

**“Hvorfor ville jeg ha et barn til?": En kvalitativ studie om
mødres opplevelse av tilknytning til eget barn under
fødselsdepresjon.**

Kathinka S. A. Folland & Frida M. N. Eidsvåg

Bacheloroppgave i psykologi

Veileder: Liss Gøril Anda-Ågotnes

Stavanger, 29. april 2024

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for sosialfag



Word count: 8800

Forord

Når vi nå står ved ferdigstillingen av denne bacheloroppgaven, reflekterer vi over reisen som førte oss hit – en reise fylt med utfordringer, lærdom og personlig vekst. Vår undersøkelse av mødres opplevelse av tilknytning under fødselsdepresjon har ikke bare vært akademisk utfordrende, men har også gitt oss en omfattende forståelse av kompleksiteten og dybden av morsrollen, samt utfordringene dette medfører.

Først og fremst ønsker vi å uttrykke en hjertelig takk vår veileder, Liss Gøril Anda-Ågotnes, for hennes støtte, tålmodighet og faglige innsikt. Veiledningen vi har mottatt av henne har vært en bærebjelke gjennom prosessen, fra utforming av forskningsspørsmål til de aller siste finjusteringene av oppgaven.

Videre vil vi også gi en spesiell takk til deltakerne i studien - de modige mødrene som delte sine personlige opplevelser med oss gjennom intervjuene. Hadde det ikke vært for dem vil ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre. Vi er veldig takknemlige for at vi fikk bruke deres bidrag.

Avslutningsvis skylder vi også en stor takk til hverandre, som medforfattere. Takk for et samarbeid preget av betryggende støtte og ustoppelig motivasjon. Å skrive denne oppgaven sammen har vært en øvelse i samarbeid, tålmodighet og vennskap.

Abstrakt

Mål: Målet med denne kvalitative studien var å undersøke mødres opplevelse av tilknytning til sitt eget barn under fødselsdepresjon. *Metode:* Tematisk analyse (TA) ble brukt for å gjennomføre analysen. Vår data bestod av tre semistrukturerte intervjuer av mødre som hadde født barn i løpet av de siste 24 månedene og blitt tilskrevet diagnosen ‘depresjon’ med debut innen seks måneder etter fødsel. *Resultater:* Analysen resulterte i fire hoved-temaer som beskrev aspekter ved mødres opplevelse av tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon: “Skyldfølelse og emosjonell overveldelse”, “Fremmedgjøring av barnet”, “Aktiv unngåelse av tilknytning”, og “Tilknytning på tross av depresjon”. Vi fant at fødselsdepresjon (PPD) kan påvirke enkelte mødres evne til å danne og opprettholde en tilknytning til spedbarnet deres fra fødselen av. Skyldfølelse stod sentralt blant mødrenes opplevelse, og var forankret i den manglende evnen til å oppfylle de opplevde forventningene til morsrollen. Dette inkluderer mangel på emosjonelt overskudd til spedbarnet som resultat av overveldende negative emosjoner. Opplevelsen av å ikke føle seg som en ‘god nok’ mor bidro til å forverre mødrenes depressive tilstand under PPD. Mødrene opplevde spedbarnet som fremmed, og fysisk nærhet med spedbarnet utløste derfor følelser av frustrasjon og sinne. *Konklusjon:* Våre funn indikerer at opplevelsen av tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon preges av uoppfylte opplevde forventninger mødre har til mor-spedbarn relasjonen. Vi fant at gradvis fysisk nærhet med barnet opplevdes som en hjelpende faktor for tilknytningsprosessen og mødrenes depressive forløp. Videre forskning bør inkludere et bredere og mer mangfoldig utvalg for å undersøke individuelle forskjeller i fødselsdeprimerte mødres opplevelse av tilknytning.

Nøkkelord: *Fødselsdepresjon, opplevelse, tilknytning, tematisk analyse, PPD*

Abstract

Aim: The aim of this qualitative study was to explore mothers' experience of attachment to their own child during postpartum depression (PPD). *Method:* Thematic analysis was used for the analysis. Our data consisted of three semi-structured interviews with mothers who had given birth within the last 24 months and were diagnosed with 'depression' within six months postpartum. *Results:* The analysis resulted in four main themes describing aspects of mothers' experience of attachment to their own child during PPD: "Guilt and emotional overwhelmedness," "Alienation from the child," "Active avoidance of attachment," and "Attachment despite depression". We found that PPD can affect some mothers' ability to form and maintain attachment to their infant from birth. Guilt was a central aspect to mothers' experience, rooted in their perceived inability to meet the expectations of motherhood, including a lack of emotional capacity for the infant due to overwhelming negative emotions. Feeling inadequate as a mother exacerbated mothers' depressive state during PPD. Mothers experienced the infant as alien, and physical closeness triggered feelings of frustration and anger. *Conclusion:* Our findings indicate that the experience of attachment to one's child during postpartum depression is characterized by the unmet perceived expectations mothers have of the mother-infant relationship. We found that gradual physical closeness with the child was perceived as a helpful factor for the attachment process and for the depressive path of the mother. Further research should include a broader and more diverse sample to explore individual differences in the experience of attachment among mothers with postpartum depression.

Key Words: *Postnatal depression, experience, attachment, thematic analysis, PPD*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	7
1.3 AVGRENSNING.....	7
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	8
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	9
2.1 FØDSELSDEPRESJON	9
2.2 TILKNYTNING OG TILKNYTNINGSATFERD	10
2.3 FORSVARMEKANISMER: FREUD	11
3.0 LITTERATURGJENNOMGANG.....	11
3.1 THE EFFECT OF MATERNAL DEPRESSION ON INFANT ATTACHMENT: A SYSTEMATIC REVIEW	11
3.2 CONSEQUENCES OF MATERNAL POSTPARTUM DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF MATERNAL AND INFANT OUTCOME.....	12
3.3 “STRUGGLING WITH LIFE”: NARRATIVES OF WOMEN WITH SIGNS OF POSTPARTUM DEPRESSION.....	12
4.0 METODE.....	13
4.1 FORFORSTÅELSE.....	13
4.2 UTVALG OG REKRUTTERING	13
4.3 KLINISK SCREENING OG INFORMASJON	15
4.4 DATAINNSAMLING.....	15
4.4.1 Gjennomføring av intervju.....	15
4.4.2 Intervjuguide.....	16
4.4.3 Transkribering og datalagring	16
4.5 FORSKNINGSDESIGN	17
4.6 EPISTEMOLOGISK RAMMEVERK FOR ANALYSEN	17
4.7 DATAANALYSE – SEKS FASER.....	17
<i>Fase 1: Gjøre seg kjent med dataen</i>	<i>18</i>
<i>Fase 2: Kodingen av datamaterialet</i>	<i>18</i>
<i>Fase 3: Søk etter temaer.....</i>	<i>18</i>
<i>Fase 4: Gjennomgang av temaer.....</i>	<i>19</i>

<i>Fase 5: Definerings av temaer</i>	19
<i>Fase 6: Produksjon av rapport</i>	20
4.8 METODEKRITIKK	20
4.9 FORSKNINGSETIKK	21
5.0 RESULTAT	21
5.1 TEMA 1: SKYLDFØLELSE OG EMOSJONELL OVERVELDELSE	21
5.2 TEMA 2: FREMMEDGJØRING AV BARNET	23
5.3 TEMA 3: AKTIV UNNGÅELSE AV TILKNYTNING	23
5.4 TEMA 4: TILKNYTNING PÅ TROSS AV DEPRESJON	24
6.0 DISKUSJON	25
6.1 SKYLDFØLELSE OG EMOSJONELL OVERVELDELSE: MANGELN PÅ EMOSJONELT OVERSKUDD	26
6.2 FREMMEDGJØRING AV BARNET: "DET ER IKKE MITT BARN"	27
6.3 AKTIV UNNGÅELSE AV TILKNYTNING: ET FORSVAR MOT ANGST	28
6.4 TILKNYTNING PÅ TROSS AV DEPRESJON: " <i>TING BLE MYE, MYE ENKLERE</i> "	28
6.5 FORVENTNINGER TIL BARSELTIDEN: INTERNALISERT OG OPPLEVD STIGMA	29
7.0 KONKLUSJON	30
REFERANSELISTE	32
Vedlegg A	
Vedlegg B	

1.0 Innledning

Mange kvinner opplever tiden etter fødsel som en betydningsfull periode hvor tilknytningen til det nye barnet kommer naturlig i møtet med morsrollen (Mickelson et al., 2017). Likevel er barseltiden en periode med økt risiko for depresjon. Fødselsdepresjon (PPD) er en alvorlig stemningslidelse som blant annet kan påvirke hvordan moren opplever tilknytning ovenfor spedbarnet sitt (BMJ Best Practice, 2024). Lidelsen rammer mellom 7 til 13% av alle fødende, og i Norge forekommer PPD hos 4000 til 8000 kvinner hvert år (FHI, 2023). Morens opplevelse av tilknytning til spedbarnet spiller en viktig rolle i forståelsen av mor-spedbarn relasjonen. Denne relasjonen gir et innblikk i trivselen til både mor og barn, som er en sentral prediktor for utviklingen av barnets tilknytningskvalitet (Siegler et al., 2020, p. 392)

Barnets tilknytning til primære omsorgsgivere legger grunnlaget for deres senere følelsesmessige og sosiale utvikling (Siegler et al., 2020, p. 400). Foreldrenes følsomhet ovenfor barnet er en avgjørende komponent for kvaliteten av barnets tilknytning. Dette involverer uttrykk av varm og kontinuerlig respons til barnets tilknytningsatferd (Siegler et al., 2020). PPD kan hemme morens evne til å danne tilknytning til barnet i barseltiden (BMJ Best Practice, 2024, p. 13). Dette kommer av at fødselsdeprimerte mødre har en tendens til å vise mindre følsomhet overfor spedbarnet (Slomian et al., 2019). Redusert følelse av tilknytning kan i seg selv være skambelagt og potensielt være knyttet til opprettholdelse av depressiv tilstand. Derfor er det interessant å forstå hvordan mødre selv opplever dette. Vi ønsket i denne oppgaven å kvalitativt undersøke fødselsdeprimerte mødres egne opplevelser av tilknytning til barnet. Samtidig ønsker vi å drøfte hvilke implikasjoner dette kan ha for barnets utvikling.

