



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Omvårdnad vid förlossningsdepression ur ett patientperspektiv

- En litteraturstudie

Författare: Malin Clarke, Sarah Emery

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats

Våren 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Omvårdnad vid förlossningsdepression

## Ur ett patientperspektiv

Författare: Malin Clarke, Sarah Emery

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats

Våren 2014

## Abstrakt

**Bakgrund:** Depression efter förlossning, postpartum depression (PPD), drabbar idag ca 10-15% av alla nyblivna mammor. PPD är ett globalt problem och drabbar kvinnor i alla länder, kulturer och socioekonomiska grupper. **Syfte:** Studiens syfte är att belysa hur kvinnor som drabbats av PPD upplever sjukdomen och vården de erhåller. **Metod:** En litteraturstudie har genomförts. Elva vetenskapliga artiklar har granskats och resultatet har sammanställts. **Resultat:** Kvinnor som drabbas av PPD upplever genom sjukdomen att förväntningar på moderskapet inte infrias, att den forna identiteten går förlorad samt en känsla av osäkerhet inför sitt nyfödda barn. Vidare upplever de att den hjälp som finns är svår att finna och inte är anpassad efter deras behov. **Slutsats:** Alla sjuksköterskor som möter nyblivna mammor behöver vara medvetna om symtom och tecken på PPD samt att vården måste vara lika individualiserad som vård av andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Det finns inte en behandlingsmetod som passar alla.

## Nyckelord

Postpartum depression, upplevelse, omvårdnad, perinatal psykiatri, kvalitativ

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Postpartum depression som fenomen .....	3
Förekomst globalt .....	4
Konsekvenser för barnet .....	5
Tidigare forskning .....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	6
Syfte .....	7
Specifika frågeställningar .....	7
Metod .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	8
Dataanalys .....	9
Forskningsetiska avvägningar .....	9
Resultat .....	10
Kvinnans upplevelse av PPD .....	10
Förväntningar som inte infrias .....	10
Förlust av identitet .....	11
Osäkerhet inför barnet .....	12
Kvinnans upplevelse av vården .....	12
Hinder i vårdsökande .....	12
Uppfattning om sjuksköterskans roll .....	13
Behov av individualiserat stöd .....	14
Kulturella aspekter på moderskap och PPD .....	15
Diskussion .....	16
Diskussion av vald metod .....	16
Diskussion av framtaget resultat .....	17
Slutsats och kliniska implikationer .....	19
Författarnas arbetsfördelning .....	20
Referenser .....	21
Bilaga 1 (2) .....	25
Bilaga 2 (2) .....	26

# Introduktion

## Problemområde

Postpartum depression (PPD) är ett tillstånd som i den psykiatriska terminologin definieras som egentlig depressionsepisod inom de första fyra veckorna efter barnafödande (Folkhälsoinstitutet, 2003). Eftersom många drabbade upplever att symtomen uppkommer senare ställs diagnosen i klinisk praxis under hela första året efter förlossning (Folkhälsoinstitutet, 2003; Woolhouse, Gartland, Hegarty, Dontah & Brown, 2012)

PPD beräknas drabba 10-15 % av nyblivna mammor (Banti et al. 2011; Folkhälsoinstitutet, 2003). Denna siffra menar Almond (2009) vara en grov underskattning eller enbart gällande för vita kvinnor i västvärlden. Med hänvisning till 143 studier från 40 länder menar Almond (2009) att prevalensen i utvecklingsländer kan vara så hög som 60 %. I en systematisk litteraturöversikt som Fisher et al. (2011) genomfört på uppdrag av Världshälsoorganisationen (WHO) framhålls att kampen mot mödra- och barnadödlighet har överskuggat forskning på området i utvecklingsländer. I studien framkommer också att det finns en gängse tro att sociala och traditionella strukturer i dessa länder skyddar kvinnorna från PPD (ibid.).

PPD visar sig enligt Watanabe et al. (2008) genom gråtmildhet, labilitet, skuldkänslor, otillräcklighetskänslor, aptitförlust, självmordstankar, sömn- och koncentrationsstörning, svårigheter att hantera sin baby, utmattning mm. Vidare påverkar PPD kvinnans interaktion med spädbarnet negativt; Herrera, Reissland och Shepherd (2004) har kunnat påvisa att mammor med PPD uppfattar och svarar sämre på barnets signaler än icke-deprimerade mammor. Detta kan om depressionen inte behandlas få långtgående konsekvenser för barnet (Josefson & Sydsjö, 2007).

Många nyblivna mammor kan de första dagarna efter förlossningen uppleva nedstämdhet och ökad känslighet. Denna så kallade *baby blues*, orsakas av hormonomställningen och dess funktion är att öka lyhördsenheten gentemot barnet (Wickberg, 2005; Watanabe et al. 2008; Åsberg & Mårtensson, 2009). Enligt Watanabe et al. (2008) har kvinnor med stark *baby blues* ökad risk att utveckla PPD. Till skillnad från *baby blues* kännetecknas PPD även av sömnstörningar och upplevd kontrollförlust samt en ihållande känsla av att ”inte vara sig själv” (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka, 2013).

PPD diagnostiseras enligt DSM-IV, där kriterier är desamma som för egentlig depressionsepisod med tillägget debut 4-6 veckor efter partus (Folkhälsoinstitutet, 2003). Några av dessa kriterier är nedstämdhet, känsla av otillräcklighet och misslyckande, skuldkänslor, tankar att skada sig själv eller barnet, sömnstörningar, aptitförändringar och en allmän oförmåga att hantera vardagen (Rush, 2010; Folkhälsoinstitutet, 2003). Enlig DSM-IV krävs, för diagnos, minst 5 symtom under samma 2-veckorsperiod (Jonsson, E. & Wohlin, AM, 1999).

Det finns studier som visar på att sjuksköterskor inom psykiatrin känner sig obekväma och osäkra vid vårdandet av nyblivna mammor som drabbats av psykisk ohälsa, kanske beroende på ovana och okunskap (McConachie & Whitford 2008; Scott 1992). Därtill drar kvinnor som drabbas av PPD sig ofta för att söka sjukvårdens hjälp (Folkhälsoinstitutet, 2003) och det är därför av stor vikt att kvinnornas upplevelse, av såväl sjukdomen i sig som av vård och behandling, lyfts fram.

## **Bakgrund**

### *Postpartum depression som fenomen*

Barnafödande uppfattas i de flesta länder och kulturer som en positiv och glädjefylld händelse i livet (Folkhälsoinstitutet, 2003). Föräldraskapet förknippas för många med känslor av självförverkligande och framtidshopp. Denna bild överensstämmer för vissa mammor föga med verkligheten – risken för en kvinna att drabbas av en depression är under de första tre månaderna efter förlossning större än i andra skeden av en kvinnas liv (Folkhälsoinstitutet, 2003, Åsberg & Mårtensson 2009). Risken för en kvinna att drabbas av PPD kan, trots flera försök att ta fram screeninginstrument, inte förutsägas under graviditeten utan är ett tillstånd som uppkommer och kan identifieras först efter kvinnan fött (Folkhälsoinstitutet, 2003; Wickberg, 2005).

