter dette når de hevder at dersom forventningene handler om at det å bli mor overskygger alt annet i livet, vil opplevelsen av å mislykkes forsterkes dersom realiteten blir en annen (Bilszta et al., 2010; Coates et al., 2014; Gao et al., 2009; Gardner et al., 2013; Hall, 2006; Kantrowitz-Gordon, 2013; Kristensen et al., 2015). Ut i fra kognitiv teori, er barselkvinnenes selvoppfatning og personlighet et produkt av tidligere erfaringer. Dette betyr at de automatiske tankene deres har sitt utgangspunkt i allerede eksisterende tankemønstre. J. S. Beck (2011) hevder at de samme tankemønstrene vil forme følelsene i fremtiden, dersom kvinnene ikke blir bevisst på kampen som skjer inni dem

mens de erfarer det å ha en fødselsdepresjon. På den ene siden formidler for eksempel sosiale medier et bilde av at andre mødre lever i en lykkeboble. Det er med på å skape sterke forventninger til kvinnenens egen lykke- og kjærlighetsfølelse i barseltiden (Haga et al., 2012). På den andre siden av kampen, er møtet med realiteten når mange tviler på seg selv og sin egen evne som mor. Nederlaget og sorgen over å ikke lykkes, forsterkes av andres lykke. Med det som utgangspunkt, kan det se ut som at forventningene om en perfekt barseltid i seg selv er med og øker nederlagsfølelsen. I Bibelen står det at et hus som er i krig med seg selv vil falle. Mange mødre med denne indre kampen mellom forventninger og realiteter vil "falle". De blir deprimerte og utslitt. Det kan være viktig å senke forventningene, samt få hjelp til å danne et mer realistisk bilde av virkeligheten. På den måten kan nederlaget oppleves mindre, og den indre kampen avta.

Mange av kvinnene i studien oppdaget at tidligere måter å takle hverdagslivet på, ikke fungerte lenger. Å oppleve at identiteten endret seg i møte med den nye utfordringen, forsterket tapet av mestringsfølelsen. Mange isolerte seg i tillegg (Kristensen et al., 2015). Teorien viser at i møte med nye utfordrende livssituasjoner, kan det dukke opp sider ved en selv som man før ikke var klar over. Dette kan være både positive og negative sider (Patel et al., 2013). Denne studien viser at det er vanlig å ha en opplevelse av negativ atferdsendring etter en fødsel, og at det økte usikkerheten i en allerede utrygg tid. De var verken slik de kjente seg selv, eller slik de ønsket å bli oppfattet.

Artiklene viser at mange av kvinnene med fødselsdepresjon opplevde at de plutselig befant seg i en situasjon de ikke hadde kontroll over. De visste hva som var rett og god atferd, men følelsene og handlingene fulgte ikke etter. Det å miste seg selv var traumatisk og skremmende, og det skapte forvirring. Tanker om at de var unormale ble dominerende (Haga et al., 2012). Fra et teoretisk perspektiv er det viktig å gi barselkvinnene en trygghet på at de er normale mennesker, og gode mødre på tross av fødselsdepresjonen (Patel et al., 2013). Det står i motsetning til andre funn i denne studiens artikkelmateriale, som viser at mange kvinner oppfattet det som nedvurdering og avfeining når helsepersonell fremstilte kvinnenens tanker og handlinger med normalitet. Det forsterket følelsen av manglende self-efficacy. Disse kvinnene mente at helsepersonellens bagatellisering forsterket deres opplevelse av manglende evne til å mestre problemene. I stedet satt de igjen med selvførdømmelse, fødselsdepresjon og mangel på self-efficacy. Samtidig hadde de opplevelsen av å ha liten tro på egen

mestring (Kendall-Tackett, 2010). Det er likevel noen av kvinnene i artiklene som styrker det teoretiske materialet, og opplever trygghet i det at familie og helsepersonell forteller dem at det kan være normalt å være deprimert etter en fødsel (Bilszta et al., 2010). Med utgangspunkt i kognitiv teori, kan det være viktig for kvinnene å finne trygghet i at fødselsdepresjon er normalt, samtidig som de er villige til å endre tankemønstre for at atferden kan endres. Det å leve i skjæringspunktet mellom normalitet og endring, kan gi bedring og være en gradvis vei ut av fødselsdepresjonen. På sett og vis vil det bety å endre grunnholdninger i eget tankesystem. En slik prosess er både energi- og tidkrevende.

Mange med fødselsdepresjon kjemper med mye skamfølelse. Funnene viste at også opplevelsen av skyld og skam ble styrket når de ikke opplevde den forventede lykkefølelsen. Skamfølelsen over å sitte med en helt frisk baby og ikke være lykkelig, selv om de selv og andre forventet at de var det, ga mødrene en følelse av at de var mindreverdige mødre. Studien viste at deres grunnantagelser om at en god mor får til alt med det samme, førte til at de skammet seg over å ikke mestre den nye rollen. Kompensasjonsmekanismene i denne situasjonen førte til, som ved isolasjon, at kvinnene undertrykket egne følelser og skjulte dem for andre. Dette for å unngå å bli stilt i et dårlig lys. Skammen og stigmaet de opplevde var så sterkt, at de heller valgte å trekke seg tilbake enn å oppsøke andre. Velger mødrene en slik løsning, ser det ut til at kompensatoriske strategiene vedlikeholdes, og de har fortsatt lav self-efficacy (J. S. Beck, 2011). Skammen over ikke å være den perfekte mor, fører til at enkelte stenger andre ute fra den fortvilelsen de gjennomgår. Mange setter opp et hinder, som det er vanskelig å komme seg gjennom, både for barnet og andre. Resultatet blir, som i C. T. Becks (2006) definisjon, at de tillater fødselsdepresjonen å bli "a thief that steals motherhood". Analysen viser at kvinnene da ofte brukte kompensatoriske strategier. For eksempel isolerte de seg, for å hindre andre i å ha kontakt med deres dysfunksjonelle selvoppfatninger. Ved å hindre andres innsyn i deres tanker og følelser, kan de opprettholde sine dysfunksjonelle tankemønstre (Bandura, 1991). Denne studien viser at opplevelsen av ikke å strekke til, førte til skam over seg selv og skam over sin utilstrekkelighet. Fravær av glede i barseltiden, ga opplevelse av nederlag (J. S. Beck, 2011).