1.1 Forskningsspørsmål

Økt forståelse av mor-spedbarn relasjonen under PPD kan bidra til å forbedre støttende tiltak for fødselsdeprimerte mødre i spedbarnsperioden. På grunnlag av dette har vi valgt å belyse følgende forskningsspørsmål:

“Hvordan opplever mødre tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon?”

1.3 Avgrensning

I denne delen av oppgaven vil vi redegjøre for populasjonsavgrensninger, teoretiske avgrensninger og metodologiske avgrensninger. Studien vår tar i bruk data fra semi-

strukturerte intervjuer av norske mødre for å undersøke forskningsspørsmålet. Deltakere fra en middels-høy sosioøkonomisk status med tilgang til offentlig og privat helsetjeneste inkluderes. Det er derfor viktig å være oppmerksom på at våre funn nødvendigvis ikke kan generaliseres til mødre fra lavere sosioøkonomisk status. For denne oppgaven er det teoretiske fundamentet begrenset til å inkludere empirisk forskning og teori direkte relatert til «fødselsdepresjon» og «tilknytningsteorier og tilknytningsatferd». Dette er med hensikt om å gi en forforståelse av de sentrale teoriene til Bowlby, Ainsworth, Harlow og Freud. Analysen utføres med en kvalitativ tilnærming. Vi bruker analysemetoden ‘tematisk analyse’ med Braun & Clarke (2006) sin tilnærming til metoden, ettersom denne vil være mest beskrivende for vår data.

1.5 Begrepsavklaring

Innledningsvis ønsker vi å definere sentrale begreper for studien vår som vil presenteres gjennom oppgaveteksten.

Depresjon kan defineres som en rekke depressive lidelser kjennetegnet av fellestrekket dysfori - altså en intens følelse av tristhet (American Psychiatric Association, 2013). Lidelsen innebærer emosjonelle, kognitive, somatiske og motivasjonsrelaterte symptomer. Ifølge diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) inkluderer symptomene nedstemt humør, tap av interesse og nytelse av daglige aktiviteter, signifikant vekttap, insomni eller hypersomni, psykomotorisk retardasjon eller agitasjon, slitenhet og mangel på energi, følelse av verdiløshet eller skyld, konsentrasjonsvansker eller ubesluttomhet, og tanker om – eller ideasjon av død. Depresjon diagnostiseres ved tilstedeværelse av fem eller flere av disse symptomene over en periode på to uker (American Psychiatric Association, 2013).

Fødselsdepresjon (PPD) også kjent som postpartum depresjon, anses ikke som en egen diagnose i DSM-5-TR, men defineres som en underkategori av stemningslidelser og diagnostiseres når episoden inntreffer under graviditet eller i de 4 ukene etter fødsel (American Psychiatric Association, 2013). PPD har de samme symptomene som depresjon, som tristhet og tap av interesser. Imidlertid er årsakene til bekymring hos mødre med PPD ofte spesifikt knyttet til fødselsrelaterte faktorer.

Tilknytning defineres som det grunnleggende emosjonelle båndet som dannes mellom spedbarn og omsorgsperson den første perioden av livet (Ainsworth et al., 1978, p. 17).

Tilknytning begynner å ta form fra fødselen av, og en betydningsfull periode for dens utvikling er frem til en alder av 12-36 måneder (Brandtzæg et al., 2011).

Spedbarnsperioden defineres i denne oppgaven som perioden etter fødsel, og fra barnet er 0-12 måneder - på grunnlag av Helsenorge (u.å.) din definisjon av spedbarnsalder som 0-12 måneder.

Barseltiden defineres som perioden fra fødsel frem til spedbarnet er 6 uker gammelt (Helsenorge, 2022, 12. desember).

Kolikk defineres som spedbarns “utrøstelig” gråt som varer betydelig lenger enn hos et ellers friskt spedbarn (Helsenorge, 2022). I henhold til informasjon fra Helsenorge (2022), er noen symptomer på kolikk plutselig høyfrekvent gråt, gråt på kveld og ettermiddag, rødt ansikt ved gråt, og at gråtingen varer til tross for forsøk på trøst.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Fødselsdepresjon

Globalt sett har kvinner en dobbelt så høy forekomst av depresjon sammenlignet med menn (World Health Organization, 2023). Forskningsspørsmålet vårt omfatter PPD, som er en vanlig, men alvorlig lidelse hvor prevalens varierer fra 10 til 15% i vestlige land til inntil 18,6% i land med lav til lav-middels gjennomsnittsinntekt (Wang et al., 2021). PPD er en av tre affektive lidelser som kan forekomme etter fødsel, hvor de to andre type lidelsene er ‘mindre humørforstyrrelser’ og ‘postpartum psykose’ (American Psychiatric Association, 2013). Udiagnostisert depresjon i svangerskapet, eller historie med angst- eller depresjonslidelse er noen av de største risikofaktorene for utvikling av PPD (Śliwerski et al., 2020). I følge Flint and Kendler (2014) er det påvist en signifikant genetisk korrelasjon med depresjon, noe som indikerer at individer kan ha en genetisk predisposisjon for utviklingen av depressive lidelser. Miljømessige faktorer spiller imidlertid en betydelig rolle for utvikling av depresjonslidelser. BMJ (2024) sine praksisretningslinjer for god praksis i PPD understreker at lav grad av sosial og emosjonell støtte er en sterk risikofaktor for utvikling av lidelsen. BMJ inkluderer også søvnmangel som en risikofaktor ettersom det er funnet en sterk assosiasjon mellom tretthet hos mor, spedbarnets søvnmønster og nyoppståtte depressive symptomer (BMJ Best Practice, 2024, pp. 16-17)

Mens det er enighet om den negative påvirkningen PPD har for kvinnens mentale helse, kan mors psykiske helse også påvirke flere utfallsvariabler relatert til barnet, deriblant tilknytning. I henhold til Lefkovic et al. (2014) kan PPD assosieres med problemer i den tidlige tilknytningen mellom mor og spedbarn.

2.2 Tilknytning og tilknytningsatferd

Tilknytning ble først introdusert som begrep av utviklingspsykologen John Bowlby (1989). Han foreslo at småbarns tilknytningsadferd er drevet av et medfødt behov for en sikker base, som tjener som et fundament for utforskning av deres omgivelser (Bowlby, 1989).

Tilknytningsatferd innebærer former for atferd som bidrar til å opprettholde og fremme kontakten mellom barnet og omsorgsperson. Psykolog Ida Brandtzæg (2011) beskriver tre subtyper av tilknytningsatferd; signalatferd, orienteringsatferd og aktiv fysisk kontaktatferd. Signalatferd innebærer handlinger som sender ut signaler til omsorgspersonen angående følelser eller behov. Orienteringsatferd refererer til handlinger barnet utfører med motiv om å oppsøke omsorgspersonen. Aktiv fysisk kontaktatferd innebærer handlinger som oppsøker fysisk nærhet og kontakt med omsorgspersonen. I henhold til Rocha et al. (2020) er den tidlige interaksjonen mellom mor og spedbarn en kritisk komponent for barnets utvikling i løpet av det første leveåret, og et positivt tidlig samspill karakteriseres av morens speiling av barnets emosjonelle tilstander og uttrykk.

Den amerikanske psykologen Harry Harlow understreket fysisk kontakt som en viktig komponent for tilknytning (Harlow & Zimmerman, 1959). Harlow introduserte i 1959 teorien om “contact comfort” gjennom et apeeksperiment. Contact comfort teorien går ut ifra at tilknytning ikke kun kommer av at mor er en “matstasjon”, men i stor grad av at mor er en trygg og komfortabel base å være inntil. Harlow fant at, for apene, spilte kroppskontakt med et komfortabelt og trygt objekt en større rolle i tilknytningsprosessen enn matforsyning (Siegler et al., 2020, p. 392). Som regel er mødre med PPD i stand til å fysisk ta vare på barnet sitt, mens den emosjonelle tilknytningen kan være utfordrende. Ved å knytte dette til contact comfort teorien drøfter vi grunnlaget for betydningen av den emosjonelle mor-spedbarn relasjonen for deprimerte mødre.

Utviklingspsykologen Mary Ainsworth understreket betydningen av morens responsivitet og følsomhet ovenfor barnet for etableringen av trygg tilknytning (Ainsworth et al., 1978, p. 23). Ainsworth utviklet observasjonsmetoden “strange situation” for å vurdere

fire hovedtilknytningsmønstre hos mennesket: Trygg tilknytning, engstelig-unngående tilknytning, engstelig-resistent tilknytning, og desorganisert tilknytning. De tre sistnevnte karakteriseres som utrygge tilknytningsmønstre (Siegler et al., 2020, p. 393). Trygg tilknytning innebærer at barnet har et positivt forhold bygd på tillit til omsorgspersonen sin. Når barn er trygt tilknyttet bruker de omsorgspersonen som en 'sikker base' for å utforske omgivelsene. Utrygg tilknytning kan hemme barnets sosiale og emosjonelle utvikling. Barn med denne typen tilknytning kan vise nedsatt sosial kompetanse i forhold til andre barn, og ha redusert evne til å kommunisere følelsene sine til andre (Siegler et al., 2020, p. 400)

Det er viktig å anerkjenne den gjensidige påvirkningen mellom mor og barn i dannelsen av tilknytning. Dette innebærer morens anerkjennelse og responsivitet ovenfor barnets signalisering av behov (Siegler et al., 2020, pp. 396-397). Når det kommer til mødre med PPD kan denne gjensidige påvirkningen kompliseres som et resultat av moren psykiske helseutfordringer (Bernard et al., 2018).

2.3 Forsvarsmekanismer: Freud

På grunnlag av senere relevans i oppgaven, ønsker vi å introdusere og redegjøre for psykoanalytikerens Sigmund Freud sin definisjon av forsvarsmekanismer som en beskyttelse mot forbudte impulser og drifter (Holt et al., 2019, p. 595). Hans datter, Anna Freud, bygde videre på hans forskning og forklarte forsvarsmekanismer som en måte mennesker ubevisst beskytter seg selv mot stressorer i den ytre verden (Freud, 1936, p. 42). Relevansen av forsvarsmekanismer i henhold til våre funn vil redegjøres for i oppgavens diskusjonsdel.