När den brittiske psykiatrikern Brice Pitt 1968 skrev om atypiska depressioner fanns inga riktade öppenvårdsinsatser för kvinnor med förlossningsdepression även om det börjat uppmärksammas att flertalet kvinnor visade symtom på depression efter barnafödelse. Flertalet kvantitativa studier mellan 1956 och 1964 visade att 1,5 gånger så många kvinnor som män skrevs in för affektiva symtom (Pitt, 1968). Skillnaden var störst bland gruppen kvinnor i

åldern 15-44. Därtill påvisades, enligt Pitt (1968), att särskilt många kvinnor blev inlagda för depression inom tre månader efter förlossning.

Under 80-talet bekräftade flera studier Pitts forskning från 1968, nämligen att 10-15% av alla nyförlösta mammor upplevde psykisk ohälsa (Cox et al., 1987). Uppföljningar på vissa av dessa studier visade dessutom att kvinnorna tydligt kunde beskriva tillståndet 3 år senare och att cirka hälften mådde lika dåligt efter ett år som vid debuten. I studien som Cox et al. (1987) genomförde framkom att flera av barnen till de deprimerade kvinnorna hade beteendeproblem vid 3 års ålder och kognitiv nedsättning vid 4 års ålder.

En tidigare studie från 1982, där kvinnorna i studien skattat sig själva som deprimerade, visade att ingen av dem fått hjälp från primärvården eller blivit remitterade till psykiatri (Cox et al. 1987). Att dessa kvinnors lidande inte upptäcktes och att det dessutom inte fanns någon handlingsplan för dem som sökte hjälp inspirerade Cox et al. (1987) att ta fram ett screeninginstrument.

Flera existerande instrument, bl.a. Anxiety and Depression Scale (SAD) och Beck Depression Inventory (BDI), granskades av Cox et al. (1987), då misstanke fanns att dessa instrument gav falska negativa utslag pga. att de fokuserade på psykosomatiska symtom som kvinnor med PPD ofta inte har samt att det egentligen är till för att bedöma hur djup depressionen är (ibid.). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) utarbetades 1987 av Cox, Holden och Sagovsky och är ett självskattningsformulär med tio frågor om hur kvinnan har mått de senaste sju dagarna (Horowitz & Goodman 2005). Skillnaden mellan detta och andra tillgängliga screeninginstrument är att det är licensfritt och gratis (ibid.).

### *Förekomst globalt*

För 30 år sedan ansågs PPD vara ett problem som enbart drabbade västerländska kvinnor (Folkhälsoinstitutet, 2003). De senaste 15 åren har forskning emellertid visat att PPD är ett globalt problem som förekommer i alla länder, kulturer och samhällsklasser (Folkhälsoinstitutet, 2003; Almond, 2009; Banti et al., 2011).

Riskfaktorerna skiljer sig emellertid tydligt åt mellan olika länder. Enligt Horowitz och Goodman (2005) är de främsta riskfaktorer för kvinnor i västvärlden depression under eller innan graviditet, otillräckligt socialt stöd samt, till viss del, låg socio-ekonomisk status och att

barnet upplevs som krävande. I Pakistan lyfts tidig första förlossning, press från omgivningen att föda en pojke, två eller fler flickor i barnskaran, barn som avviker på något sätt, hemlöshet, två eller fler barn under 7 år och fysisk misshandel fram som riskfaktorer att utveckla PPD (Almond, 2009). Liknande fynd har gjorts i indiska studier. Bland Hongkong-kineser lyfts familjekonflikter fram som en stark riskfaktor (ibid.). Att få en flicka istället för en pojke framkommer enligt Fisher et al. (2011) som en stor riskfaktor från flera studier i utvecklingsländer men också från Kina. Skyddande faktorer bland alla kvinnor globalt är utbildning, fast anställning, att partnern har arbete och upplevs som snäll, pålitlig, känslig och omtänksam samt att man tillhör den etniska majoriteten i landet man bor (ibid.).

### *Konsekvenser för barnet*

När en nybliven mamma drabbas av PPD påverkas hela den nyblivna familjen, i synnerhet hennes nyfödda barn (Kingston, Tough & Whitfield 2012). Människan är aldrig så beroende av en fungerande vårdgivare som när hon är nyfödd (Wan, Sharp, Howard & Abel, 2011). Såväl motorisk, kognitiv som emotionell utveckling hos spädbarnet påverkas negativt om mamman lider av PPD (Kingston et al., 2012). Huruvida detta kvarstår över tid eller ej råder det delade meningar om. I en uppföljningsstudie efter fyra år har Josefsson & Sydsjö (2007) funnit ett svagt samband mellan beteendestörningar hos det fyraåriga barnet och mammans historia av PPD. Det var emellertid mammor med en kvarstående depression vars barn löpte högst risk att drabbas av psykosociala besvär; barn till de kvinnor som fått behandling hade alltså betydligt bättre utfall (ibid.).

### *Tidigare forskning*

Det är känt att kvinnor som drabbats av PPD upplever den första tiden med barnet som mer krävande jämfört med mammor utan tecken på depression (Bernazzani et al. 2005). Vidare kan erfarenhet av PPD leda till att kvinnan inte vågar skaffa fler barn (Patel, Wittkowski, Fox & Wieck, 2013). För många kvinnor med PPD finns också en risk, om behandling inte sätts in, att depressionen blir kronisk med de negativa konsekvenser det medför såväl för mamman som för resten av familjen (Horowitz & Goodman, 2005; Josefson & Sydsjö, 2007).

För att förbättra mammans relation till barnet har kvinnor med PPD, enligt Murray et al. (2003), lika god effekt av rådgivning eller psykoterapi som av samspelsbehandling genom vilken kvinnan får stöd i anknytning till och samspel med sitt barn. Att enbart behandla

depressionen med antidepressiva har, enligt en stor studie av 254 kvinnor med PPD av Wan et al. (2011), sämre utfall jämfört med att byta till eller lägga till stödjande samtal. Viktigast enligt Wan et al. (ibid.) är att kvinnan ges möjlighet att göra aktivt val av behandlingsform och görs delaktig i sin behandling.