6.0 Konklusjon

Kvinner med fødselsdepresjon beskriver tiden etter fødsel som en mørk tid, hvor kampen mellom lykke og fødselsdepresjon alltid er et faktum. Det å bli mor endret den kjente tilværelsen, og rokket ved kvinnenens trygge grunnvoll. Opplevelsene som er blitt beskrevet i denne oppgaven ble fordelt i seks ulike sub-temaer, hvor hovedpunktene inneholdt manglende mestringsfølelse samt forventninger om morsrollen som ikke samstemte med realitetene.

Manglende mestringsfølelse utpekte seg som et sentralt tema ved fødselsdepresjon. Det å ikke oppleve mestring går utover relasjoner og egenopplevelse, og gjør den minste handling tung å utføre for mange deprimerte barselkvinner. Fødselsdepresjon gir en sterk følelse av utilstrekkelighet. Handlinger som tidligere var enkle å gjennomføre, oppleves så vanskelige at de gradvis overføres til andre. Dette dreier seg i all hovedsak om gjøremål som kvinnene tidligere har mestret. Fødselsdepresjonen gir dem en følelse av håpløshet, som igjen øker usikkerheten og tilliten til egen mestringsevne. Manglende tilknytning til barnet og usikkerhet i morsrollen, svekket mestringsfølelsen. Tiden med fødselsdepresjon, beskrives i tillegg som en periode preget av frykt. Depresjon kan for noen skape en trang til å skade seg selv, eller barnet sitt. Samtidig som ingen ønsker å gjøre dette, frykter de for å miste kontrollen over seg selv og sine handlinger. Evnen til å bevare relasjoner og knytte nye relasjoner, blir svekket ved fødselsdepresjon. I frykt for at andre skal oppdage deres utilstrekkelighet, velger mange, både bevisst og ubevisst, å isolere seg. Isolasjon øker ensomheten og arbeidspresset for kvinnene i en periode hvor de aller mest trenger avlastning og samfunn med andre mennesker.

For mange som opplever en depresjon etter fødsel, er det liten sammenheng mellom forventninger og realiteter. Mange opplever at forventningene de hadde til den nye rollen, ikke samstemte med virkeligheten. Skuffelsen ble stor når forventninger om en god tid, med mye kjærlighet og glede, blir byttet ut med manglende tilknytning til barnet og negative opplevelser og endringer i møte med seg selv og omgivelsene.

Følelser og handlinger er ofte styrt av automatiske tanker og grunnantagelser som vi mennesker ikke er klar over. Ved å ikke være bevisst disse tankene, vil opplevelsen av depresjonen bli forsterket i negativ retning. Å øke den enkeltes bevissthet rundt de automatiske tankene og grunnantagelsene som dukker opp, gjør at kvinner som opplever fødselsdepresjon blir utstyrt med redskaper som hjelper dem til å vinne

kampen mellom lykke og fødselsdepresjon. Selv om fødselsdepresjon for enkelte er begynnelsen på et lengre sykdomsforløp, tyder mange av kvinnenes beskrivelser på at depresjonen var et tilbakelagt stadium.

Studien gav lite informasjon om hvilke faktorer som er til hjelp i bedringsprosessen. Men det kan tenkes at antidepressiva og gode relasjoner til helsepersonell, familie og babyen, kan være påvirkende faktorer i bedringsprosessen.

Funnene viser at det er mulig å lage en felles forståelse for hvordan kvinner har det under en fødselsdepresjon, men samtidig er det begrenset hva som kan forstås inn i disse begrepene. Begrensingen kommer av at hver av kvinnene har sin unike forståelse, opplevelse og mestringsstrategi. Ikke alle opplever depresjonen likt, men mange trekk er like. Dette gjør at man ikke kan si at alle som opplever fødselsdepresjon har det på en bestemt måte. Fødselsdepresjon er en sammensatt depresjon, hvor forskjellige kvinner har hver sin unike kombinasjon av opplevelser og symptomer. Det går ikke an å følge en fast protokoll når det kommer til depresjon. Ulike ytre faktorer påvirker opplevelsen, og gir dermed ulike opplevelser for ulike kvinner. Det sier noe om hvor unike og individuelle vi mennesker er. Denne studien har vist viktigheten av åpenhet, gode samtaler, trygghet og nære relasjoner når man møter disse kvinnene i yrkeslivet og privat. Fødselsdepresjon virker ofte ødeleggende på kvinnenes sosiale, personlige og relasjonelle plan. Depresjonen påvirker ikke bare kvinnene selv, men også barnet, familien, og omstendighetene rundt.

Problemstillingen som er presentert i denne oppgaven handler om hvordan kvinner beskriver sine erfaringer med fødselsdepresjon. Som en sum kan dette uttrykkes ved en forståelse av tilstanden ”fødselsdeprimert”, som en livssituasjon preget av mørke og ensomhet. Og i ensomheten har kvinnen ansvar for et lite barn som hun ”burde” elske. En kombinasjon av indre og ytre forventninger skaper en meget vanskelig situasjon for den nybakte mor.

6.1 Videre forskning

Ut ifra det omfattende søket som er gjort, og de få relevante treffene innen temaet kvinners erfaringer med fødselsdepresjon, kan det synes som at behovet for økt kunnskap om temaet er nødvendig. Når diagnosen fødselsdepresjon er så pass hyppig

dokumentert som den er, vil dette også skape et grunnlag for forskning, som igjen gir mulighet for økt forståelse. Forskning på fødselsdepresjon har hatt fokus på risikofaktorer, årsaksfaktorer og behandling av depresjonen, mens mors opplevelser har kommet i bakgrunnen. Vi vet lite om mors erfaringer og opplevelser. Med dette som bakgrunn vil det være nødvendig å finne ut mer. Å få god oversikt over mors opplevelse, og behandling som er nyttig, vil i fremtiden bli avgjørende for forebygging og behandling av sykdommen.

6.2 Implikasjoner for praksis

Denne studien viser viktigheten av å se og lytte til kvinnene som opplever fødselsdepresjon, for å gi dem opplevelsen av at de ikke er så unormale som de føler seg. For å få et godt behandlingstiltak rundt kvinnene, er det nødvendig å kartlegge deres nære relasjoner, slik at en kan avdekke behov, samt sette i gang tiltak i samarbeid med kvinnene selv. Det vises også at det vil være nødvendig å alminneliggjøre det å gjennomgå en depresjon etter fødsel. Når antallet kvinner som opplever en slik depresjon er så høyt som 10-15%. Er det både i samfunnet og den enkeltes interesse å øke kunnskapen om den. Det utledes av de ni artiklene at det å kaste lys over denne realiteten muligens kan føre til at flere får hjelp tidlig, og dermed kommer over depresjonen på et tidligere stadium.