3.0 Litteraturgjennomgang

I denne delen av oppgaven vil vi gjennomgå sentrale artikler som har bidratt til vår forståelse av temaet "tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon". Her vil vi benytte muligheten til å identifisere sentrale funn, og i den sammenheng vil også viktige aspekter ved fødselsdepresjon og dens påvirkning på tidlig tilknytning belyses.

3.1 The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review

I deres systematiske gjennomgang hadde Śliwerski et al. (2020) mål om å oppsummere hovedfunnene av empirisk litteratur angående innflytelsen PPD har for barnets tilknytningssikkerhet. Studien fokuserer på hvilken effekt dette har for barnet i løpet av de to

første årene av livet. Funn fra longitudinale studier viser at barnets affektive tilstand kan påvirkes av alvorlig PPD, og at dette assosieres med økt grad av senere atferdsproblemer hos barnet. Śliwerski et al. henviste til en studie som rapporterte at 9 måneder gamle spedbarn av fødselsdeprimerte mødre viste mindre grad av sosial deltagelse, flere negative emosjoner og høyere kortisol reaktivitet.

Oppsummert indikerer funnene at PPD kan ha sammenheng med barnets tilknytningssikkerhet, hovedsakelig når den oppstår postnatalt og diagnostiseres ved strukturert intervju. Risikoen for usikker tilknytning øker ved alvorlige symptomer på depresjon (Śliwerski et al., 2020).

3.2 Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcome

Slomian et al. (2019) utførte en systematisk gjennomgang for å evaluere konsekvensene ubehandlet PPD har for både mor og spedbarn. Funnene i artikkelen antyder at ubehandlet PPD også kan føre til negative konsekvenser for spedbarnet. 9 av 10 screenede kohort studier fant en signifikant assosiasjon mellom PPD og helsemessige sammenfallende faktorer for spedbarnet. I dette omfanget var kolikk og diaré hos barnet spesifisert som sentrale helseproblemer. Artikkelen henviste til 11 studier som demonstrerte at PPD har en negativ effekt på mor-barn interaksjonen. Mødre med PPD har større sannsynlighet for å oppleve en negativ oppfatning av barnet sammenlignet med mødre som ikke er deprimerte (Slomian et al., 2019).

Resultatene fra denne systematiske gjennomgangen viser at mødres helse er nært knyttet til barnets helse. Funnene indikerer at mødre med PPD opplever signifikant mer stress og redusert livskvalitet, som kan ha negative konsekvenser for barnets utvikling og helsemessige tilstand (Slomian et al., 2019). I følge Slomian et al. (2019) skaper PPD et miljø som verken er optimalt for mødres personlige utvikling eller barnets utvikling.

3.3 “Struggling with life”: Narratives of women with signs of postpartum depression

Edhborg et al., (2005) utførte en kvalitativ analyse for å undersøke svenske fødselsdeprimerte kvinner sin opplevelse av de første to månedene med spedbarnet sitt. Analysen tok i bruk en grounded-theory tilnærming og fant at deltakernes opplevelse av PPD i hovedsak var knyttet til tre dimensjoner: en selv, partneren og barnet. Følelsene kvinnene rapporterte å ha opplevd

var ‘tap av identitet og personlig rom’, ‘overveldet av negative emosjoner’. Edhborg et al. (2005) fant også at mødrene opplevde skyldfølelse for utfordringene i møtet med morsrollen. Kvinnene beskrev å ha idealisert bildet av å være en “god mor” som å umiddelbart føle emosjonell tilknytning. Som konsekvens av denne forventningen følte kvinnene seg som en “dårlig mor” om de ikke opplevde tilknytning og heller ønsket tid for seg selv (Edhborg et al. 2005).

Oppsummert fant studien at depressiv tilstand i spedbarnsperioden kan forklares som et resultat av ‘tap og endringer’. Det vektlegges også at symptomer på PPD ofte forblir skjulte ettersom mødre føler det er et skambelagt tema å snakke om. Det konkluderes med at helsepersonell står ovenfor en viktig oppgave om å forstå og identifisere kompleksiteten av PPD (Edhborg et al., 2005).

4.0 Metode

Vi har valgt å utføre en kvalitativ analyse med hensikt om å undersøke mødres opplevelse om tilknytning til eget barn under PPD. Her vil vi gjøre rede for forskningsprosessen vår, fra rekruttering til datanalyse. Data består av tre semistrukturerte intervjuer. For å gjennomføre analysen på en systematisk måte brukte vi NVivo, en programvare for kvalitativ dataanalyse (Dhakal, 2022)

4.1 Forforståelse

Vår forforståelse er påvirket av sosiale normer, medieeksponering og kulturelle forventninger knyttet til morskap. Den utbredte oppfatningen om den umiddelbare tilknytningen mellom mødre og babyer ved fødselen vekket interesse hos oss, og vi ønsket derfor å utforske ‘hva som skjer’ når virkeligheten ikke stemmer overens med dette bildet. Som kvinner og potensielt fremtidige mødre er vi både faglig og personlig interessert i emnet. Vi er oppmerksomme på vår egen forforståelse og sikter på å være transparente i forskningsprosessen.

4.2 Utvalg og rekruttering

Intervjumaterialet for denne oppgaven er tatt fra en pågående kvalitativ studie som utføres av veilederen vår, Liss Gøril Anda. Denne undersøger mødres opplevelse av å bære i sitt eget

spedbarn i bæretøy under PPD. På bakgrunn av dette ble utvalg og rekruttering av deltakere til oppgaven vår utført av Anda et al. Utvalget for Anda et al. sin studie bestod av 20 norske mødre. Inklusjonskriteriene for hovedstudien var å være av kjønnet kvinne, å ha født et barn i løpet av de siste 24 månedene, og å ha blitt tilskrevet diagnosen ‘depresjon’ med debut innen seks måneder etter fødsel. Deltakerne hadde også tatt i bruk bæretøy under deprimert tilstand i løpet av de seks første månedene etter fødsel. Sistnevnte er ikke direkte relevant for forskningsspørsmålet til vår bacheloroppgave, men ga likevel svar relevante for vår analyse. Norsk- eller engelskspråklige kunnskaper var også et pålagt inklusjonskriterium, ettersom deltakerne måtte kunne gi informert skriftlig samtykke. Eksklusjonskriteriene innebar tidligere eller samtidig alvorlig psykisk lidelse, manglende evne til å gi informert samtykke eller manglende norsk- og engelskspråklige kunnskaper, ettersom intervjuet skulle gjennomføres uten tolk.

Mødrene ble rekruttert gjennom en ikke-betalt post på Anda sin instagram-konto. Denne henviste de interesserte kvinnene videre til den web-baserte plattformen Nettskjema.no. Her kom kvinnene til et skjema som screenet for valgbarhet ved bruk av tre spørsmål: 1) *“Har du født barn de siste 5 årene?”*, 2) *“Ble du diagnostisert med depresjon i løpet av de første 6 månedene etter å ha født barn?”*, 3) *“Brukte du bæretøy i denne perioden?”*. Spørsmål 2 og 3 ble kun vist om svaret på spørsmål 1 var ‘ja’. Om deltakerne svarte ‘ja’ på alle spørsmålene ble de sendt videre til et samtykkeskjema. Samtykkeskjema er vedlagt i vedlegg A. Deltakerne ble deretter henvist til en kort survey med kontaktdetaljer. Til sammen ble det mottatt 104 henvendelser fra kvinner, og ut av disse svarte 70 kvinner ‘ja’ på alle tre spørsmål. Rekrutteringen foregikk høsten 2023, fra 26.09.23 til 10.10.23. 22 av deltakerne ble kontaktet og også vurdert manuelt ut ifra studiens inklusjon- og eksklusjonskriterier. Av disse fullførte 20 personer et dybdeintervju (Anda et al., 2023). Vi fikk ikke tilgang til informantens navn ettersom alle identifiserbare opplysninger om informantene oppbevares i en fil med kodingsnøkkel som kun Anda har tilgang til.

Under rekrutteringen gikk Anda et al. ut ifra omtrentlige utvalgsstørrelser basert på metningsprinsippet. Dette prinsippet tas ofte i bruk i kvalitativ forskning og innebærer at deltakere rekrutteres og intervjuer gjennomføres frem til et punkt hvor ny informasjon ikke lenger kan tilføres. Ved dette punktet antas det at utvalgsstørrelsen tilstrekkelig kan belyse det relevante forskningsspørsmålet. Å fastsette forhåndsbestemte utvalgsstørrelser kan være problematisk i kvalitative prosjekter, ettersom antallet deltakere kan variere avhengig av variasjonen og kompleksiteten i temaene som utforskes (Sim et al., 2018)

For å belyse forskningsspørsmålet tar vi i bruk tre av intervjuene utført av Anda et al. Å begrense vår data til tre intervjuer tillater oss å utføre en grundig analyse med utvalgt data som tar sikte på å spesifikt undersøke vårt forskningsspørsmål, som styrker studiens indre validitet og konstrukt-validitet. Indre validitet styrkes ved at risikoen for forstyrrende faktorer reduseres, og konstrukt-validiteten styrkes ved at den innsamlede dataen er relevant og representativ for forskningsspørsmålet vi sikter på å undersøke (Morling, 2021, p. 67-72).

4.3 Klinisk screening og informasjon

Informantene ble bedt om å bekrefte at de tidligere hadde blitt diagnostisert med PPD, og denne informasjonen ble ikke forsøkt å verifiseres ved tilgang til digitale journaler, men heller tatt imot basert på tillit til informantene. Dette begrunnes i at tilgang til bakgrunnssjekk av digitale journaler ville vært upraktisk, da disse ville befunnet seg et bredt antall forskjellige systemer av primær- og sekundærhelsetjenester. Den innsamlede demografiske dataen om deltakerne inkluderte antall barn, alder, utdanningsnivå, etnisitet, urbanitet og tiden som har gått siden diagnosen 'depresjon' ble stilt.

Ingen informasjon fra intervjuene som omfatter helse- og/eller kliniske aspekter ved deltakerne vil være tilgjengelig for andre utenfor forskningsgruppen eller til land utenfor EØS. Det ble også vektlagt at om betydelige depressive symptomer avdekkes under screeningen, ville deltakerne henvises til helsepersonell for ivaretagelse av deres mentale helse. Deltakerne var informert om at de hadde full rett til å trekke seg fra deltagelsen i prosjektet uten konsekvenser.