### *Perspektiv och utgångspunkter*

I denna uppsats är fokus hur kvinnor som drabbats av PPD upplever sjukdomen och den vård hon erhåller. Utgångspunkten är att vården av dessa kvinnor, för sjuksköterskan, handlar om att stödja dem till självständig egenvård enligt Orems omvårdnadsteori eftersom den, som beskrivs av Kirkevold (2000), *utgår från människans inneboende förmåga till målinriktad handling för sitt eget bästa.*

Sjuksköterskans uppgift, enligt Orems teori, är att kartlägga egenvårdskrav; det vill säga summan av de egenvårdsaktiviteter som måste kunna genomföras för att individen ska kunna tillgodose sina universella, utvecklingsmässiga och hälsoproblemrelaterade egenvårdsbehov. Egenvårdskraven beräknas, enligt Kirkevold (2000), genom att identifiera:

- 1) *Existerande eller projicerade egenvårdsbehov*
- 2) *Förhållandet mellan olika egenvårdsbehov*
- 3) *Faktorer som kan inverka på hur dessa behov bör tillgodoses (ålder, kön, utvecklingsstadium, levnadsförhållande etc.)*  
samt
- 4) *Vilka metoder/åtgärder som krävs för att tillgodose behoven (ibid. s.152).*

När en kvinna drabbas av PPD påverkar detta även omgivningen starkt (Kingston, Tough & Whitfield, 2012). Enligt International Council of Nurses (ICN:s) etiska kod skall sjuksköterskan erbjuda ”vård till individen, familjen och allmänheten”. Detta innebär att patientens hela livssituation måste tas i beaktande och vilka resurser som behövs tillfrisknandet. Sjuksköterskan har, enligt ICN:s etiska kod, till uppgift att ”samordna sitt arbete med närstående yrkesgrupper” vilket innebär en skyldighet att se till att patienten har det stöd hon behöver vid utskrivning, exempelvis inom öppenvården.



## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa hur kvinnor som drabbas av PPD upplever sjukdomstiden och vården de erhåller.

### *Specifika frågeställningar*

Hur upplever kvinnor som drabbas av PPD sitt tillstånd?

Vilka upplevelser av och önskemål på vården har kvinnor med PPD?

## Metod

En litteraturstudie valdes som metod för att få en bild av det rådande kunskapsläget (Rosén, 2012). Då studiens syfte är att belysa upplevelse av sjukdomstillståndet samt upplevelsen av den erhållna vården har endast artiklar av kvalitativ design inkluderats då avsikten är att *”studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter”* (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 86)

Artiklarna är funna genom sökning i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. PubMed är den primära databasen för medicinska studier och Cinahl är inriktad på omvårdnadsstudier (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Databasen PsycInfo valdes då den främst innehåller artiklar som refererar till det psykiatriska forskningsområdet (ibid.). Vid sökningarna användes Medical Subject Headings s.k. MeSh-termer för PubMed databasen- , Thesaurustermer för PsycInfo och CINAHL headings för Cinahl databasen. MeSH-termer är framtaget av Karolinska institutets och innehåller den kontrollerade vokabulären som används vid National Library of Medicine i USA (mesh.kib.ki.se). För att komplettera sökningen har valda artiklars referenslistor granskats.

## Urval

Följande sökord användes vid PubMed sökningen: *postpartum depression, psychological adaptation*. I Cinahl motsvaras *psychological adaptation av life experience* och i PsycInfo av *coping behavior*. Endast artiklar skrivna på engelska och inte äldre än 10 år inkluderades.

För att begränsa studien valdes artiklar som beskriver postpartum psykos bort. Även artiklar som beskriver komorbiditet med andra psykiatriska diagnoser, såsom exempelvis schizofreni

och personlighetsstörningar, pappans roll och anknytning till barnet exkluderades. Eftersom screeninginstrument främst används av vidareutbildade sjuksköterskor vid mödravårds- respektive barnavårdscentraler exkluderades artiklar som specifikt utvärderar eller undersöker dessa.

Databas PubMed	Sökord [MeSh]	Ant. träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	Depression Postpartum	3083			
#2	Adaptation, Psychological	40255			
#3	#1 AND #2	137	137	11	6

Databas Cinahl	Sökord [Headings]	Ant. träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	Depression Postpartum	2626			
#2	Life experiences	9254			
#3	#1 AND #2	34	34	7	2

Databas PsycINFO	Sökord [Thesaurus]	Ant. träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	Depression Postpartum	1851			
#2	Coping behavior	15214			
#3	#1 AND #2	20	20	2	2

## Datainsamling

Litteratursökningen har genomförts under tidsperioden 140225-140228 i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO med sökord redovisade i sökschema. De tre databaserna valdes för att få bredast möjliga utbud av artiklar att granska. Målet var att göra en sökning med både hög sensitivitet och hög specificitet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Därför kontrollerades sökorden i respektive databas Thesaurus och Booleska sökoperatoreorna OR,

AND och NOT har använts enligt Willman (2006). Citationstecken har använts för att undvika att sammansatta ord kastas om.

## **Dataanalys**

Initialt läste båda författarna, var för sig, abstrakt på de 191 artiklar sökningarna gav, detta för att avgöra om funna artiklar berör det ämne studien syftar till att undersöka. De 20 artiklar som efter diskussion valdes ut för vidare granskning läste båda författarna enskilt och förde separata granskningsprotokoll vilka sedan sammanställdes till ett gemensamt protokoll när konsensus uppnåddes. Artiklarna kunde då kvalitetsbedömas som bra, medel eller dålig. Det granskningsprotokoll som använts är ”Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod” enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Sju artiklar bedömdes vara av bra kvalitet och fem artiklar av medel kvalitet. Samtliga artiklar finns beskrivna i artikelmatris, bilaga 2.

Av 20 artiklar från urval 1 valdes tio artiklar ut för vidare granskning. Vidare återfanns en artikel som båda författarna fann intressant genom referenslista på en av artiklarna från urval 1. Även denna artikel kvalitetsgranskades som övriga artiklar. Artiklarna har därefter grupperats och bearbetats efter funna gemensamma nämnare. Dessa gemensamma nämnare blev rubriker i resultatet. Under analysprocessen har författarna fört separata loggböcker där underlag till resultatdiskussion samlats in enligt Rosén (2012).

## **Forskningsetiska avvägningar**

För att undvika att människor som deltar i forskningsstudier ska riskera utnyttjas, skadas eller bli sårade tillämpas etiska principer (Kjellström, 2012). En betydande etisk plattform är, enligt Kjellström (ibid.), *Belmontrapporten* från 1978 i vilken tre grundläggande etiska principer fastslås som grund för forskning: respekt för personer, göra gott samt rättviseprincipen. Behovet av att få in data till forskning får exempelvis inte ske på bekostnad av patientens välmående vilket kan ställa forskargruppen och omvårdnadspersonal inför dilemma; forskningen kan samtidigt möjligtvis på längre sikt bidra positivt till patientens behandling. Samtliga personer som deltar i forskningsstudier ska lämna sitt samtycke och samtidigt informeras om att de när som helst kan dra sig ur studien, utan att detta kommer påverka vidare vård de erhåller (ibid.).

De artiklar som valts ut för granskning i denna litteraturstudie är samtliga godkända av etisk prövningsnämnd. Flera av de inkluderade studierna redogör för hur deltagande kvinnor fått information om att forskarna kan komma avbryta intervjun och föreslå att kvinnan söker vård alternativt bryta sin tystnadsplikt om det under intervjun skulle framkomma direkta allvarliga risker för kvinnans hälsa såsom suicid- eller infanticidtankar. Författarna till denna studie har strävat efter att acceptera och utgå från det resultat databassökningarna genererat oavsett den egna förförståelsen i ämnet.