Ut fra funnene synes det som at ved å la kvinnene snakke ut om sin fødselsdepresjon, samt inkludere deres nære relasjoner i undervisningen rundt dette, kan ofte hjelpes til en økt opplevelse av tilhørighet og trygghet. Dette vil også øke pårørendes forståelse, og hjelpe til med at kvinnene blir møtt på en mer gunstig måte. Det å screene mor etter fødsel ved hjelp av EPDS, har vært til stor hjelp for å få en større oversikt over kvinner som lider av fødselsdepresjon. Samtidig kan det virke vel så viktig å informere mor på forhånd om at dette er en komplikasjon som kan oppstå. Å undervise om fødselsdepresjon til gravide på en god måte, kan være et viktig forebyggende tiltak. Grunnen er at kvinner sliter med selv å ta kontakt med helsevesenet, fordi det oppleves tabu å være deprimert under tilsynelatende lykkelige omstendigheter. (Coates et al., 2014). Denne type undervisning kan hjelpe dem til å se at barseltårer er en normal reaksjon etter fødsel, og kan også føre til at barselkvinner kan bli oppmuntret til å søke hjelp raskt dersom barseltårene vedvarer. Det kan også være med på å forebygge mot

ekstra sårbarhet i ukene etter fødselen. Å forebygge på denne måten kan hjelpe mor og barn angående tilknytningen dem i mellom (Kantrowitz-Gordon, 2013). Målet vårt må være å redusere antallet kvinner som opplever en mørk barseltid, og hjelpe så mange som mulig til morsglede, mestring og en god vei videre, i stedet for å ha en kamp mellom lykke og fødselsdepresjon.

Det vil gagne både dem og deres pårørende. Videre vil en større og bredere bevisstgjøring rundt disse tankene, og veiledning til hvordan å takle dem, hjelpe mange ut av isolasjonen. Resultatet vil kunne være at mødre får mer styrke og støtte til å jobbe med sine problemer. Dette kan bidra til å senke forventningene, og hjelpe mødre til å ikke føle seg unormale i møte med sin reaksjon.

7.0 Litteraturliste

- Abrahamsen, Gerd. (1997). *Det nødvendige samspillet* (Vol. 6). Oslo: Tano Aschehoug.
- Bandura, Albert. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. doi:10.1016/0749-5978(91)90022-1
- Beck, C T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, Vol.12, 453-472. Retrieved from <http://qhr.sagepub.com.ezproxy.uis.no/content/12/4/453.full.pdf+html>
- Beck, C T. (2006). Postpartum depression: It's just the blues. *America Journal of Nursing*, 106 (5), 40-50.
- Beck, Cheryl. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*, 50(5), 275-285. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfte&NEWS=N&AN=00006199-200109000-00004>
- <http://graphics.tx.ovid.com/ovftpdfs/FPDDNCOBGACHOL00/fs010/ovft/live/gv016/00006199/00006199-200109000-00004.pdf>
- Beck, Cheryl Tatano , & Indman, Pec. (2005). The Many Faces of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Vol.34(5), 569-576. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.uis.no/doi/10.1177/0884217505279995/e.pdf>
- Beck, Judith S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, Judith S. (2006). *Kognitiv terapi : teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.
- Beck, Judith S. (2011). *Kognitiv adfærdsterapi : grundlag og perspektiver* (2. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Bilszta, Justin, Ericksen, Jennifer, Buist, Anne, & Milgrom, Jeannette. (2010). Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44-54.
- Blaikie, Norman. (2012). *Designing Social Research* (Vol. 2nd Edition). UK: Polity Press.

- Borge, Lisbet, & Almvik, Arve. (2014). *Å sette farger på livet : helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Coates, Rose, Ayers, Susan, & de Visser, Richard. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 359. doi:10.1186/1471-2393-14-359
- Eberhard-Gran, Malin, & Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Eberhard-Gran, Malin, Slinning, Kari, & Hånes, Hanna (red). (2015). Depresjon i forbindelse med fødsel (fødselsdepresjon) - faktaark. Retrieved from <http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsels-og-spedbarns-helse/fodselsdepresjon>
- Fjeldstad, Trygve. (2013). *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell ... : 2013*. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
- Friberg, Febe (red). (2010). *Dags för uppsats - Vagledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, Febe (red). (2012). *Dags för uppsats*. Danmark: Studentlitteratur AB.
- Gao, Ling-ling, Chan, Sally Wai-chi, You, Liming, & Li, Xiaomao. (2009). Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 303-312. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f1a44eb-d125-478a-8cbf-429d70efd894%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4214>
- Gardner, P. L., Bunton, P., Edge, D., & Wittkowski, A. (2013). The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2013.08.001
- Graneheim, U.H, & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. 24, 105–112.
- Gullestrup, Lise, & Terp, Inger Merete. (2008). *Fødselsdepression*. København: PsykiatriFonden.
- Haga, Silje M., Lynne, Anita, Slinning, Kari, & Kraft, Pål. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x