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Gjennomføring av intervju

De semi-strukturerte intervjuene ble utført av Liss Gøril Anda-Ågotnes. Under intervjuene ble deltakerne spurt om å beskrive sin personlige opplevelse av depresjon og sitt generelle depressive forløp, samt opplevelsen av å bruke bæretøy for å bære spedbarnet sitt mens de var diagnostisert med PPD. Deltakerne kunne velge mellom å bli intervjuet ansikt-til ansikt eller ved bruk av den end-to-end krypterte digitale plattformen Join.no. Dette er en digital plattform som ofte brukes i klinisk praksis i Norge hvor verken personlig informasjon eller intervjuet blir lagret av plattformen, for å sikre deltakerens personvern (Norsk Helsennett, u.å).

Én deltaker ble intervjuet ansikt-til-ansikt, og resten deltok digitalt. Deltakerne fikk velge mellom disse to intervjuformene for å skape en bredere geografisk spredning av deltakelse.

4.4.2 Intervjuguide

Ettersom Anda-Ågotnes et al. brukte en semi-strukturert intervjumetode, tillot dette oppfølgingsspørsmål basert på deltakerens svar selv om hovedstruktur var identisk i alle intervjuene. Intervjuguiden var basert på Braun & Clarke (2006) sine retningslinjer, og ble utformet i samarbeid med Anda-Ågotnes sin forskningsgruppe. Den ble drøftet med Prof. Sarah Hean som en utenforstående, og konstruert for å sikre at tre hovedtemaer ble tatt opp i alle intervjuene. Intervjuguiden er vedlagt som vedlegg B. Anda et al. var åpne for at det skulle fanges opp emner deltakerne selv synes var relevante og som ikke var dekket av intervjuguiden.

Hovedtemaene i intervjuguiden bestod av spørsmål angående temaet “bruk av bæretøy under fødselsdepresjon” som resultat av Anda et al. sin hovedproblemstilling. Spørsmålene ble utformet for å forsøke å fylle et ‘kunnskapshull’ angående dette temaet. Temaene i intervjuguiden deres spør ikke deltakerne direkte om hvordan de opplevde tilknytning til eget barn under PPD, men heller hvordan de opplevde et viktig aspekt ved tilknytning - nærhet med barnet. Dette temaet er nært knyttet til vårt forskningsspørsmål, da fysisk kontakt er et sentralt aspekt ved tilknytning mellom mor spedbarn. I henhold til Williams & Turner (2020) kan bæring av barnet være en viktig intervensjon for å fremme tilknytning, og resulterer i positive implikasjoner for relasjon mellom mor og barn. Vi ønsket derfor å undersøke hvordan mødre opplever relasjonen og tilknytningen til eget barn i perioden som ble diskutert.

Anda et al. var åpne for at det skulle fanges opp emner deltakerne selv synes var relevante og som ikke var dekket av intervjuguiden. Ved slutten av hvert intervju ble det inkludert en åpen forespørsel om å tillegge informasjon relatert til mors depresjon, bæring av spedbarn og bedringsprosessen. Dette innebar at deltakerne kunne tilføye annen informasjon de følte ikke hadde blitt dekket i intervjuprosessen.

4.4.3 Transkribering og datalagring

Transkripsjonen av intervjuene ble utført av forskningsgruppen. Vi transkriberte ikke dataen selv, men mottok den ferdig transkribert sammen med tilhørende lydfiler av intervjuene. Deltakernes uttalelser ble transkribert på en nøyaktig måte for å sikre at all informasjonen

skulle bli bevart i sin opprinnelige tilstand. Transkripsjonen inkluderer ordrette uttalelser og pauser i materialet, samt tidspunkt for hver av uttalelsene. Vi er opptatte av å bevare deltakernes integritet i forskningsprosessen, og notater av tidspunkt ga oss et omfattende tidsperspektiv over intervjuene. Dette bidro til en full forståelse av hva som ble sagt, samt eventuelle kontekstuelle ledetråder som bidrar til en sikker representasjon av deltakernes uttalelser. Dataen ble lagret sikkert i NVivo i henhold til UiS sitt datalagringsdirektiv (Universitetet i Stavanger, 2024). All data ble slettet etter vi var ferdige med analysen.

4.5 Forskningsdesign

Formålet med vår analyse er å presentere mødres opplevelse av tilknytning til barnet under fødselsdepresjon. Vi har derfor valgt å analysere datamaterialet ved bruk av tematisk analyse (TA) i henhold til Braun & Clarke (2006) sine retningslinjer, ettersom dette er en gunstig analysemetode å bruke for å fange ‘opplevelsesaspektet’ i kvalitativ data. TA beskrives av Braun & Clarke (2006) som en metode for å analysere, identifisere og rapportere mønstre innen dataen. Hvert mønster representerer et tema, som presenterer dataen på en meningsfull og systematisk måte.

4.6 Epistemologisk rammeverk for analysen

TA har høy grad av teoretisk fleksibilitet, som vil si at forskeren ikke bindes til en bestemt epistemologisk orientering. Men TA er meningsløs med mindre den lokaliseres innenfor et epistemologisk rammeverk (Willing, 2022, p. 66). Ettersom analysen vår er avhengig av våre subjektive tolkninger, er det nødvendig å begrunne vår subjektivitet innenfor et epistemologisk rammeverk. Studien vår går ut ifra et konstruktivistisk epistemologisk standpunkt, ettersom vi undersøker den subjektive opplevelsen informanente beskriver. I henhold til Von Glasersfeld (2013) ser konstruktivistisk epistemologi på kunnskap som sosialt konstruert og situasjonsavhengig.

4.7 Dataanalyse – seks faser

Vi utførte analysen av dataen ved bruk av TA i henhold til de seks fasene i Braun & Clarke (2006) sin tematisk analyse-mal. Analyseprosessen vil redegjøres for i denne delen av oppgaven.

Fase 1: Gjøre seg kjent med dataen

Den første fasen i dataanalysen innebærer å gjøre seg kjent med dataen. Vi begynte med et dypdykk i transkripsjonene for å få et helhetsinntrykk av materialet og opparbeide kjentskap med innholdet. Her tilegnet vi oss tanker og refleksjoner over dataen ved å se etter sammenhenger og betydninger. Ved å notere bemerkelsesverdige aspekter ved dataen fikk vi en bredere forståelse av materialet vi hadde å jobbe med, som satt i gang tankene våre for hvordan den kommende kodingsprosessen kom til å se ut.

Fase 2: Kodingen av datamaterialet

Fase to innebærer å utvinne koder fra dataen (Braun & Clarke, 2006). Med 'koder' menes det meningsfulle grupper av setninger og utsagn av rå data som vekket interesse hos oss som analytikere. Kodeprosessen innebar å organisere dataen inn i disse gruppene. I NVivo markerte vi utsagn i datasettet vi anså som relevante til forskningsspørsmålet vårt. Disse organiserte vi deretter i grupper som var basert på sammenhengen de hadde med hverandre. Vi gjennomgikk all dataen flere ganger for å sikre oss at alle relevante koder hadde blitt inkludert. Underveis i gjennomgangen fremkom nye grupperinger – som resulterte i nye koder. På denne måten ble kodene utviklet fra dataen.

Fase 3: Søk etter temaer

Da vi hadde kodet alle relevante utsagn fra dataen i NVivo, innebar den neste fasen å organisere de forskjellige kodegruppene i kandidat-temaer. Listen av kodene vi utformet i NVivo la vi inn i dataprogrammet Excel, hvor vi fikk en oversikt over hvor mange utsagn hver kode inneholdt. Kodene med flest antall utsagn ble flyttet videre til en kolonne-tabell. I hver av kolonnene satt vi inn koder basert på relasjonen de hadde til hverandre. På denne måten vurderte vi hvordan kodene kunne kombineres for å utvikle potensielle temaer. Etter alle kodene var plassert i kolonner navnga vi kolonnen med et relevant tema for innholdet. Som resultat av denne prosessen oppstod en rekke potensielle temaer bestående av alle relevante datautdrag.

Fase 4: Gjennomgang av temaer

Fase fire innebærer i henhold til Braun & Clark (2006) å forbedre de potensielle temaene. Her tok vi hensyn til Patton's kriterier for bedømming av kategorier (Patton, 1990, p. 403). Dette innebar intern homogenitet – som tilsier at all dataen innenfor ett tema skal ha en meningsfull sammenheng, og ekstern homogenitet – som tilsier at temaene skal skille seg fra hverandre med identifiserbare og tydelige forskjeller (Braun & Clarke, 2006).

I denne fasen gjennomgikk vi to nivåer av forbedring og gjennomgang av de potensielle temaene. Nivå én gikk ut på å gjennomgå kodene fra hvert av temaene for å vurdere om det faktisk fantes et sammenhengende mønster. Under denne prosessen både forkastet vi, og 'smeltet sammen' diverse potensielle temaer. Da vi fant sammenhengende mønstre i de potensielle temaene gikk vi videre til nivå to som innebar å vurdere validiteten til de individuelle temaene i forhold til hele datasettet. Dette gjennomførte vi ved å gjennomgå de originale transkripsjonene på nytt for å forsikre oss om at informantenes utsagn faktisk ble gjenspeilt i temaene. For å unngå bias, utførte vi dette steget uavhengig av hverandre for å sjekke interrater reliabilitet. Der det oppstod uenighet om temaer innførte vi veilederen vår som en tredjepart. Her bidro veileder med et eksternt perspektiv som til slutt resulterte i enighet om hvilke av de potensielle temaene våre som var relevante for videre utvikling.

Fase 5: Definerings av temaer

Her definerte og raffinerte vi de potensielle temaene til de endelige temaene vi ville presentere for analysen vår. For å gjennomføre dette på en oversiktlig måte brukte vi visuell representasjon med flowchart vedlagt i Figur 4.1. Det neste steget innebar å identifisere hvilken 'historie' hvert tema fortalte. Vi organiserte derfor datautdragene fra hvert tema på en systematisk måte og skapte en tydelig oversikt over hva temaet innebærer - og hva det ikke innebærer.