## Resultat

Kvinnans upplevelse av PPD, som är huvudområdet för litteratursammanställningen, kunde efter granskning av artiklar delas in i tre underkategorier; *förväntningar som inte infrias, förlust av identitet* och *osäkerhet inför barnet*. Hur kvinnorna som drabbats av PPD upplever vården de erhåller kunde delas in i tre underkategorier; *hinder i vårdsökande, uppfattning om sjuksköterskans roll* och *behov av individualiserat stöd*.

Under processen med granskning och analys av artiklarna framkom att de flesta artiklar satte PPD i relation till det lands kultur i vilken studien genomfördes. Detta mönster framkom så tydligt att det förtjänade lyftas som en egen del av resultatet. Detta presenteras som *kulturella aspekter på PPD*.

### **Kvinnans upplevelse av PPD**

#### *Förväntningar som inte infrias*

Flera studier visar att gemensamt för kvinnor med PPD är en känsla av förväntningar på moderskapet som inte infrias (Chan & Levy, 2004; Barr, 2008, Bilszta, Ericksen, Buist & Milgrom, 2010, Edhborg, Friberg, Lundh & Widström, 2005). Genom djupintervjuer med 11 australiensiska kvinnor som diagnosticerats med PPD kunde Barr (2008) konstatera en försenad anpassning till den sociala rollen som mamma, vilket av Barr (2008) benämns som *”delayed maternal adaptation”*. Med fokus på kinesiska mammor bosatta i Hong Kong har Chan & Levy (2004) genomfört djupintervjuer med 35 kvinnor som vårdats under en längre

tid i öppenvården för PPD. En av slutsatserna av denna studie är att kvinnorna upplever en överväldigande känsla av hopplöshet relaterat till att verkligheten inte stämmer överens med den bild de hade av moderskapet.

När den totala lyckan, som många förväntade sig, inte infinner sig präglas mamman av skuld och självföreläse om att inte vara en tillräckligt bra mamma till sitt barn konstaterar Edhborg et al. (2005) efter intervjuer med 22 nyblivna mammor i Sverige. Detta gäller, enligt Bilszta et al. (2010) som genomfört fokusgrupps-intervjuer med 40 kvinnor i Australien, framförallt kvinnor som inte tidigare känt oro inför sitt kommande föräldraskap. Dessa kvinnor uttryckte en känsla av att inte ha någon anledning att inte må bra efter att ha fått sitt barn (ibid.).

Kvinnorna med PPD upplever sig vara annorlunda, såväl jämfört med andra mammor i bekantskapskretsen som med den ideala bilden av moderskapet (Barr, 2008; Edhborg et al. 2005). Kvinnorna uttryckte att en bra mamma borde vara lycklig över sitt friska barn, vara tålmodig, stark och organiserad samt sätta barnets behov före sina egna (Barr, 2008; Bilszta et al. 2010; Edhborg et al. 2005). Detta leder till att kvinnan med PPD försöker agera så som de upplever förväntas av dem och spelar lyckliga för att dölja känslan av att ha misslyckats som mamma (Bilszta et al. 2010; Edhborg et al. 2005).

### *Förlust av identitet*

Ett tema som framkommer i flera studier är kvinnornas kamp med att anpassa sig till den nya identitet som moderskapet innebär (Vik & Hafting 2012; Edhborg 2005, Barr, 2008). De 15 nyblivna mammorna som Vik och Hafting (2012) genomfört intervjuer med uttryckte att förändringen barnafödandet förde med sig påverkade kvinnans identitet långt mer än andra förändringar i livet, såsom exempelvis nytt jobb. Kvinnorna beskriver en förlust av det forna jaget som de inte varit beredda på (ibid.). Enligt Barr (2008) fastnar kvinnorna i en övergångsfas där kvinnan inte längre identifierar sig som den hon var innan barnafödandet men samtidigt inte, på grund av sin PPD, funnit sig tillrätta i den nya identiteten som mamma.

Enligt Edhborg et al. (2005) beskriver kvinnorna det som en kamp att skapa en ny identitet och upplever därmed att de blivit osynliga, då moderskapet inte genererar samma bekräftelse jämfört med identitet kopplat till arbete. Dessa känslor är för många kvinnor skamfyllda och är, enligt Vik och Hafting (2012), något kvinnorna helst inte velat erkänna varken för

omgivningen eller inför sig själva. Att längta tillbaka till sitt arbete och den identitet detta inneburit upplevs inte vara socialt accepterat (ibid., Edhborg et al., 2005). För att kompensera detta av kvinnorna upplevda tillkortakommande uppgav många att de la mycket energi på att hålla fasaden av en "lyckad mamma" uppe - "smile through it" som en av mammorna Vik och Hafting (2012) intervjuat uttryckte det.

### *Osäkerhet inför barnet*

För många kvinnor med PPD är det en enorm stress att behöva vara ensam med sitt barn (Edhborg et al. 2005; Bilszta et al. 2010). Enligt Chan & Levy (2004), som genomfört djupintervjuer med 35 kinesiska kvinnor, rekryterade från en perinatal psykiatrisk avdelning i Hong Kong, uttryckte kvinnorna en känsla av att vara överväldigade av de ändlösa sysslorna kring barnet. Känslan att vara behövd av sitt barn blir närmast kvävande samtidigt som de flesta kvinnor uttryckte en stark oro och ångest inför tanken att något hemskt ska hända barnet (Chan & Levy 2004; Edhborgh et al. 2005). Om kvinnan stöter på svårigheter såsom exempelvis amningsproblem leder detta, enligt Bilszta et al. (2010), till en negativ spiral för kvinnans mående; känslan av att ha misslyckats i omhändertagandet av barnet leder till negativa tankar om den egna förmågan att vårda barnet och förväntningar på att misslyckas med allt.

Kvinnor med PPD beskriver bristande tilltro till sin förmåga att möta barnets behov av omsorg (Vik & Hafting, 2012). Detta gäller omfödernor såväl som förstagångsmammor. Mammor med mer än ett barn förväntade sig att bebisen skulle vara som tidigare barn och upplever att det är en stress att ha två eller fler barn med olika behov. Dessa kvinnor uttryckte frustration och skam över att inte räcka till som mamma, grundat i att de som flergångsföräldrar borde ha kontroll översituationen (ibid.).