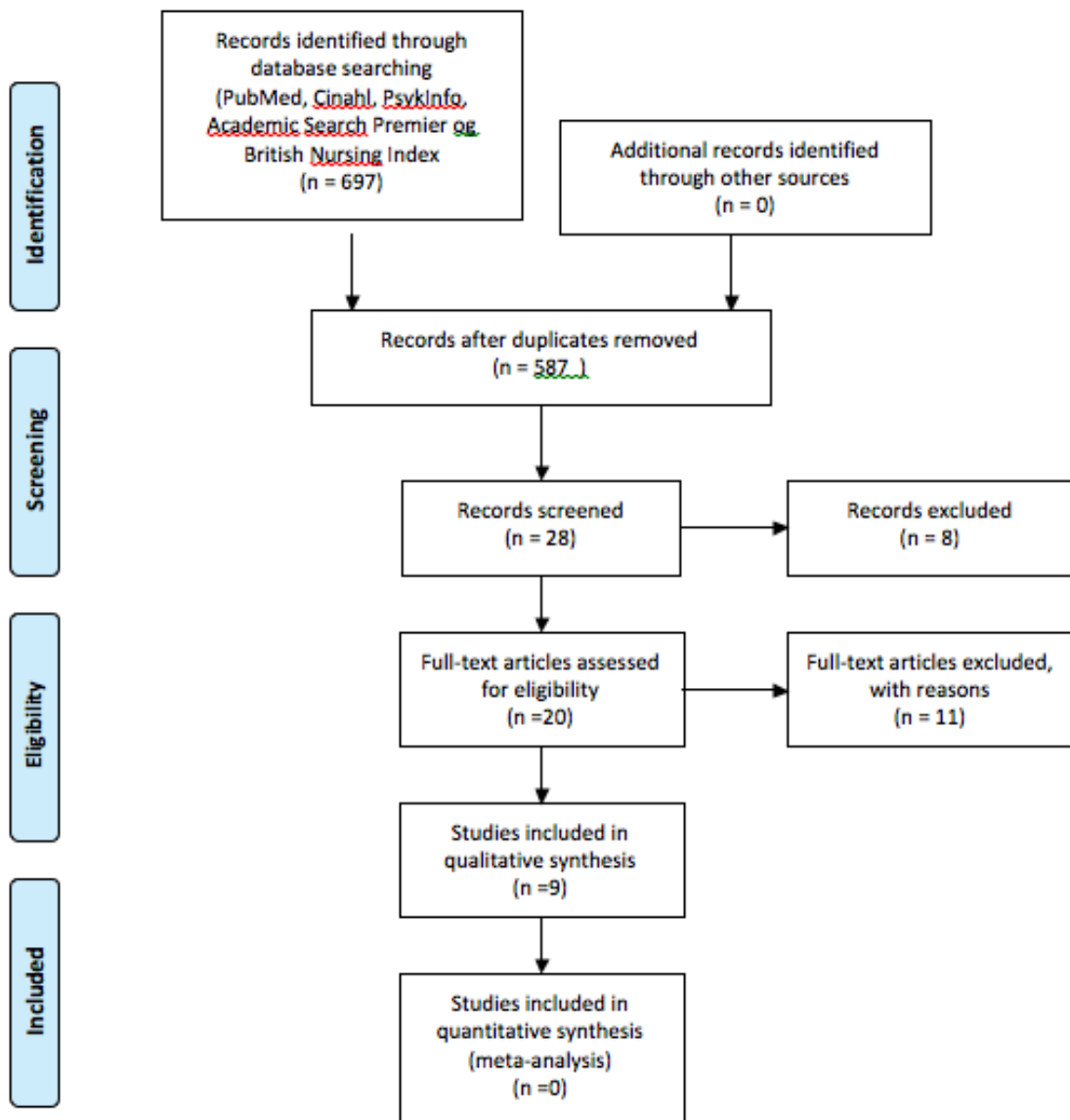
- Hall, Pauline. (2006). Mother's experiences of postnatal depression: an interpretative phenomenological analysis. *Community Practitioner, Vol.79(8)*, 256-260.
- Helsebiblioteket.no. (2014). Fødselsdepresjon. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/f%C3%B8dselsdepresjon>
- Helstrup, Tore, & Kaufmann, Geir. (2000). *Kognitiv psykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Kantrowitz-Gordon, Ira. (2013). Internet Confessions of Postpartum Depression. *Issues in Mental Health Nursing, 34(12)*, 874-882. doi:10.3109/01612840.2013.806618
- Katon, Wayne, Russo, Joan, & Gavin, Amelia. (2014). Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's Health (15409996), 23(9)*, 753-759 757p. doi:10.1089/jwh.2014.4824
- Kendall-Tackett, Kathleen A. (2010). *Depression in new mothers : causes, consequences, and treatment alternatives* (2nd ed. ed.). London: Routledge.
- Knirkholt Jensen, Kim, & Danmarks, Forvaltningshøjskole. (1997). *Kognitiv psykologi i teori og praksis*. Frederiksberg: Danmarks forvaltningshøjskoles forlag.
- Kristensen, Kristin Valen, Dalseth, Anette Karlsen, Moldestad, Line, Wallan, Solveig, Lorem, Geir, Jentoft, Greta, . . . Wang, Arfwedson. (2015). Blues Mothers Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Volume 52*, 405-412. Retrieved from http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=441555&a=3
- Moher, D , Liberati, A, Tetzlaff, J, & Altman, DG. (2009a). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses. Retrieved from <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA 2009 flow diagram.pdf>
- Moher, D , Liberati, A, Tetzlaff, J, & Altman, DG. (2009b). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses. *The PRISMA Statement*. Retrieved from <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA 2009 checklist.pdf>
- Montgomery, Phyllis, Mossey, Sharolyn, Adams, Sara, & Bailey, Patricia H. (2012). Stories of women involved in a postpartum depression peer support group. *International Journal of Mental Health Nursing, 21(6)*, 524-532 529p. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00828.x
- Murray, Lynne, & Cooper, Peter J. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press.

- Patel, Sonia, Wittkowski, Anja, Fox, John R. E., & Wieck, Angelika. (2013). An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression.(Report). *Midwifery*, 29(6), 682. Retrieved from [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00112-X/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00112-X/abstract)
- Repstad, Pål. (2007). *Mellom nærhet og distanse - Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Santos, Hudson Pires Oliveira, Sandelowski, Margarete, & Gualda, Dulce Maria Rosa. (2013). Bad thoughts: Brazilian women's responses to mothering while experiencing postnatal depression. *Midwifery*, 30(6), 788-794. doi:10.1016/j.midw.2013.11.004
- Schneider, Zevia, Elliott, Doug, LoBiondo-Wood, Geri, & Haber, Judith. (2003). *Nursing Research- Methods, Critical appraisal and utilisation*. Australia: Mosby.
- Thagaard, Tove. (2009). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode 3.utg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thurgood, Sara BS, Avery, Daniel M MD, & Williamson, Lloyd MD. (Spring 2009). Postpartum Depression (PPD). *VOL. 6*, p.17-22. Retrieved from <http://www.aapsus.org/news/article/postpartum-depression-ppd>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

8.2 Vedlegg 2

Oversikt over artiklene:

Artikkel 1	Blues Mothers, Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon
Forfatter	Kristin Valen Kristensen, Anette Karlsen Dalseth, Line Moldestad, Solveig Wallan, Geir Lorem, Greta Jentoft, Elisabeth Catharina Wang Arfwedson
Publisert	Norsk psykologi forening
Årstall	2015
Land	Norge
Forskningsspørsmål	Hvordan beskrives erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltagelse i mestringsgruppen Blues Mothers.
Metode	Kvalitativ metode, narrative intervju, med en beskrivende design. Individuelle intervju hjemme hos kvinnene. Varighet 40-90 min. Intervjuene brukte åpne forestilling induserende spørsmål, dette gjorde at deltagerne kunne fortelle fritt.
Antall intervjuobjekt	9 kvinner ble intervjuet, mellom 21-35 år, disse kom fra en mestringsgruppe kalt "Blues Mothers" som er et tilbud i Tromsø kommune.
Oversikt resultat	<p>Artikkelen ble delt inn i tre temaer med undertema, 1. Belastning utover mestringsevne, 2. de onde sirklene, og 3. bryte de onde sirklene. Den første viste at fysiske belastninger i svangerskapet og barseltiden var preget av søvnmangel, ammeproblemer, aleneansvar. Store belastninger påvirket kvinnenes tanker om seg selv og sin omsorgsevnen. Manglende sosial støtte innebar mangel på praktisk hjelp, avslapning og trøst, og førte til utmattelse og isolasjon.</p> <p>Miste seg selv: drømmer, tap av frihet, tidligere mestringsstrategier fungerte ikke lenger. Bekymre seg for fremtiden.</p> <p>2. Forventning om å være lykkelig, førte til at de følte seg annerledes, ensomme, mindreverdige og skamfulle. Mange isolerte seg som igjen forsterket bekymringene og skamfølelsen. De følte de ikke strakk til realiteten og forventningene var forskjellig. De forventningene og forestillingene de hadde ble en målestokk for om de fungerte godt som mødre. Det ble vanskelig å takle velmenende råd, andre lykkelige mødre, sosiale medier dette minnet dem ekstra på at de ikke var gode nok.</p> <p>Andre faktorer som skapte bekymring var egen psykisk helse og økonomi. Ammeproblem var stressende og bekymringsverdig. En kvinne følte seg presset av helsestasjonen til å fullamme. Det å ikke oppleve den forventede lykken førte til at mange følte seg unormale og skammet seg frykten for at andre skulle vite hvordan</p>

	<p>de hadde det, førte til isolasjon, isolasjonen ble forsterket av at de ikke snakket om det.</p> <p>3. Kvinnene hadde stor hjelp av å være med i mestringsgruppen, det ble mye lettere å takle hverdagen når de møtte kvinner i samme situasjon. Ved å være med i gruppen unngikk de isolasjon.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 2	Women´s experiences of postnatal distress: a qualitative study
Forfatter	Rose Coates, Susan Ayers og Richard de Visser
Publisert	BMC pregnancy and childbirth
Årstall	2014
Land	England
Forskningsspørsmål	Hvordan opplever, og gir kvinner mening, til den følelsesmessig nøden, det opplever første året etter fødsel?
Metode	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju, med oppfølgingsspørsmål. 15 av intervjuene var en til en, 2 av intervjuene over telefon. Intervjuene foregikk mellom sep 2010, og feb 2011. Intervjuets varighet var mellom 22-72 min. I gjennomsnitt 43 min.
Antall intervjuobjekt	17 førstegangsfødende kvinner som opplevde psykiske problem etter fødsel. Alder 23-42 år.
Oversikt resultat	<p>Leve med en dårlig start. Barseltiden startet på en måte de ikke hadde håpet på, de følte seg desorienterte fra sitt dagligliv, og hadde negative følelser, klandret seg selv, vanskelighet med ammingen. Noen følte seg lite glad eller bekymret, og hadde en underliggende følelse av at noe ikke var helt som det skulle være. Tanker om at det både var ”naturlige” og ”rette” måter å føle ovenfor ens egen baby, eller behandle barnet på, førte til at mødrene følte at de ikke fikk den kontakten de ønsket. Mange var skuffet over at fødselen ikke gikk som de hadde håpet på. Vanskelighetene i fødselen gikk kort ut på sen fødsel, prematur fødsel, rask fødsel, vanskelig fødsel. Skyldfølelse knyttet til negative fødselsopplevelser var hyppig beskrevet. De følte som om det var et skille mellom tankene deres og kroppen og skyldte på kroppen for å gjøre imot deres vilje. Mange forventet at ammingen skulle være det mest naturlige i verden. Ammingen overskygget alt annet. Erfaringene skapte stress, angst og frustrasjon.</p> <p>Opplevde det som godt at helsepersonell tok styring og underviste. Helsepersonell hadde dårlig tid, og gikk fort fra dem, eller glemte avtaler.</p> <p>Ikke føle seg respektert, eller bli ivaretatt. Følte seg ukjent i helsesystemet, de hadde ikke et fast personal som de kjente til og som de kunne stole på, som visste om situasjonen deres, og kjente barna. Fikk lite informasjon. Det å ha en nær relasjon til et</p>

	<p>helsepersonell og noen de kunne snakke med, var en god opplevelse for noen av kvinnene.</p> <p>Overgangen til å bli mor var en ny og utfordrende forandring i livet. Fra å være selvstendig og uavhengig følte mange seg sårbare og avhengige av hjelp for første gang i livet, i møte med sin egen baby. Det var vanskelig å klare å skille om denne vonde følelsen var normal, eller om den var forårsaket av tretthet, hormonelle endringer eller følelser fra en traumatisk fødsel. Noen ganger trengte de nye mødrene å snakke med erfarne mødre, eller helsepersonell for å bestemme om de trengte hjelp. De trodde at starten med babyen skulle være vanskelig, men bli bedre etter hvert. De trodde at å være gravid skulle forberede dem på å bli mor, men de var skremmende å være alene med babyen og møte dens behov. Trengte støtte, men mannen var på jobb halve dagen, og måtte ta over ansvaret for barnet når han kom hjem. Dette gav partneren mye ansvar. Noen opplevde at partneren ikke forstod dem, og at de ikke forstod at det var utfordrende å ta vare på babyen hele dagen. Mange snakket om hvor viktig det var med støtte utenfor forholdet.</p> <p>Ensomhet gjorde at det var vanskelig å søke hjelp, men problemene deres gjorde i noen tilfeller at familien og vennene bad dem søke hjelp. Noen tenkte at de ikke hadde seriøse nok problemer til det, og ønsket ikke å være til bry for helsepersonell. Det var til hjelp å snakke med andre, helst i en til en samtaler. Før de var komfortable var en til en samtaler best, men så ble det mer aktuelt med gruppeterapi. Noen følte seg alene når de hadde en annen problematikk enn de andre.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 3	Bad thoughts: Brazilian women's responses to mothering while experiencing postnatal depression
Forfatter	Hudson Pires Oliveira Santos Jr, Margarete Sandelowski, Dulce Maria Rosa Gualda
Publisert	Midwifery
Årstall	2013
Land	Brazil
Forskningsspørsmål	Hvordan opplever Brasilianske kvinner morsrollen mens de gjennomgår en fødselsdepresjon?
Metode	Kvalitativ artikkel. Åpne intervju.
Antall intervjuobjekt	15 kvinner som var diagnostisert med fødselsdepresjon.
Oversikt resultat	Mødre identifiserer seg selv som en som kan skade barnet. De vonde tankene startet uken etter fødsel, og var mest fremtredende når de tok vare på barna sine. Scener som dukket opp i hodene deres var; kaste et teppe over barnet, kaste det ut vinduet, miste det i badekaret, skade dem med kniv. Ønsket om å skade barna