Figur 4.1: Visuell representasjon av temaer

Fase 6: Produksjon av rapport

Vi begynte siste fasen av dataanalysen da vi hadde utformet de endelige temaene og var klare for å skrive rapporten. Her produserte vi den skriftlige analysen om funnene, som innebar vår tolkning av temaene i henhold til forskningsspørsmålet.

4.8 Metodekritikk

Vi har valgt å følge Braun og Clark sin tematiske analysemetode fra 2006 på grunn av dens fleksibilitet innen fremlegging av kvalitativ data. Kritikere har påpekt at metoden mangler tilstrekkelig veiledning, som kan føre til mangel på konsistens mellom forskere (Braun & Clarke, 2019). Braun og Clarke (2019) har selv adressert disse bekymringene og vektlegger at de originale intensjonene med metodens tilnærming i mange tilfeller har blitt forvrengt eller feilaktig anvendt. En hovedkomponent i kritikken er at forskere ikke har hatt den grunnleggende forståelsen av metodens underliggende filosofi. Dette har ført til “untheorised mashups”, altså at metoden har blitt satt sammen med andre analytiske teknikker, som leder til svekkelse av metoden og overfladiske analyser. Metoden har også mottatt kritikk for sine subjektive tolkninger, hvor noen hevder den er upålitelig og mangler transparens (Braun & Clarke, 2019). Det er derfor viktig å stadfeste ens egen subjektivitet i et epistemologisk rammeverk når en tar i bruk analysemetoden.

Kritikken bidro til at Braun & Clarke i nyere tid har døpt om analysemetoden til “refleksiv tematisk analyse”. Denne forandringen fremmer metodens essensielle prinsipp som er å få en dypere forståelse og tilnærming til data, der forskerens subjektivitet er sentralt (Braun & Clarke, 2019). I bacheloroppgaven vår har vi tatt kritikken i betraktning, men velger å ta i bruk Braun & Clarke sin metode fra 2006. Vi har vært bevisste på å konstant reflektere over våre egne perspektiver, forståelser og teoretiske ståsted. Vi var også forberedt på å gjennomføre analysen med høy grad av transparens.

4.9 Forskningsetikk

For studien vår har vi søkt om etisk godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) med godkjenningsnummer 540290. Det var ingen krav om fysiske prosedyrer eller tilstedeværelse, og ingen biologiske prøver ble tatt av deltakerne – derfor anses ikke deltakelse i studien som særlig inngripende. Å fortelle om en depressiv periode i livet kan oppleves som vanskelig – derfor var deltakerne informert på forhånd om muligheten til å avslutte intervjuet når som helst uten å måtte oppgi en grunn, og muligheten til å kontakte psykisk helsehjelp ved behov underveis i intervjuprosessen.

5.0 Resultat

Fire hoved-temaer utviklet seg fra dataen, og disse beskriver forskjellige aspekter ved mødres opplevelse av tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon: “Skyldfølelse og emosjonell overveldelse”, “Fremmedgjøring av barnet”, “Aktiv unngåelse av tilknytning”, og “Tilknytning på tross av depresjon”. Under rapporteringen av funnene våre vil vi inkludere sitater av informantene. Blant de 20 intervjuene som var samlet inn, ble vi tildelt tre av dem, nemlig intervju 14, 15 og 16. Derfor vil vi henviser til informantene fra disse intervjuene som "informant 14", "informant 15" og "informant 16".

5.1 Tema 1: Skyldfølelse og emosjonell overveldelse

I analysen synliggjøres en indre kamp mødrene møter med morsrollen. Sentralt i tematikken er følelsen av skyld, og dette manifesterer seg på flere måter. To av informantene rapporterte opplevelser i samsvar med dette temaet. En av hovedkildene til skyldfølelse var mangel på emosjonelt overskudd til barnet og barnets helsemessige tilstand. De aktuelle fysiologiske

vanskene var ubehagelige normaltillstander som forstoppelse og kolikk, og dette brakte frem følelser av maktesløshet hos mødrene. Informantene beskrev at skyldfølelsen kunne komme av både å ikke klare å lindre barnets lidelser og for å ikke være i stand til å møte barnets behov. I dette sitatet drøftet informant 14 å ha lurt på om hun selv forårsaket forstoppelse hos barnet som resultat av depresjon under svangerskapet:

“Og så var så mange som sa sånn ja, når du har hatt et vanskelig svangerskap, så kan det ha noe å si for barnets helse, og de har merket i magen at man er deprimert, og at det kan gjøre noe med tarmsystemet til barnet. Og så gikk det med tankekjør og tankespinn lenge, og jeg går jo fortsatt og grubler på hvorfor han er forstoppet enda”.

Beskrivelser av negative følelser som håpløshet, overveldende tristhet og negativ selvoppfatning stod sentralt blant informantene i dette temaet – og dette refererer vi til som emosjonell overveldelse. Samme informant uttrykte vanskelige tanker hun opplevde som et resultat av å være emosjonelt overveldet:

“Jeg var veldig flat. Jeg gråt mye. Jeg husker da han var nyfødt og han gråt mye. Jeg husker jeg stod med han i armene og tenkte sånn, hvorfor ville jeg ha et barn til? Det var veldig vanskelige tanker. Og jeg sa det litt høyt til meg selv”.

Roller som “god mor” opplevdes som mislyktes da informantene følte seg utilstrekkelige som omsorgspersoner. Informant 15, som hadde kolikkbarn, fortalte å ha opplevd at ingenting fungerte for å roe barnets gråt og at skrikingen ble “en påminnelse om noe du ikke får til”. Hun beskrev forventninger hun hadde hatt om en fin barseltid, som heller ble preget energimangel og håpløshet. Hun uttrykte:

“Når det plutselig ble sånn at vi fikk en til, så tror jeg kanskje man hadde litt forventninger til at nå, det her blir bedre, og det blir litt lettere, og mer sosialt. Men jeg merket at jeg møtte en vegg, og at jeg ikke hadde rett og slett ikke energi eller lyst til å gjøre noe”.

Et annet utsagn av informant 15 bygger på opplevelsen av negativ selvoppfatning:

“Jeg hadde gledet meg så lenge til å bli mamma og nå får jeg endelig oppleve det en gang til. Og så blir alt så trist og vanskelig, og man er sint og trøtt. Man føler seg ustelt og uflidd og heile pakken. Så graver man seg selv veldig ned”.

Informanten la senere også vekt på å ha følt seg skyldig for å ikke klare å føle på takknemligheten hun mente hun burde hatt:

“Og nummer 2 var ikke helt planlagt. Så jeg tror det var noe med at når det gikk så fort og lett, så skal man føler på den takknemligheten og at dette blir fint og det skal være flott, og så blir det sabla tøft”.

5.2 Tema 2: Fremmedgjøring av barnet

I temaet “Fremmedgjøring av barnet” beskriver mødrene vonde følelser knyttet til det å ikke klare å etablere tilknytning til sitt eget barn. Sentralt i dette temaet er mødrenes følelse av at barnet ikke tilhørte dem. Alle informantene rapporterte følelser i samsvar med denne tematikken. Til tross for ønsket om å føle en dyp forbindelse med barnet sitt, fremstod barnet som fremmed for dem. Informant 16 uttrykte: *“I starten følte det ut som at ‘han er ikke mitt barn’ på en måte”*. Den manglede tilknytningen resulterte i at hun følte behovet for å tvinge seg selv til å ta på - og være med barnet. Dette beskrives i hennes neste utsagn: *“Selv om jeg ikke hadde så veldig lyst til å ta på han, når det var på det verste, så var det litt å tvinge seg selv til å gjøre det”*. Frustrasjon av nærhet med barnet er et sentralt aspekt i dette temaet, og det fremtrer også beskrivelser av sinne. Disse følelsene kom frem i et sitat av informant 15:

“Jeg tror at hodet mitt, at jeg ikke hadde kapasitet til å tenke på det som kos. Det er kjempetrist å si høyt og tenke på. Jeg vil gjerne se tilbake på det som noe fint og koselig. Men det ble nok mest praktisk. Jeg kunne likevel føle på en stor frustrasjon og sinne av å ha han på meg”.

Mødrenes behov for å distansere seg fra barnet ble også vektlagt. Informant 14 fortalte at: *“Jeg hadde han så inntil at det ble litt sånn at nå får jeg ikke puste. Det blir for nært. Nå vil jeg bare være for meg selv”*. Hun forklarer senere i intervjuet at alenetiden var nødvendig for å *“lade opp”*, og at dette opplevdes som essensielt for hennes evne til å være en bedre mor.

5.3 Tema 3: Aktiv unngåelse av tilknytning

Dette temaet omfatter morens unngåelse av tilknytning til eget barn, og samsvarer med de rapporterte opplevelsene til én av informantene. Informant 16 beskrev traumatiske minner fra en tidligere fødsel hvor barnet gjennomgikk helsekomplikasjoner og ble tatt fra mor rett etter

fødsel for å behandles på nyfødttintensiv avdeling. I dette sitatet reflekterte hun over egne tanker om opplevelsen:

“I etterkant tror jeg kanskje det var noe med at mitt første barn ble tatt fra meg. Og så blir mitt andre barn tatt fra meg. At det ble litt sånn ... at jeg prøvde å beskytte meg selv. At jeg ikke vil bli så glad i dette barnet, egentlig”.

Hun beskrev at uprosesserte følelser som hadde oppstått ved fødselen av hennes første barn tok overhånd ved fødselen av hennes andre barn. Hennes andre barn også ble innlagt på nyfødttintensiv avdeling - denne gangen for behandling av hjertefeil. Ifølge informanten tok hun derfor avstand fra barnet for å beskytte seg selv mot de vonde følelsene. I denne situasjonen stengte informanten av muligheten for tilknytning fordi hun opplevde en sterk usikkerhet angående barnets helsemessige velvære.