## **Kvinnans upplevelse av vården**

### *Hinder i vårdsökande*

Många kvinnor inser att de drabbats av PPD först när sjukvården, genom screening, uppmärksammat deras mående (Chan & Levy 2004; Bilszta et al. 2010). Enligt Letourneau et al. (2007) uppger en stor del av kvinnorna sig själva som det största hindret i vårdsökande. Känslor av skam och skuld leder till ett försök att förneka eller bortförklara sitt mående för att

slippa söka hjälp. Att bli överväldigad av känslor är i sig något som hindrar hjälpsökandet (Bliszta et al. 2010). I syfte att identifiera vilket stöd och vilka omvårdnadsåtgärder kvinnor själva önskar intervjuade Letourneau et al. (2007) totalt 52 kanadensiska kvinnor både enskilt och i grupp. Kvinnorna kom både från glesbygd och från tätort. Många av dessa kvinnor hoppas att deras mående ska förbättras av sig själv och diskuterar helst inte detta med andra mammor i bekantskapskretsen (ibid.). Tillgängliga behandlingar var antidepressiva mediciner, psykoterapi, Kognitiv Beteende Terapi (KBT) och stödgrupper men man räknar med att mindre än 50 % söker hjälp (ibid.).

Rädsla för läkemedelsbehandlingens eventuella biverkningar på barnet och läkemedelsberoende samt en tro att det går över av sig själv uppger många kvinnor vara anledningen till att de inte söker hjälp (Letourneau et al., 2007; Shakespeare et al., 2006; Chan & Levy 2010). Att vården nyttjas så lite tyder, enligt Letourneau et al. (2007), på att den inte möter kvinnornas behov eller deras behandlingsönskemål. Kvinnor upplever att de får olika råd från samma vårdinrättning, vilket förvirrar ytterligare.

### *Uppfattning om sjuksköterskans roll*

De egenskaper hos sjuksköterskan som värderas av kvinnor som vårdats inneliggande för PPD är empati, vänlighet, kunskap om alternativ som står till buds, god lyssnare, tillgänglig och behjälplig genom att t.ex. ringa samtal å hennes vägnar, göra hembesök och ”mothering the mother” (Bliszta et al. 2010; Robertson, Curtis, Lasher, Jacques & Tom, 2013). Robertson et al. (2013) genomförde en retrospektiv online-undersökning med öppna frågor om PPD hos kvinnor med fler än ett barn. Totalt svarade 127 kvinnor i åldrarna 20-50 år. De som upplevde att behandlingen varit framgångsrik vid föregående episod kunde med denna medvetenhet förebygga liknande erfarenhet med hjälp av läkemedel och tillgängligt stöd från vårdpersonal och anhöriga. Studien försöker slå hål på myten att tidigare psykisk ohälsa är en indikation på PPD. Däremot visade den att det finns en risk på 60 % att drabbas igen om man haft PPD efter första förlossningen (ibid.).

För att finna rätt stöd behöver fokus snabbt flyttas från diagnosen till förståelse för den enskilda kvinnans reaktion och orsaker till psykisk ohälsa (Robertson et al., 2013).

Kvinnorna kände behov av mer än en metod för att lindra symtomen: hjälp från vårdpersonal, och andra professioner, familj och vänner, självhjälpgrupper och förstå barnets beteende.

Stöd från familjen ökade patientens mottaglighet för stöd från sjukvården (ibid.). Att relationen till vårdpersonal finns kvar även efter remittering vidare ansåg många kvinnor vara värdefullt då de uttryckte behov av uppföljning och sammanhållning (ibid; Bilszta et al. 2010).

För en kvinna som drabbas av PPD efter första barnet är sättet på vilket hon blir bemött och behandlad avgörande för om hon söker hjälp efter följande förlossning (Robertson et al., 2013.). Kvaliteten på information och bemötande från sjukvården är det kvinnorna överlag var mest missnöjda med. Även om personalen var vänlig och positivt inställd till patienterna önskade kvinnorna mer individuellt stöd gällande omsorgen av barnet och amning (ibid; Edhborg et al. 2005; Buultjens & Liamputtong, 2007).

Buultjens och Liamputtong (ibid.) genomförde sin studie på en sluten avdelning för mammor med PPD som vårdades med sina barn i en s.k. ”mother and baby unit” på ett större sjukhus i Victoria, Australien, i syfte att lyfta fram kvinnors egna berättelser om upplevelser, förväntningar och den följande depressionen. Totalt 10 kvinnor djupintervjuades enskilt. Många upplever brist på stöd socialt, varför behovet av professionellt stöd, någonstans att vända sig är så viktigt och leder till minskat behov av slutenvård (ibid.). Ordningen är viktig: störst är behovet avlastning i hemmet, sen information, innan kvinnan kan ta till sig känslomässigt stöd och bekräftelse. Även telefonstöd efterfrågas, men bara om den finns dygnet runt (Letourneau et al. 2007).

### *Behov av individualiserat stöd*

Studier har visat att kvinnor tycker att hjälp som erbjuds vid PPD är svårtillgänglig och inte alltid motsvarar deras behov (Robertson et al., 2013, Letourneau et al., 2007). De säger sig vilja att få hjälpen i hemmet. I Storbritannien är det vanligtvis en Health Visitor (HV) som har hand om eftervården av mammor och barn efter förlossningen (Shakespeare, Blake & Garcia 2006). Författarna gjorde djupintervjuer med 39 kvinnor listade på 22 olika vårdcentraler i syfte att utröna hur de upplevde ”Listening visits” (LV). HV besöker mamman och barnet i hemmet ca 10 dagar efter hemkomst. Därefter träffar mamman HV på Baby clinics, vilket kan sägas motsvara vårt BVC. Kvinnor har, enligt Shakespeare et al. (2006), väldigt olika upplevelse av att bli hjälpta av hembesök. Överlag upplevde inte kvinnorna LV som terapi eller behandling mot PPD och tyckte att det bidrog till återhämtningen i ringa omfattning. Orsaker till detta uppgavs vara att personkemin inte stämde och att HV inte presenterade sin



kompetens varför kvinnorna inte heller pratade med dem om sina känslor. Kvinnorna accepterade inte den medicinska förklaringen till sitt lidande och accepterade heller inte den erbjudna hjälpen. De ser inte sig själva som deprimerade och söker motvilligt hjälp. LV kan t.o.m. försena hjälpsökande ytterligare om inte hjälpen presenteras och kan diskuteras öppet vid besöken (ibid.).

Utan en interdisciplinär grupp med allmänläkare, terapeut och psykiatriker blir bördan för de enskilda HV för stor, menar Shakespeare et al. (2006). Enligt Shakespeare et al. (ibid.) och Robertson et al. (2013) råder det brist på slutenvård för mor och barn. Kvinnor behöver en tydlig diagnos och kunskap om behandlingsalternativ (Letourneau et al., 2007). Barr (2006) menar att samtal i syfte att vidga kvinnans perspektiv på moderskapet, oavsett omgivningens syn på detsamma, hjälper henne att finna sig till rätta i sin nya roll som mamma.

Med fokus på återhämtningsprocessen för kvinnor med PPD hos taiwanesiska kvinnor intervjuade Chen et al. (2005) 23 kvinnor från 3 olika sjukhus där de vårdats för PPD. Sjuksköterskans främsta roll, enligt denna studie, är att lyssna och på så sätt stödja kvinnan när hon anpassar sig till sin nya roll som mamma och samtidigt behålla sin gamla identitet.