	<p>ble intense når disse tankene kom. To av kvinnene hadde skadet barna sine, selv om de ikke ønsket det. En av kvinnene hadde skreket til barnet sitt. Når barna ikke reagerte følte kvinnene at de ikke hadde oppnådd det de ønsket. Frykt for at barnet skulle dø ble uttalt av seks av kvinnene. Noen av kvinnen som hadde tanker om å skade barnet sitt, (inkludert de som gjorde det), gav fra seg omsorgen for barnet til et familiemedlem. Enten delt omsorg, hvor de selv gjorde litt, og familiemedlemmet gjorde litt, mens noen gav bort hele omsorgen. Den overførte omsorgen varte i 2 år, til kvinnen hadde blitt bedre, og klarte å ta vare på barnet selv. Mange slet fortsatt da med å godta barnet som sitt eget.</p> <p>De som valgte delt omsorg, hadde ansvar for bleieskift, bade barnet og amme det, mens familien gjorde resten. Frykten for å skade barnet gjordet at de ikke ville være alene med det. Med delt omsorg fikk kvinne unngå stressende situasjoner og hvile seg ut.</p> <p>De som ikke hadde familie som kunne ta vare på barnet måtte ta det selv. Det var utfordrende for kvinnene å ha ansvaret for barnet selv når de var deprimerte, dette førte ofte til isolasjon, fordi de ikke ønsket kontakt med andre. Noen levde med frykt for at noe skulle skje med barna deres. Dette gjorde dem overbeskyttende. Uten å sove og hvile, våkte de over barnet sitt. De beskyttet barnet mot alt i frykt for at det skulle dø. Når de ble så opphengt i å passe på barnet, merket de ikke at de unngikk andre mennesker.</p> <p>En av mødrene som ikke hadde tanker om å skade barnet, overførte likevel omsorgen for barnet. Hun satt med skyldfølelse fordi hun ikke tok vare på barnet sitt selv. Kvinnene satt med frykt for å bli gravid igjen på grunn av at de var redde for å få en ny depresjon.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 4	The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study
Forfatter	Phillippa L. Gardner, Penny Bunton, Dawn Edge, Anja Wittkowski
Publisert	Midwifery
Årstall	2013
Land	England
Forskningsspørsmål	Hvordan oppleves erfaringen fra fødselsdepresjon, av vest Afrikanske kvinner som bor i UK?
Metode	Kvalitativ design, semistrukturerte intervju
Antall intervjuobjekt	6 vest afrikanske kvinner (3 fra Nigeria og 3 fra Ghana) alder 22-36 år
Oversikt resultat	Symptomer på fødselsdepersjon som ble presentert av kvinnene

	<p>var at de gråt mye, var irritable, overfølsomme og sov for lite. En følte seg overveldet, og hadde ønsker om å skade seg selv. Noen følte de så seg selv fra utsiden. Endret oppførsel til å bli uhøflig og oppføre seg på uakseptable måter. Noen følte seg stresset, anspent, deprimerede, og under press. Det ble uttalt at det ikke fantes fødselsdepresjon i Afrika hvor de kom fra, siden familien var rundt dem i Afrika, og støttet dem. Mens i UK, hadde de ingen støtte, og dette gjorde at de følte seg isolerte. Kvinnene beskrev enkelte grunner til depresjon, de var bekymret for barnets beste, mangel på tilhørighet, dårlig økonomi, isolasjon, lite støtte, og familien som bodde langt borte. Noen slet med å stole på andre. Følelse av å miste identiteten sin førte til isolasjon. Å skulle gjøre alt alene var nytt for kvinnene, for i Afrika fikk de hjelp av familie, venner og naboer. Mange hadde en opplevelse av å være alene, følte seg ensomme, og hadde ingen å snakke med. Følelse av at de var avhengig av ektemannen, men opplevde at han ikke forstod hva de følte.</p> <p>Det ble også beskrevet at de opplevde dårlig støtte fra helsepersonell. Det at helsepersonell kom hjem til dem etter fødselen opplevdes som trygt, men når de gikk var de alene igjen. Mange ble frustrerte på helsepersonell fordi de følte seg avvist og isolert etter at de forlot dem, mange utviklet da en mistillit til helsepersonell.</p> <p>Vanskelighet med å dele følelser med andre, og at de minimaliserte sine opplevelser gjorde at mange ble isolert. Depresjonene ble også forbundet med tapsfølelse, Mistet identitet, det gamle livet, seg selv, den de en gang var. Mange fikk dårlig selvbilde på grunn av endringene i kroppen. Tapet av frihet, og at de ikke lenger kunne gjøre det de selv ønsket, var tøft for mange.</p> <p>Vanskeligheter med å stole på andre som mann og venner. Noen slet med frykt for at mannen skulle være utro. Dette gjorde at de ikke hadde single venner.</p> <p>Mange beskrev at forholdet til barnet var viktig. Det at de hadde et godt forhold gjorde at de kunne glemme sorgene sine. Troen på Gud var også en positiv faktor. Støttegruppe, svigermor og mor var til stor hjelp for kvinnene.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 5	Internet Confession of Postpartum Depression
Forfatter	Ira Gordon Kantrowitz
Publisert	Issues in Mental Health Nursing
Årstall	25.november 2013
Land	USA
Forskningsspørsmål	I hvor stor grad er kvinner i stand til å snakke om sin fødselsdepresjon, og hvilke strategier bruker de?