“Jeg var veldig lei meg. Og jeg fikk liksom ikke den tilknytningen til nr 2. Jeg merket at jeg ville nesten ikke holde i mitt eget barn. Jeg var sånn ‘eh kan noen andre være så snill å holde barnet mitt’. Jeg ville heller være med første barnet, da. Og ville liksom egentlig ikke interagere så mye med første barnet. Jeg måtte... Jeg gjorde bare det jeg på en måte måtte da. Mens det resterende av meg var sånn "ja, kan ikke bare noen andre..." (ler)”

Hun beskrev videre: *“Så ble det sånn igjen at vi hadde masse leger man måtte forholde seg til. Det var liksom ikke jeg som fikk lov til å bestemme over mitt egen barn igjen da”.* Her oppstod følelsen av mangel på kontroll hos informanten. Som resultat av å ha blitt fratatt barnet sitt oppfattet hun seg selv som en sårbar og paranoid person under den depressive perioden. *“Det er noe med at du sikkert setter opp vegger for å faktisk beskytte seg. Og liksom at ... selvom det gikk bra første gangen, så gjorde det kanskje egentlig ikke det”.*

5.4 Tema 4: Tilknytning på tross av depresjon

Det siste temaet “Tilknytning på tross av depresjon” handler om hvordan utviklingen av tilknytning til spedbarnet forekom hos mødrene. Alle informantene rapporterte opplevelser i samsvar med dette temaet. I sentrum for denne utviklingen er et sterkt emosjonelt bånd med barnet, og tilknytningen oppstod som resultat av diverse faktorer. Informant 16, som hadde unngått å etablere tilknytning, beskrev at tilknytningen kom som et resultat av fysisk nærhet med spedbarnet. Dette uttrykker hun i sitatet: *“Når jeg begynte å ha han såpass mye inntil meg, som jeg sa, at tilknytningen kom, og når tilknytningen kom, så ble ting også mye, mye*

enklerer”. Hun beskriver i den neste uttalelsen å ha opplevd et vendepunkt i depresjonsløpet når barnets helse forbedret seg og hun kunne føle på ‘mammafølelsen’:

“Han måtte gjennom en stor operasjon. Det som er veldig rart er at da løsna alt for meg. Da var det jeg egentlig følte at jeg ble frisk, selv om det var på en måte tungt ... en mammafølelse som faktisk var betinget”.

For informant 14 opplevdes tilknytningsprosessen annerledes, og hun forteller å ha opplevd at tilknytningen var der til tross for den depressive perioden: *“Jeg har alltid elsket sønnen min. Jeg har alltid hatt et veldig sterkt bånd til han. Men det var veldig tøft på den tiden.”*

Senere drøftet hun dette i henhold til forventningene hun hadde til PPD:

“I den perioden følte jeg at alle snakket om at når man er deprimert i barsel, så er man ikke glad i babyen sin. Med det har aldri vært tilfelle. Jeg har alltid vært veldig glad i han, og har følt at vi har hatt et veldig fint bånd”.

Hun la også vekt på at den fysiske nærheten med barnet var en viktig faktor for tilknytningen, og fortsatte med: *“Jeg føler jeg har et sterkere bånd til han enn til eldstemann. Det tror jeg er fordi at vi har vært så nære”.*

Informant 15 uttalte også å ha opplevd en nær tilknytning til barnet sitt til tross for fødselsdepresjonen:

“Jeg trodde kanskje at det å ha en depresjon etter fødsel, handla veldig mye om at man ikke følte tilknytning til ungen sin. At man kanskje ikke var glad i han eller hun, eller at man ikke følte noen relasjon. Men der ble jeg nok tatt veldig på senga. Det har ikke det det handlet om i det hele tatt for min del. Jeg følte kanskje nesten at jeg var enda mer glad i minstemann - om det er lov å si. Fordi jeg ikke strekte det. Og dermed tenkte jeg at jeg elsket (barnet) overalt på jord. Og jeg var redd for at det å gå ut og si at jeg var deprimert, og at jeg ble på en måte stemplet med en barselsdepresjon, gjorde at andre tenkte at da klarer hun ikke klarer å forholde seg til ungen, og da klarer hun ikke bry seg om ungen. Jeg var veldig redd for å bli stemplet for det”.

6.0 Diskusjon

Formålet med vår studie var å evaluere mødres opplevelse av tilknytning til eget barn under PPD. I denne delen av oppgaven vil vi diskutere funnene i henhold til gjennomgått empirisk litteratur og oppgavens teoretiske rammeverk. Det samfunnsmessige aspektet ved PPD vil

også trekkes inn, i henhold til forventninger mødre har til spedbarnsperioden – og hvordan disse kan ha innvirkning på tilknytningsløpet.

6.1 Skyldfølelse og emosjonell overveldelse: mangelen på emosjonelt overskudd

Funnene våre fra tema 1 viste at under PPD opplevde mødrene skyldfølelse ovenfor barnet sitt. Denne skyldfølelsen var i hovedsak grunnet i to faktorer: mangel på emosjonelt overskudd til barnet og barnets helsemessige tilstand. Informant 14 drøfter over egen grubling angående grunnen til at barnet har helseproblemer. Hun uttrykker å ha opplevd skyldfølelse for å ha trodd hun selv forårsaket helseproblemene. Slomian et al. (2019) sin systematiske gjennomgang viste en intim assosiasjon mellom helsetilstanden til mor og helsetilstanden til spedbarnet. Funnene deres indikerte at redusert livskvalitet hos mor under svangerskapet og barselperioden har en signifikant assosiasjon med helseproblemer hos barnet (Slomian et al., 2019). Informant 14 beskrev at den omtrentlige starten på den depressive episoden var underveis i svangerskapet. Dette kan indikere at våre funn henger i tråd med tidligere forskning. I henhold til utsagn fra informant 14 er det usikkert om dette var den reelle grunnen til forstoppelse hos barnet, men grublingen hun gjennomgikk er derimot reell - og opplevelsen av å være utilstrekkelig i henhold til barnets tydelige ubehag ble en tyngende psykisk påkjenning for informanten.

Sentralt i temaet står mødrenes emosjonelle overveldelse. Å være overveldet av negative emosjoner er et kjernesymptom på depressive lidelser, og dette kan oppleves som altopplukende for individet (American Psychiatric Association, 2013). Vi ønsket å undersøke hvorvidt mødrene følte at dette påvirket relasjonen til spedbarnet. Skyldfølelsen mødrene følte ovenfor barnet sitt var en faktor som bidro til forverring av de allerede fremtredende negative følelsene de opplevde under depresjonen. Informant 15 forklarte at barnets gråt ble en påminnelse om noe hun ikke fikk til og beskrev perioden som “*trist og vanskelig*”. Hun vektla også opplevelsen av å ‘grave seg veldig ned’. Følelsen av å være overveldet av negative emosjoner resulterte i at mødrene manglet emosjonelt overskudd til barnet sitt. Uttalelsen til informant 14 som lyder “*det var veldig tøft i den perioden*” kan understreke hvordan hun hadde nok med å kun ‘holde seg i live’ gjennom den depressive perioden. Noen av informantene følte dermed at de ikke hadde plass til å etablere tilknytningsfølelser, som bidro til å styrke skyldfølelsen om å være en ‘dårlig mor’.

Mødrene opplevde forventninger om spedbarnsperioden som en fin tid fylt med kjærlighet og glede. Informant 15 fortalte derimot at hun “ikke hadde energi eller lyst til å

gjøre noe”. Dette er et sentralt kognitivt symptom i DSM-5 sin diagnosemanual for depressive lidelser, anhedonia, som innebærer å miste interesse i aktiviteter man ellers synes er interessante eller givende (American Psychiatric Association, 2013). I et av informant 14 sine utsagn fortalte hun å ha tenkt *“hvorfør ville jeg ha et barn til?”*, en tanke hun beskrev som svært vanskelig. Uoverensstemmelser med forventningen om at barnet er hovedpunktet i livet og en givende ‘aktivitet’ å forholde seg til opplevdes som svært forstyrrende, og bidro til å forsterke informantenes følelse av skyld og håpløshet.

6.2 Fremmedgjøring av barnet: “Det er ikke mitt barn”

I tema 2 stod mødrenes opplevelse av barnet som fremmed sentralt. Informant 16 uttalte å ha følt at barnet ikke var hennes eget. Til tross for at hun opplevde en fremmedgjøring av barnet, ønsket hun fortsatt å oppnå tilknytning – og fortalte å ha tvunget seg selv til mor-spedbarn interaksjonen. Dette kan indikere en indre konflikt hun opplevde mellom ønsket om å være en god mor og den manglende evnen til å føle tilknytning til spedbarnet. Påtvungen berøring og inntilhet med barnet kan være en utløsende faktor for frustrasjon – et fremtredende aspekt ved dette temaet. Informant 15 fortalte å ha følt på *“en stor frustrasjon og sinne”* av den fysiske nærheten med barnet. For en mor som ikke opplever følelsen av tilknytning til barnet sitt, kan fysisk nærhet med barnet bidra til å forsterke den følelsesmessige avstanden hun allerede føler mellom dem. Informant 14 forklarte at den påtvungne nærheten med barnet resulterte i ‘at hun ikke fikk puste’. Her opplevde informanten sitt eget barn som kilden til utmattelse, som er et kjernesymptom ved depressive lidelser (American Psychiatric Association, 2013). Hun uttalte å ha opplevd et ønske om egentid, og anså dette som essensielt for å kunne engasjere seg i tilknytningsfremmende tiltak for barnet.

Ainsworth sin teori vektlegger betydningen av mors sensitivitet til spedbarnets signalatferd for å utvikle en trygg tilknytning den første perioden av livet (Siegler et al., 2020, p. 397). Mødre som opplever barnet som fremmed kan ha et dårligere utgangspunkt for å tolke og respondere til denne signalatferden på grunn av manglende emosjonelt bånd. Dette kan henge sammen med den emosjonelle overveldelsen som fremkom hos informantene i tema 1. Mødres mangel på emosjonelt overskudd til spedbarnet over lengre tid kan påvirke barnets utvikling av tilknytningsmønster (Śliwerski et al., 2020, p. 35). Om barnet ikke anser moren som en kilde trøst og trygghet den første perioden i livet, kan dette resultere i en utrygg tilknytningsstil og de negative konsekvensene dette er assosiert med (Siegler et al., 2020, p. 397).