### **Kulturella aspekter på moderskap och PPD**

Utifrån de granskade studierna tycks symtomen på PPD, upplevelse och behov vara ganska snarlika oavsett vilket land eller kultur studien är genomförd i. Utgångspunkten i studien av Chan och Levy (2004) var att kinesiska kvinnors erfarenheter av PPD inte nödvändigtvis kan liknas vid den hos kvinnor från andra etniska grupper. Emellertid uttryckte kvinnorna i denna studie liknande känslor inför det egna upplevda misslyckandet som kvinnor i såväl Sverige, Australien och USA (Edhborg et al. 2005; Barr, 2008; Robertson et al., 2013).

Studier genomförda i Hong Kong, Sverige, Australien, USA och Storbritannien lyfter att bristen på engagemang och intresse från partners sida förstärker symtomen (Chan & Levy 2003; Edhborg et al., 2005; Chen et al., 2005, Bilszta et al., 2010). Kvinnorna som Edhborg et al. (2005) intervjuat uppger att de lagt ner mycket energi på att försöka göra partnern mer delaktig i barnets omvårdnad för att trygga en bra anknytning mellan far och barn.

Oates et al. genomförde 2004 en studie av nyblivna mammor, närmast anhöriga och vårdpersonal, i 11 länder och på totalt 15 center. Syftet var att utveckla en metod för att

utröna om PPD är allmänt erkänt och beskrivet samt undersöka människors syn på vård och andra insatser. I studien framkom bland annat att det i Sydostasien förekommer en tradition kallad ”doing the month”; kvinnan blir omhändertagen i ca 40 dagar efter barnafödande (Oates et al., 2004; Buultjens & Liamputtong, 2007). Denna period omfattar skyddande ritualer av den ömtåliga nya mamman som t.ex. hjälp i hemmet, vila och erkännande av hennes nya sociala status. Detta kan, enligt Buultjens och Liamputtong (2007), kunna orsaka lägre prevalens av PPD i asiatiska kulturer jämfört med länder i västvärlden. Det verkar dock inte som det finns någon kulturell orsak till, eller skydd från, PPD.

Kan det vara så att bristen på ritualer i västvärlden är orsaken till PPD undrade antropologerna på 80-talet (Oates et al., 2004). Studien Oates et al. (ibid.) genomförde bland drabbade, anhöriga och vårdpersonal, visade att de flesta mödrar och anhöriga såg brister i det psykosociala, sömnbrist och/eller problem med barnet som orsaken till PPD samt att behandlingen var ”någon att tala med”. Asiater boende i Storbritannien ansåg dock inte att inblandning av ”professionella” var lämpligt eller nödvändigt. Vårdpersonalgrupperna som intervjuades höll med om orsaken till PPD men hade annan åsikt när det gällde åtgärder och lyfte fram brister i vårdalternativ och kompetens hos vårdpersonal. Det som överraskade forskargruppen mest var vidden av okunskap hos vårdpersonal angående asiater boende i Storbritannien. Den asiatiska populationen sågs som ”speciell” men familjen upplevdes som en skyddande enhet medan kvinnorna själva såg den som orsak till lidandet och depression.

## Diskussion

### **Diskussion av vald metod**

Då studiens syfte är att belysa upplevelse av sjukdomstillståndet samt upplevelsen av den erhållna vården har endast artiklar av kvalitativ design inkluderats. En litteraturstudie överensstämmer då med målet att redogöra för befintlig kunskap på området genom att granska redan genomförda studier (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Till resultatdelen valdes 11 artiklar ut som ansågs tillräckligt representativa, då informanterna är väl beskrivna i samtliga studier och fanns vara tillräckligt heterogena för att vara generaliserbart på en större population. Det är möjligt att ett större urval av artiklar hade

möjliggjort en djupare och bredare bild av området. Att flest antal artiklar är hämtade från PubMed beror på att det var första databasen sökning genomfördes i. Många av de artiklar som hittades genom PubMed återfanns också som dubletter vid sökning i Cinahl och PsycINFO. Sökschemat hade således kunnat se annorlunda ut beroende på vilken databas sökningen inleddes med.

En svaghet i flera av de studier som inkluderats har varit att presentation av urval och bortfall inte redovisats tydligt. Det blir därmed svårt att avgöra vilka kvinnor som godkänt deltagande i studien men då dessa studier visar på likartade resultat har trovärdigheten ändå bedömts tillräckligt hög.

Endast en av inkluderade artiklarna är genomförd i Sverige. I några av de övriga tio har det bitvis varit svårt att tolka resultatet då sättet på vilken vården är organiserad för kvinnor med PPD inte varit tillräckligt beskrivet i studien. Detta har genererat ett merarbete i att först försöka sätta sig in i vilka vägar som finns in till vården i det aktuella landet för att därefter kunna tolka kvinnans upplevelse av vården.

Artiklarna hade ett fokus som överensstämde med det vi ämnade belysa. Studier som betonade faderns roll eller som la fokus på anknytning valdes bort. Även om de studier som valts för granskning kommer från olika delar av världen är urvalet troligtvis för litet för att generalisera resultatet globalt bl.a. då studier från länder i exempelvis Latinamerika och Afrika saknas.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Föreliggande studies resultat visar att kvinnors upplevelse av PPD till synes är global det som skiljer sig är tillgången och utbudet av vård samt kulturella hinder i vårdsökande. I studier på asiatiska populationer attribuerar kvinnorna sin depression till traditionen av ”doing the month” (Chen et al. 2006) - många upplever att de inte får vara ifred, och att övriga (kvinnliga) familjemedlemmar har för stort krav på inflytande vad gäller barnets omvårdnad. I västerländska studier är det å andra sidan bristfälligt socialt nätverk och avsaknaden av stöd faktorer som många kvinnor anger vara bidragande orsak till PPD (Edhborg et al. 2005). Samtidigt finns en stor grupp nyblivna mammor, i alla dessa kulturer, som lever under samma förutsättningar utan att utveckla PPD. Det tycks vara så att kvinnor som drabbas av PPD

upplever samma missnöje oavsett vilket sammanhang, eller vilka förväntningar de har på sig själv och sin omgivning.

Orem definierar, enligt Kirkevold (2000), i sin teori åtta universella egenvårdsbehov som individen måste kunna utföra för att förmå upprätthålla sin mänskliga funktion, se bilaga 1. För en kvinna med PPD kan särskilt (men inte exklusivt) två av dessa behöva uppmärksammas, *upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila* och *upprätthållande av balans mellan ensamhet och social interaktion* (ibid., s. 151). Resultatet i föreliggande studie visar att kvinnan, beroende på omgivningens inställning och förväntningar, är återhållsam med att uttrycka hur hon mår. Sjuksköterskan har där, i enlighet med Orem's omvårdnadsteori, en viktig uppgift att fylla: nämligen att varsamt utforska exempelvis balansen mellan *"aktivitet och vila"*.