Metode	Kvalitativ studie, diskursive psykologi og Foucauldiansk diskursanalyse.
Antall intervjuobjekt	102 kvinner som deler sine erfaringer på et forum for fødselsdepresjon. Med i studien er 53 poster, og 49 responser.
Oversikt resultat	Mange av mødrene i denne studien hadde problemer med å fortelle andre at de hadde fødselsdepresjon. At de følte som de gjorde førte til at kvinnene skammet seg og var flau. Kvinnene opplevde at det sterke båndet som skulle være mellom dem og barna deres ble brutt både psykisk og fysisk. Enkelte følte avsky mot barnet sitt, hatet det, likte det ikke. Andre hadde ønsker om å psykisk eller fysisk skade det. Selv om trangen til å skade barnet ble nevnt, var det ingen som gjorde det. En kvinne fortalte at hun hadde skreket til barnet. Når kvinnene i studien fikk tanker om å skade/ drepe seg eller barnet, førte dette ofte til at de søkte hjelp. For noen var dette en utenfor seg selv opplevelse, noen plasserte det på dårlig selvbilde, sinne, ubehag eller at de så på sin egen kropp med avsky. Dårlig selvbilde kom av at kroppen hadde endret seg i løpet av svangerskapet. I noen tilfeller fikk kroppen ansvar for depresjonen. Vansker med å elske seg selv og barnet ble nevnt. Det å få barn møtte ikke de forventningene de hadde til det. Mange hadde før fødselen et idealisert bilde av å bli mor. Å være en god mor innebar å ønske å holde det, elske barnet og møte dets behov. Mange dømte seg selv, sine handlinger, følelser og identitet som mor. De beskrev seg selv som ond, svak og grusom. Mange fortalte om en sterk følelse av skyld. Denne skylden gikk på at de feilet som mor, og ikke ønsket fulltidsansvar for barnet. På tross av disse følelsene oppgav mange at de var gode mødre. Noen sa at dersom de skulle få depresjon igjen ville de søke hjelp tidligere. Noen fikk hjelp av anti-depressive.

Artikkel 6	An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression
Forfatter	Sonia Parel, Anja Wittkowski , Hohn R.E. Fox, Angelika Wieck
Publisert	Midwifery
Årstall	2012
Land	England
Forskningsspørsmål	Hvilket syn har mødre selv på deres fødselsdepresjon?
Metode	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervju, en intervjuer. Mellom september 2010 og april 2011. Mange åpne spørsmål. Intervjuene varte mellom 45-83 minutter.
Antall intervjuobjekt	11 kvinner. I gjennomsnitt var mødrene 29,4 år, mens babyene var i gjennomsnitt 8,9 mnd. Mødrene skåret mellom 12 og 23 på EPDS skåren. En av kvinnene var diagnostisert med fødselsdepresjon under svangerskapet. To av kvinnene var innlagt på en mor barn avdeling.

Oversikt resultat	<p>Seks hovedtema:</p> <p>Det å få barn møtte ikke forventningene: det idealistiske bilde av å bli mor, ble heller møtt med nedstemthet, angst, sinne og dårlig fysisk helse fra komplikasjoner etter fødselen. De som ikke hadde hatt depresjon før, forstod ikke hva som skjedde.</p> <p>For å finne svar på hvorfor de var deprimerte, identifiserte mange stressende livsfaktorer som kunne være utløsende. Vanskeligheter med å justere seg til foreldrerollen, traumer, , personlige faktorer og andre psykososiale stressfaktorer, endringer i livsstil, mangel på sosial støtte, vektøkning, , samlivsproblemer, økonomiske bekymringer og arbeidsrelaterede bekymringer.</p> <p>Det å få diagnosen fødselsdepresjon gikk på akkord med hvordan de mødrene så på seg selv, men også hvordan andre så på dem. Dette var vanskeligst for førstegangsfødende. Diagnosen gav både en frykt, og en lettelse. Frykt for hva andre tenkte: unormal, uforutsigbar, lite fungerende, ute av kontroll, ute av stand til å ta vare på, og elske sitt eget barn. Lettelse fordi de ikke lenger følte seg alene, og når de ikke kunne forklare sine følelse, så visste de hva som gjorde det.</p> <p>Antidepressiva, det minste av to onder: av 10 deltagerne gikk ni på antidepressiva. Måtte ta medisin for å være normal, dette gjorde at de følte seg svake. De opplevde usikkerhet rundt deres evne til å være mor, om den kom fra at de tok medisiner, eller ikke.</p> <p>Å miste tiden: Mødrene beskrev at de var i sorgprosess over at de hadde tapt så mye tid på fødselsdepresjonen. Skyld i forhold til barnet, partner og familien generelt. Deres sykdom hadde gitt familien bekymringer. Det innebar også en følelse av skyld, som bekreftet at de var dårlige mødre. Det ble antatt at denne sorgen kom fra samfunnets forventning om en idyllisk barseltid</p> <p>Usikker fremtid: frykt for nye episoder med depresjon. Noen ønsket ikke flere barn av frykt for å få ny fødselsdepresjon. Frykten for å ikke være gode mødre uten antidepressiva. Mange ønsket å slutte, mens de ønsket ikke å gjøre det dersom de kom i samme situasjon igjen.</p>
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 7	Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care
Forfatter	Justin Bilszta, Jennifer Ericksen, Anne Buist og Jeannette Milgrom
Publisert	Australian Journal of Advanced Nursing
Årstall	2010
Land	Australia
Forskningsspørsmål	På hvilken måte opplever kvinner at fødselsdepresjonen påvirker deres tro, holdninger og valg til å søke hjelp? Hvordan kan familie, venner og helsepersonell være til hjelp i denne

	prosessen?
Metode	Fokusgruppe intervju. Varighet 90 min. Ble gjort mellom november 2005 og mars 2006. Tatt opp på bånd med kvinnes samtykke.
Antall intervjuobjekt	40 kvinner
Oversikt resultat	<p>Forventninger til å bli mor og realiteten var forskjellig. Lykken over å bli mor forsvant raskt etter at de kom hjem fra sykehuset. Opplevelse av å miste kontrollen og livet som det var. Forventninger som at morsrollen skulle være enkel, og at de automatisk skulle nyte livet og ha god tilknytningen til barnet.</p> <p>Mange hadde en frykt for at andre skulle se at de feilet og ikke mestret oppgaven. Det idealiserte bildet de hadde av andre mødre, gjorde at de fikk høye forventninger til seg selv. De følte ikke de mestret å være foreldre, og skyldte på seg selv.</p> <p>Stigmaet rundt å ha følelsesmessige problemer var konstant, samt frykten for å være deprimerte. Frykten for å være en dårlig mor, var verre enn å være deprimert. Dette førte til at kvinnene nektet for at de følte seg deprimert. Behovet for å bli sett på som strukturerte og organiserte var stort. Det var en stor barriere å søke hjelp. Dette kom av vanskeligheter med å skille hva som var normale følelser og deprimerte følelser.</p> <p>Det å få informasjon om hvordan de kunne søke hjelp og utdanning innen følelsesmessige vanskeligheter de første månedene etter fødsel, mente kvinnene burde være obligatorisk. Mange hadde hatt undervisning om dette, men da fulgte de ikke med. Ingen trodde at det kom til å hende dem. Mange opplevde at det var vanskelig å finne hjelp. Dette fordi det var lite informasjon på nettet, lange ventelister, ingen 24 timer i døgnet telefon for kvinner med fødselsdepresjon, dårlig samhold mellom privat og offentlig sektor.</p> <p>Når kvinnene begynte å føle seg deprimerte endret forholdet til partneren seg. Vanskelig å skulle fokusere på både barnet og mannen samtidig, samtidig som de trengte mye støtte fra partner. Tidligere familieutfordringer ble større, og dette påvirket den psykiske helsen. Dersom de ikke mestret alle utfordringene med babyen var de automatisk dårlige foreldre, men det var vanskeligheter i å hjelpe babyen på egenhånd.</p> <p>Forskjellige helsepersonell gav forskjellig informasjon. Søke om hjelp og erfaringer fra behandling: på grunn av fysisk ubehag etter fødselen, dårlig søvn, lite motivasjon, dårlig kroppsbilde og ikke klare å tenke logisk eller klart, gjorde at mange ikke søkte hjelp.</p> <p>Mange hadde en likegyldighet til behandlingen som ble gitt og et ambivalent forhold til den. De mente hjelpen som ble gitt handlet om at kvinnene ble normalisert heller enn at de fikk hjelp for sine humørsvingninger. De følte de ble bedt om å holde kjeft. De trengte å få snakke ut om sine følelser. Å ta imot anti-depressive var vanskelig, siden de var redde for at sideeffektene skulle påvirke barnet. Det var også en barriere for kvinnene, og de skammet seg over at de ikke klarte å ta vare på barnet uten. Relasjon til helsepersonell: Mange fikk hjelp av MCHN (maternal child health nurses), der lærte de å gjenkjenne depresjonen, og ta kontroll over denne.</p>