6.3 Aktiv unngåelse av tilknytning: et forsvar mot angst

Funnene våre i tema 3 viser at en av informantene opplevde å unngå tilknytning til sitt eget barn under PPD. Informant 16 fortalte at hun tok avstand fra barnet for å ‘beskytte seg selv’ fra vonde følelser. Hun fortalte å ha ‘satt opp vegger’ som resultat av redsel for at barnet hennes kunne dø. Hun bruker ord som “*i etterkant tror jeg det kanskje kan...*”, noe som kan tyde på at valget om å ta avstand fra barnet var motivert av en ubevisst prosess, men at hun i ettertid ble bevisst på hvorfor hun gjorde det. Denne opplevelsen kan forklares som en psykologisk forsvarsmekanisme. Å ‘sette opp vegger’ som informant 16 beskrev, kan forklares som en form for isolasjon av effekt. Anna Freud (1936) beskriver dette som en prosess der den følelsesmessige reaksjonen på en stressende hendelse blir mentalt adskilt fra bevisstheten for å beskytte individet mot psykisk smerte. Dette kan føre til psykisk distansering, som manifestert i vanskelighetene informant 16 opplevde med å knytte seg emosjonelt til barnet, og fysisk distansering, som aktiv unngåelse av fysisk kontakt (Freud, 1936, p. 105). Disse reaksjonene kan forstås som et forsvar mot angst produsert av tidligere traumer, nemlig fødselskomplisjoner hun opplevde med sitt første barn, som ble forverret av senere utfordringer.

6.4 Tilknytning på tross av depresjon: "*Ting ble mye, mye enklere*"

Våre funn i tema 4 tyder på at alle mødrene opplevde tilknytning til barnet. Noen av informantene opplevde at tilknytningen var til stede hele tiden, men hos andre kom den gradvis som resultat av diverse faktorer. Informant 16 opplevde følelsen av tilknytning til barnet først da barnets helse forbedret seg. Hun anså dette som vendepunktet i depresjonsløpet, noe som kan indikere at fødselsdepresjonen hun gjennomgikk kan ha vært forankret i en forsvarsmekanisme i henhold til barnets helsekomplisjoner. Vi fant at utviklingen av tilknytning på tross av depresjon i stor grad hadde sammenheng med fysisk nærhet mellom mor og barn. Disse funnene støtter opp mot teorien til Harlow, som understreker at behovet for berøring og kontakt mellom mor og barn er en viktig faktor for å fremme tilknytning (Siegler et al., 2020, p. 392). I henhold til Williams & Turner (2020) kan fysisk nærhet mellom mor og spedbarn bidra til å bygge og styrke tilknytning over tid. Informant 16 forklarte at "*ting ble mye, mye enklere*" når inntilheten med barnet begynte å føles ut som tilknytning, og dette kan knyttes til at fysisk nærhet gir en emosjonell respons hos mødre, som kan bidra til å regulere morens følelser (Williams & Turner, 2020).

Informant 14 forklarte at hun følte hun hadde hatt et “*veldig fint bånd*” med barnet siden fødsel, og at den fysiske nærheten spilte en sentral rolle i tilknytningsprosessen. Dette fremkommer i et utsagn hvor hun beskriver at styrken av båndet mellom henne og barnet kom av å ha “*vært så nære*”. Til tross for å ha vært glad i barnet og ha følt seg tilknyttet, uttalte hun også å ha følt seg “*flat*” og “*gråt mye*” i den depressive perioden. I henhold til Rocha et al. (2020) sine funn kan dette kan indikere at hun ikke hadde egenskap og energi til å utføre positivt tidlig samspill med spedbarnet for å skape et trygt tilknytningsmønster over tid. Hun vektla også at forventningene hennes om PPD “*handlet om å ikke være glad i babyen sin*”, men at hennes egen opplevelse gikk i strid med disse forventningene.

I likhet med informant 14 fortalte også informant 15 at hennes opplevelse med tilknytning til barnet stridte imot lignende forventninger. Hun uttalte å ha trodd at PPD i stor grad handlet om å ikke føle tilknytning til barnet, men at hun til tross for denne forventningen “*elsket barnet overalt på jord*”. Videre uttalte hun å ha vært redd for å bli “*stemplet med en barselsdepresjon*” på grunn av stigma og fordommer hun kunne møte fra andre.

Variasjonen i disse funnene kan skyldes individuelle faktorer i mødrenes opplevelse, som deres mentale tilstand, personlighetstrekk og livssituasjon. Det er viktig å anerkjenne at depressive symptomer kan manifestere seg på ulike måter, og at primærsymptomet på PPD ikke nødvendigvis er manglende følelse av tilknytning til barnet. Det er derfor viktig å ta hensyn til den subjektive opplevelsen hver enkelt mor har i henhold til lidelsen.

6.5 Forventninger til barseltiden: Internalisert og opplevd stigma

Et interessant aspekt vi ønsker å diskutere i henhold til funnene våre, er hvilken rolle samfunnsmessige forventninger til mor-barn relasjonen i spedbarnstiden kan ha spilt for mødrenes opplevelse av tilknytning. Mickelson et al. (2017) foreslår en todimensjonal definisjon av stigmaet mødre kan oppleve under PPD. I denne introduseres begrepene internalisert stigma og opplevd stigma.

Internalisert stigma refererer til individets negative følelser, som skyldfølelse og skam, angående symptomene på PPD (Mickelson et al., 2017). Skyldfølelsen vi fant at flere av mødrene opplevde under PPD kan delvis forklares som et resultat av internalisert stigma. Vi fant at mødrenes skyldfølelse hovedsakelig var forankret i sykdom hos barnet og mangel på emosjonelt overskudd. Sistnevnte er blant kjernesymptomene på PPD, og kan stride med den normative atferden til en nybakt mor. Den utløsende faktoren til det internaliserte stigmaet kan derfor ha vært mødrenes forventninger om evnen til å ‘overøse’ barnet med

kjærlighet, som ble uoppnåelige på grunn av de stemningsrelaterte vanskene de gjennomgikk ved PPD.

Opplevd stigma defineres som individets opplevelse av å bli stigmatisert av andre på grunn av symptomene på PPD. Uttalelsen til informant 15 i hennes sitat om å “*bli stemplet*” av andre for å ikke være glad i barnet sitt kan gi uttrykk for hennes opplevde stigma – ettersom hun var “*veldig redd*” for opplevde fordommer fra andre rundt seg. Å bli ansett av andre som en inkompetent forelder er en av mange typer stigma fødselsdeprimerte mødre kan oppleve (Mickelson et al., 2017).

7.0 Konklusjon

Vi har undersøkt mødres opplevelse av tilknytning til eget barn under PPD. Ved bruk av TA har vi identifisert fire hoved-temaer som oppsummerer mødrenes beskrivelser: ‘skyldfølelse og emosjonell overveldelse,’ ‘fremmedgjøring av barnet’, ‘aktiv unngåelse av tilknytning’, og ‘tilknytning på tross av depresjon’. Våre funn indikerer at opplevelsen av tilknytning til eget barn under fødselsdepresjon preges av uoppfylte forventninger mødre har til mor-spedbarn relasjonen. Mødrene var preget av skyldfølelse av mangelen på emosjonelt overskudd til spedbarnet. Vi fant at fysisk nærhet med spedbarnet opplevdes som en hjelpende faktor for tilknytningsprosessen og mødrenes depressive forløp. Resultatene våre tyder på at det er en sammenheng mellom forbedringen av spedbarnets fysiologiske tilstand og en reduksjon i mødrenes depressive symptomer. Vi fant at når det er en markant forbedring i spedbarnets helsemessige tilstand, reflekteres dette positivt i morens vendepunkt mot forbedring.

Avslutningsvis ønsker vi å drøfte betydeligheten av forebyggende tiltak og åpen kommunikasjon om PPD for å redusere destruktivt stigma angående lidelsen. Dette kan hjelpe med å redusere urealistiske forventninger fødselsdeprimerte mødre har til mor-spedbarn relasjonen, som kan bidra til å fremme et trygt tilknytningsmønster hos spedbarnet. Manglende tilknytning til spedbarnet gjelder ikke for alle mødre som gjennomgår PPD. Forventningen om dette kan i seg selv virke stigmatiserende og potensielt hindre mødre fra å søke hjelp. Det er derfor viktig å utfordre slike stereotyper og fremme en mer nyansert forståelse av PPD, som anerkjenner at symptomer kan variere betydelig fra person til person. Dette kan bidra til å redusere stigma og oppmuntre fødselsdeprimerte mødre til å søke nødvendig støtte og behandling.

Videre forskning bør inkludere et bredere spekter av mødre med forskjellige bakgrunner for å utforske hvordan kulturelle, sosioøkonomiske og individuelle forskjeller kan

påvirke mødres opplevelse av tilknytning under fødselsdepresjon. Ved bruk av longitudinale studier kan også den langsiktige påvirkningen PPD har for spedbarnets tilknytningsmønster og utvikling avdekkes. I tillegg kan undersøkelsen av hvilken effekt tidlig intervensjon for mødre med PPD har for mor-spedbarn relasjonen bidra til å redusere stigmatiserte forventninger om PPD, og forbedring av støttende tiltak i helsevesenet.

Referanseliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S.** (1978). *Patterns of Attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anda, L., Mørkved, N., Rettedal, S., Roaldsø, E. S., & Saetre, F.** (2023). *Project description: The maternal experience of carrying children during post-partum depression [Upublisert artikkel]*.
- Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J. L., & Lindhiem, O.** (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 20(6), 578-599.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1430839>
- BMJ Best Practice.** (2024). *Postpartum depression: straight to the point of care*.
<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/512/pdf/512/Postpartum%20depression.pdf>
- Bowlby, J.** (1989). *Attachment and loss* (2nd ed. Vol. 1). Basic Books.
- Brandtzæg, I., Smith, L., Torsteinson, S.** (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Fagbokforlaget.
- Braun, V., & Clarke, V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V.** (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Dhokal, K.** (2022). NVivo. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 110(2), 270.
- Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widström, A. M.** (2005). "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1080/14034940510005725>
- FHI.** (2023). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/#mors-psykiske-helse-i-svangerskap-og-nyfoedtperiode>
- Flint, J., & Kendler, K. S.** (2014). The genetics of major depression. *Neuron*, 81(3), 484-503. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.01.027>
- Freud, A.** (1936). *The Ego and Mechanisms of Defense* (1966 ed.).

- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R.** (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, *130*(3373), 421-432.
- Helsenorge.** (2022, 12. desember). Kolikk hos spedbarn.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/kolikk/>
- Helsenorge.** (2023, 13. januar). Barsel og oppfølging etter fødsel.
<https://www.helsenorge.no/etter-fodselsoppfolging-etter-hjemkomst/>
- Helsenorge.** (u.å.). Spedbarn. <https://www.helsenorge.no/spedbarn/>
- Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R.** (2019). *Psychology The science of mind and Behaviour* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
- Lefkovic, E., Baji, I., & Rigó, J.** (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, *35*(4), 354-365.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21450>
- Mickelson, K. D., Biehle, S. N., Chong, A., & Gordon, A.** (2017). Perceived Stigma of Postpartum Depression Symptoms in Low-Risk First-Time Parents: Gender Differences in a Dual-Pathway Model. *Sex Roles*, *76*(5), 306-318.
<https://doi.org/10.1007/s11199-016-0603-4>
- Morling, B.** (2021). *Research Methods in Psychology: Evaluating a World of Information* (4th ed.). W. W. Norton & Company, Inc.
- Norsk Helsenett.** (u.å.). *Brukerveiledning for Join*.
<https://www.nhn.no/tjenester/video/join/Brukerveiledning%20join.nhn.no..pdf>
- Patton, M., Q.** (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2th ed.). Sage Publications. .
- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., Dos Santos, M. M., & Dusing, S. C.** (2020). *Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A systematic review*. *Journal of Child Health Care*.
<https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Siegler, R., Saffran, J. R., Gershoff, E., Eisenberg, N., & Leaper, C.** (2020). *How children develop* (6th ed.). Macmillan International Higher Education.
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T.** (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, *21*(5), 619-634. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E.** (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review.

International journal of environmental research and public health, 17(8), 2675.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019).

Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.

<https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Universitetet i Stavanger. (2024, 25. mars). *Lagringsguide for studenter.*

<https://www.uis.no/nb/student/lagringsguide>

Von Glasersfeld, E. (2013). *Radical constructivism*. Routledge.

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543.

<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>

Williams, L. R., & Turner, P. R. (2020). Infant carrying as a tool to promote secure attachments in young mothers: Comparing intervention and control infants during the still-face paradigm. *Infant Behavior and Development*, 58, 101413.

<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101413>

Willing, C. (2022). *Introducing qualitative research in psychology* (4th ed.). Open University press.

World Health Organization. (2023, 31. mars). Depressive disorder (depression).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

ØNSKER DU Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET MØDRES OPPLEVELSE AV Å BÆRE SITT BARN VED FØDSELSDEPRESJON

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som skal undersøke hvordan mødre med depresjon etter fødsel opplever å bruke bæretøy som hjelpemiddel i hverdagen. Vi ønsker å intervju ca. 20 personer som har opplevd depresjon etter fødsel, og som har brukt bæretøy i denne perioden. Formålet er å utforske kvinners opplevelse av å bære barna mens de var deprimerte. Du blir spurt fordi du har vist interesse for å delta, og fordi du oppfyller inklusjonskriteriene i studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG

Deltakere som er aktuelle vil bli invitert til å delta i et intervju på ca. 1t som gir grunnlag for studien. Dette vil skje i løpet av perioden juni 2023 til juni 2024. I intervjuet vil en forsker stille spørsmål rundt dine opplevelser rundt det å bære ditt barn mens du hadde depresjon i barselperioden. Intervjuene kan utføres via videosamtale eller ved oppmøte. Vi vil gjøre lydopptak av intervjuene da disse skal transkriberes for analyse av det du forteller. Du står fritt til å fortelle så mye eller så lite som du ønsker, og til å avbryte intervjuet hvis du vil det.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Vi kommer til å spørre etter personopplysninger som alder, utdanning og kjønn. I tillegg vil vi spørre deg om å vurdere hvor deprimert du var da du var syk i barselperioden, hvordan du ble diagnostisert med fødselsdepresjon, og hvorvidt du opplever symptom på depresjon på intervjutidspunktet. Vi vil bruke et spørreskjema til dette formålet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det å delta i studien vil sannsynligvis ikke medføre store ulemper. Imidlertid kan det å snakke om en vanskelig periode i livet ditt, som en fødselsdepresjon er for de aller fleste, vekke negative følelser både før, under og i etterkant av intervjuet. Vi har som mål å ivareta deg best mulig under intervjusituasjonen slik at det kjennes trygt å snakke om det som har vært utfordrende. Du vil også få støtte til å søke hjelp, primært hos fastlegen din, om det kommer frem under intervjuet at du trenger ytterligere bistand med din psykiske helsetilstand.

Fordeler for deg ved deltakelse er at du får være med å bidra til forskning rundt et viktig tema som berører mange kvinner. Mange synes også det kan være interessant og meningsfylt i seg selv å få organisere og tenke over sin egen historie og sine opplevelser gjennom å fortelle muntlig til noen.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Liss G Anda på liss.anda@uis.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet, og planlegges brukt innen utgangen av prosjektet i 2028. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre helsemyndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli av-identifisert, og behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Liss Anda og prosjektmedarbeidere ved Universitetet i Stavanger og samarbeidende institusjoner som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Lyden av intervjuet ditt vil bli tatt opp digitalt via verktøyet nettskjema.no. Du vil bli spurt om det er greit før noen opptak gjøres. Opptakene skal brukes til transkribering og analyse av det som blir sagt i intervjuet. I gjennomgangen vil ikke din identitet bli kjent. Prosjektslutt er 31.12.2025. Data oppbevares kryptert på sikkert område på UiS OneDrive etter rutiner ved Universitetet i Stavanger. Data skal ikke deles med forskere utenfor forskningsgruppen. Alle personopplysninger vil oppbevares midlertidig i 5 år etter prosjektslutt for kontrollhensyn og vil deretter slettes/anonymiseres.

POTENSIELL DELTAKELSE I OPPFØLGINGSPROSJEKT

Det kan være aktuelt å utføre et oppfølgingsprosjekt i fremtiden hvor vi kan ønske å snakke med deg igjen. Selv om du krysser av her for at vi kan kontakte deg, står du fritt til å si nei til deltakelse når du blir spurt. Hvis du ønsker å samtykke til at vi kan kontakte deg i fremtiden i forbindelse med et slikt prosjekt, kryss av her.

Ja, jeg samtykker til at jeg kan kontaktes for fremtidige oppfølgingsprosjekt.

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysningene til vitenskapelige formål. Vi behandler opplysningene om dine forskningsdeltakelse basert på ditt samtykke. Du har gitt ditt samtykke ved å undertegne dette skjemaet.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer hos REK er 540290

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Universitetet i Stavanger og prosjektleder Liss Anda er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, opplever uønskede hendelser i forbindelse med deltakelse, eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Liss Anda, tlf. 90512362, liss.anda@uis.no.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombud ved UiS, Rolf Jegervatn, på e-post personvernombud@uis.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg B

Intervjuguide postpartum depresjon og bæring av baby

Du er invitert til å delta i dette intervjuet fordi du brukte bæretøy til å ta vare på barnet ditt i de seks første månedene etter fødselen, når du også opplevde å ha depresjon.

Dette er et semistrukturert intervju. Det betyr at vi stiller alle informantene de samme spørsmålene. Noen ganger kan vi stille deg oppfølgings spørsmål for å forstå best mulig de tingene du forteller oss.

Vi er interessert i din opplevelse av å bære ditt barn ved hjelp av bæretøy. Mange synes det er ganske vanskelig å huske detaljene rundt spedbarnstiden, og det kan være mange årsaker til dette. Depresjon kan gjøre det enda vanskeligere. Imidlertid er vi interessert i akkurat din levde erfaring. Det er ingen rette eller gale svar. Du står fritt til å fortelle oss så mye eller lite som du vil.

Du står også fritt til å avbryte intervjuet på et hvilket som helst tidspunkt og uten å oppgi noen grunn. Bare gi beskjed til intervjueren om at du ønsker å avbryte.

Intro: Samle demografisk informasjon. Alder, sivilstatus, utdanning / yrke, etnisitet, antall barn og deres alder, urbant vs. landlig bosted.

Opplevelse av PPD, klinisk bakgrunnsinformasjon		
Spørsmål	Potensielle oppfølgings spørsmål	Tema
<ul style="list-style-type: none">Hva var omtrentlig start og varighet av din PPD?	Hvordan ble din PPD identifisert og diagnostisert?	

	Har du opplevd depresjon før denne episoden?	
Hvordan la du merke til din PPD?	Hvilke tanker har du rundt hva som førte til at du fikk PPD?	
Hva var din opplevelse av å ha PPD?	Hvilke faktorer tenker du kan ha påvirket din PPD både på godt og vondt? Når du ser tilbake på ditt forløp, tenker du at det var noen klare vendepunkt fra sykdom mot tilfriskning? Kan du isåfall fortelle meg om disse?	
Bruk av bæretøy		
Fortell meg om hvordan du opplevde det å bruke bæretøy til din baby i tiden da du var deprimert.	I hvilke sammenhenger brukte du bæretøy? Hvordan kom du frem til at du ville bruke bæretøy som verktøy med ditt barn? Hvordan var opplevelsen for deg som mor av å bære ditt barn i bæretøy? Hvordan opplevde du at barnet responderte på at du brukte bæretøy? Hvis du levde med en partner eller medforelder på den tiden, hvordan forholdt partneren din seg til bruk av bæretøy?	

	Har du noen tanker om hva bæringen kan ha betydd for din relasjon til barnet?	
<p>Generelle mestringsstrategier, ressurser og støtte</p>		
Hva slags råd fikk du fra andre rundt deg (andre foreldre, helsepersonell, familie og venner, partner) om hvordan du kunne mestre din depresjon?	Hvordan opplevde du disse rådene og det å motta dem?	
Har du noen tanker om hvorvidt din PPD eventuelt kan ha påvirket barnet ditt?		
<p>Avsluttende bemerkninger</p>		
Hva synes du selv var hjelpsomt og uhjelpsomt med tanke på å mestre situasjonen mens du var deprimert?		
Hvis du kunne si noe til mødre som befinner seg i en liknende situasjon som du var i, med en liten baby og depresjon, hva ville du si til dem?		
Har du noen annen informasjon du tenker kan være relevant eller nyttig knyttet til det vi har snakket om, som ikke har kommet frem i intervjuet så langt?		

Tusen takk for at du deltok i dette intervjuet.