Precis som det inte finns en ensam orsak till PPD kan det inte finnas bara en behandling, utan vården måste utgå från den drabbade. Det kvinnor själva framhåller är behov av individualiserat stöd vilket stämmer överens med Orem's omvårdnadsteori: att identifiera varje enskild patients behov och resurser. För den sjuksköterska som möter en kvinna med PPD gäller då att ta reda på om hon har en pågående vårdkontakt som hon har förtroende för, om denne kan hjälpa och stötta henne till behandling för PPD. Att erbjuda hembesök kan vara en av möjliga behandlingar men inte den enda. I vårt resultat har hembesök visat sig vara bra men kan inte ersätta behovet av vidare samverkan. Detta gäller särskilt för kvinnor med allvarliga eller kroniska besvär (Shakespeare et al. 2006).

Kvinnorna i Letourneau et al. studie (2007) ville ha det som i Storbritannien är standard, nämligen besök i hemmet. Intressant då att lyfta de brittiska kvinnornas upplevelse av dessa hembesök vilket är att LV till viss del upplevs som en kontrollverksamhet med ringa terapeutisk framgång, vilket undersökningen av Shakespeare et al. (2007) indikerar tillskillnad från Barr (2008) som hävdar att just samtal är den rätta metoden. Kvinnorna uppger att de vill ha: praktisk hjälp i hemmet, information och utbildning om PPD, bekräftelse och förståelse innan de är mottagliga för hjälp för PPD. Det är svårt att hitta hjälpen, och hjälpen som finns att tillgå är inte alltid den kvinnorna upplever behov av (Letourneau et al. 2007).

Intressant att notera är att trots att PPD inte, enligt inkluderade studier, anses vara ett stort problem i Sydostasien och forskningen om fenomenet inte förekommit förrän de senaste 10 åren finns vårdavdelningar för detta tillstånd på flera sjukhus. Paradoxalt nog har vi i Sverige mycket forskning kring PPD men det är svårt att hitta till vård. Region Skånes hemsida har exempelvis ingen information om PPD, jämfört med sökning på andra psykiatriska diagnoser som ger betydligt fler träffar (<http://www.skane.se>). På [www.1177.se](http://www.1177.se), Sveriges webbaserade sjukvårdsupplysning ges rådet att prata med BVC-sköterskan, vilket kan ses som problematiskt då många kvinnor, som framkommer av vårt resultat, ofta förnekar symtom inför sig själv och inte upptäcker sin depression.

På mother baby units (MBU) får mamma och barn vara tillsammans under behandlingen vilket minskar risken för skador som kan uppstå till följd av separation. Även om dessa rekommenderas i Australien, Kanada, Nya Zeeland, Storbritannien m.fl. europeiska länder så är de nästintill obefintliga (Shakespeare et al, 2006, Robertson et al. 2013). Sverige har inga mamma-barnavdelningar inom slutenspsykiatri för behandling av PPD vilka, om de fanns, skulle utöka kvinnornas vårdval och ge stöttning i anknytningen till sitt barn. Då depression påverkar den fysiska hälsan, som svårighet att balansera vila/aktivitet och att äta ordentligt (Horowitz & Goodman, 2004) är det viktigt med ett holistiskt angreppssätt på PPD. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska kvinnor med lätt till medelsvår egentlig depression efter förlossning behandlas med psykosocialt stöd, läkemedelsbehandling, fysisk aktivitet, psykologisk behandling eller personcentrerad counselling (Jonsson & Wohlin, 1999).

Flera studier lyfter kulturperspektivet (Buultjens & Liamputton, 2007; Chan & Levy, 2004; Chen et al. 2006; Oates et al. 2004), vilket är en intressant och viktig aspekt vid omvårdnad. Av tids- och utrymmesskäl gavs detta perspektiv enbart ytlig uppmärksamhet även om intresset för depressioners kulturella förtecken och olika kulturers syn på psykisk ohälsa och vård i ett mångkulturellt land som Sverige väcktes. Man kan fråga sig om förväntningen att vara lycklig efter att man fått barn är den samma i alla kulturer. Hur mycket ska till innan vi känner oss förtjänta av att känna lycka?

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Den här litteraturstudien kan inte sägas ge kunskap om hur den enskilda kvinnan som kommer in till psykiatri pga. PPD upplever sin sjukdom utan belyser snarare hur omfattande och mångfacetterad upplevelsen av PPD kan vara för de drabbade. Behovet av tillgång till

vårdplatser för nyblivna mammor med svår förlossningsdepression och hennes barn är överhängande. Flera studier i vårt resultat förordar fler alternativ för behandling av tillståndet än vad som för närvarande finns tillgängligt (Buultjens & Liamputtong, 2007; Shakespeare et al, 2006, Robertson et al. 2013).

Perinatal psykiatri kan sägas vara ett utvecklingsområde inom psykiatrin; för att främja hälsan hos mammorna men också barnens utveckling vilken är avhängig en god anknytning till föräldrarna (Barr, 2008). Vårdpersonal behöver överlag bli bättre på kännetecknen, de bör ifrågasätta behandlingar, sociala påtryckningar och orealistiska förväntningar på mamman i enlighet med ICNs etiska kod (2006). Då kvinnor med PPD förnekar eller inte inser att de har en depression, är det viktigt att sjuksköterskor i alla verksamheter är uppmärksamma på symtom hos nyblivna mammor. Specialiserade perinatal psykiatriska avdelningar behövs på sjukhus eller speciell perinatal psykiatrisk enhet som tar över efter utskrivningen tills familjen är lugn och mamman känner att hon klarar sig.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Under arbetet med resultatet har författarna gemensamt, efter inläsning enskilt, diskuterat vilka tema som framkommer från valda studier. Samtliga rubriker under diskussion och slutsatser har skrivits gemensamt. I arbetet med resultatdiskussionen har anteckningar, som författarna fört separat under hela processen, varit till stor nytta.

## Referenser

- Almond, P. (2009) Postnatal depression: A global public health perspective, *Perspectives in Public Health*, 5: 221-227
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M., S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Rucci, P. & Cassano, G., B. (2011) From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry* 4:343-351
- \*Barr, J-A (2008) Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study, *International Journal of Nursing Studies*, 45:362–369
- Bernazzani, O., Marks, M.N., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P. & Conroy, S. (2005) Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME): recent life adversity, social support and maternal feelings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40: 497-508
- \*Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A. & Milgrom, J. (2010) Women’s experience of postnatal depression-beliefs and attitudes as barriers to care, *Australian journal of advanced nursing*, 27:44-54
- \*Bultjens, M., Liamputtong, P. (2007) When giving life starts to take the life out of you: women’s experiences of depression after childbirth, *Midwifery* 23:77–91
- \*Chan, S. & Levy, V. (2004) Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women, *Journal of Clinical Nursing*, 13:120–123
- \*Chen C.-H., Wang S.-Y., Chung U.-L., Tseng Y.-F. & Chou F.-H. (2006) Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women, *Journal of Advanced Nursing* 54 (4), 450–456
- Cox, JL., Holden, JM & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150:782-786
- \*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*, 33: 261-267