Artikkel 8	Experiences of postpartum among first-time mothers in mainland China
Forfatter	Ling-ling Gao, Wai-chi Chan, Liming You og Xiaomao Li
Publisert	Journal of Advanced Nursing
Årstall	2009
Land	Kina
Forskningsspørsmål	Beskrive opplevelsen av fødselsdepresjon hos førstegangsfødende i Kina.
Metode	Kvalitativ metode, dybdeintervju
Antall intervjuobjekt	15 kvinner førstegangsmødre, scoret 13- 30 på EPDS skala. 6 uker etter fødsel.
Oversikt resultat	<p>Det dominerende var at kvinnene følte seg tomme. De var fysisk og psykisk utslitt etter fødsel, babyen krevde mye fra dem, og det var en stor omveltning</p> <p>Helsehjelpen var ikke gratis, så mange måtte bruke mye av familiens økonomi på fødselen. Mange hadde økonomiske problem, og bekymret seg over økonomien, siden de både skulle ta vare på barnet nå, men også spare opp penger til barnet skulle utdanne seg.</p> <p>Oppfattet seg selv som en tabbe: Føle seg inkompetente som mor, opplevelse av å ha utilstrekkelig kunnskap som mor: de visste ikke om barnet var syk, sulten eller trett når de gråt. De hadde store forventninger til ammingen. Ti av kvinnene hadde sluttet å amme fordi de ikke fikk det til. Dette gjorde at de følte seg som en fiasko, og de skyldte på seg selv. Ønsket om å være den perfekte mor, men skuffet over at de ikke klarte å gi barnet mat, skuffet dem.</p> <p>Følelsen av å være en fiasko, ble påvirket av dårlig kroppsbilde. Kroppen hadde endret seg etter fødselen. En kvinne fortalte at hun nektet ektemannen samleie siden hun hadde endret seg nedentil etter fødsel.</p> <p>Dissonans: Mange opplevde stress fordi moderne og tradisjonelle praksiser samsvarte ikke. Realiteten og forventningene var ikke det samme. Kulturen deres tilsa at kvinnene måtte ligge i sengen i en måned, de måtte lyde de eldre, og gjøre som tradisjonen sa. Dette samsvarte ikke med det legen sa. Mange ønsket å følge legens råd, men dette ble vanskelig. Mange hadde problemer med svigermor, og følte de ikke nådde opp til deres forventninger. Dersom de ikke fikk et guttebarn, ble ikke svigermor glad. Opplevelsen av at svigermoren ikke likte barnet var sterk. Presset fra svigermoren gjorde at en av kvinnene uttalte at hun ønsket å dø. Mange sa at det var et stort skille mellom forventningene til å bli mor og realitetene. Dette gjorde at de ikke følte at de mestret det å være mor.</p>

Artikkel 9	Mothers' experiences of postnatal depression: an interpretative phenomenological analysis
Forfatter	Pauline Hall
Publisert	Community Practitioner
Årstall	2006
Land	England
Forskningsspørsmål	Hvilke tanker og følelser sitter kvinner som gjennomlever en fødselsdepresjon med.
Metode	Kvalitativ metode. Ustrukturerte intervju, som ble transkribert og analysert ved hjelp av interpretativ fenomenologisk analyse. Kvinnene ble bedt om å fortelle om sin opplevelse med fødselsdepresjon. Intervjuguiden ble ikke brukt. De fikk snakke så detaljert de ønsket. Intervjuene ble tatt opp på tape.
Antall intervjuobjekt	10 kvinner. 5 var førstegangs mødre, 3 var hadde 1 barn fra før, og 2 hadde fire barn til sammen. Alle bodde med partneren.
Oversikt resultat	Vanskeligheter med å fortelle andre om deres følelser, for store forventninger om det å bli mor, å være en dårlig mor var temaer som ble tatt opp. Andre tema var ikke like fremtredende som følelsen av å være urettferdig behandlet ved å være deprimert, dårlig selvfølelse, tanker om at noen i familien kom til å dø. Frykten for at andre ikke ville forstå, gjorde at syv av kvinnene ikke fortalte sine opplevelser. Dette gjaldt også for helsepersonell. De hadde frykt for konsekvensene av å fortelle. De var redde for å bli flyttet til en psykiatrisk enhet og bli stengt inne der, eller at babyen skulle bli tatt fra dem. Forventet at de skulle bli lykkelige som mor, og at alt skulle bli fullkomment, men det skjedde ikke. Ni hadde tanker om at de var dårlige mødre, gjorde en dårlig jobb og at andre ville gjøre det bedre enn dem. De bar på en frykt for ikke klare å danne en relasjon til barnet sitt, og ikke få en tilknytning. Noen var sinte på barnet sitt, og dette førte til at de følte seg som dårlige mødre. Andre tenkte at barnet ønsket faren fremfor dem. Mange hadde ønske om hjelp, og var redde for å skade barnet; dårlig selvbilde; deprimerte uten grunn; følte seg fanget; redde for at familiemedlem skulle dø. Noen ønsket hjelp på praktisk nivå, ønsket forståelse. Mange følte skyld, og følte seg psykisk tunge.