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. & Holmes, W. (2012) Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 90:139-149

Folkhälsoinstitutet (2003) Post partum depression <http://www.fhi.se/PageFiles/3227/2003-59-Post-partum-depression.pdf>

Herrera, E., Reissland, N., & Shepherd, J. (2004) Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period, *Journal of Affective Disorders* 81 29–39

Horowitz, J. A & Goodman, J. H (2005) Identifying and treating postpartum depression, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 34; 264-273

*ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2006)*

Jonsson, E. & Wohlin, AM (1999) *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar* hämtad från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad\\_depression\\_1999/SSF\\_depres\\_bil2.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_depression_1999/SSF_depres_bil2.pdf) 2014-03-27 13.18

Josefsson, A & Sydsjö, G (2007) A follow-up study of postpartum depressed women; recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of womens mental health*. 10: 141-145

Kingston, D., Tough S. & Whitfield, H (2012) Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review, *Child Psychiatry and Human Development* 43:683–714

Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund, Studentlitteratur

Kjellström (2012) Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 69-94) Lund, Studentlitteratur

\*Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C-L., M. Rinaldi, C. & Stoppard, J. (2007) Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression, *JOGNN*, 36:441-449

\*Oates, R. M., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., Gorman, L.L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M. H., Klier, M. C., Seneviratne, G., Smith, M., Sutter-Dallay, A-L., Valoriani, V., Wickberg, B. & Yoshida, K. (2004) Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184 10-16



Patel, S., Wittkowski, A., Fox, J.R.E & Wieck, A. (2013) An exploration of illness beliefs in mother with postnatal depression. *Midwifery*, 29:682-689

Pitt, B. (1968) "Atypical" Depression Following Childbirth. *The British Journal of Psychiatry* 114:1325-1335

\*Robertson, P., Curtis, R., Lasher, R., Jacques, S. & Tom, S-J. (2013) Experiences of postpartum mood disorders of women with more than one child, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(4) 435-442

Rosén, M. (2012) Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s.429-444) Lund, Studentlitteratur

Scott, D. (1992) Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. *Child abuse and neglect* 16 (3) 345-358

\*Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J (2006) How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study, *Journal of reproductive and infant psychology*, 24:149–162

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*

Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund, Studentlitteratur

Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P & Tarkka, M-T, (2013) Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression. *Primary Health Care* Feb; 23 (1): 26-31

\*Vik, K & Hafting, M (2012) "Smile through it!" Keeping up the façade while suffering from postnatal depressive symptoms and feelings of loss: findings of a qualitative study, *Psychology*, 3:810-817

Wan, M-W., Sharp, D. Howard (2011) Attitudes and adjustment to the parental role in mothers following treatment for postnatal depression, *Journal of affective disorders* 131: 284-292

Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H. & Tanaka K. (2008) Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Sep; 26 (3): 206-212

Wickberg, B (2005) Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid – en metod för mödrahälsovården. I B. Sjögren (Red.) *Psykosocial obstetrik* (s.71-88) Lund, Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur

Woolhouse, H., Gartland, D., Hegarty, K., Donath, S. & Brown, S. (2012) Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *British Journal Obstetrics and Gynecology*. 3;15-23

Åsberg, M & Mårtensson, B (2009) Förstämningssyndrom. I J, Herlofson et al. (red) *Psykiatri* (s. 305-333) Lund, Studentlitteratur.

[http://mesh.kib.ki.se/swemesh/about\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/about_se.cfm)

## Universella egenvårdsbehov

Orems åtta universella egenvårdsbehov enligt Kirkelvold (2000, s. 151)

1. *Upprätthållande av adekvat syreupptagning*
2. *Upprätthållande av ett adekvat vätskeintag*
3. *Upprätthållande av ett adekvat födointag*
4. *Omvårdnad med avseende på eliminationsprocesser och exkrementer*
5. *Upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila*
6. *Upprätthållande av balans mellan ensamhet och social interaktion*
7. *Förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande*
8. *Främjande av mänskligt funktion och utveckling inom en social gemenskap, alltefter individens potential, kända mänskliga begränsningar och människans önskan om att vara normal.*

## Bilaga 2 (2)

Författare, titel och tidskrift	Syfte	Metod	Urval/Bortfall	Resultat	Kvalitet
Barr, J-A. Australien 2006  Postpartum depression, delayed maternal adaption and mechanical infant caring: a phenomenological hermeneutic study.  International journal of nursing studies	Beskriva hur det är att bli mamma och hur PPD påverkar.	Fenomenologisk hermeneutisk studie. Djupintervjuer.	11 kvinnor, 20-34 år. Rekryterade via ”general practitioners”, tidningar och stödgrupper. Strategiskt slumpade.	Mammor med PPD fastnar i en övergångsfas, har svårt att finna sig tillrätta i modersrollen.	Bra
Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A. & Milgrom, J. Australien 2010  Womens experiences of postnatal depression – beliefs and attitudes as	Hur uppfattningar om, och attityder till PND påverkar hjälpsökande.	Intervjuer i fokusgrupper.	40 kvinnor, 27-47 år, via öppenvård och stödgrupper	Åtta teman; Förväntningar på moderskapet, Rädsla för misslyckande, Stigma och förnekelse, Bristande kunskaper om PND, Interpersonellt stöd, Svårigheter att vårda barnet, Hinder i hjälpsökandet, Sjukvårdspersonalens viktiga roll.	Medel

---

barriers to care.

Australian journal of  
advanced nursing.

---

Buultjens, M., Liamputtong, P.  Australien  2007  ”When giving life start to take the life out of you: women’s experiences of depression after childbirth”  Midwifery (2007) 23, 77-91	Lyfta kvinnors berättelse om sina förväntningar på barnafödande och den följande depressionen.	Kvalitativ studie. Individuella semi- strukturerade intervjuer med öppna frågor som tillät kvinnorna att uttrycka sig fritt. Samma person genomförde samtliga intervjuer som varade i ca 1 timme.	10 kvinnor valdes från en Mamma-barnavdelning på ett av de största sjukhusen i Australien. Kvinnorna var mellan 28 och 40 år gamla, olika kristna inriktningar. 9 av 10 var gifta, de flesta hade högre utbildning och ganska bra ekonomi.	Det finns flera faktorer till PPD. Stor diskrepans råder mellan kvinnors (och samhällets) förväntningar på mödrskapet och den faktiska upplevelsen. Många kände inte till att hjälp fanns, men även de som visste sökte inte hjälp pga skamkänslor. Pat. upplevde otillräckligt stöd från ssk på BB som de ansåg bidrog till PPD.	Medel
Chan, S & Levy, V.  Hong Kong  2004  Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group Hong Kong Chinese women.	Beskriva upplevelsen av PND (Postnatal depression) hos kinesiska kvinnor I Hong Kong. Upplevda orsaker till PND och identifiera hjälsökande- beteende.	Djupintervjuer, semi- strukturerade.	35 kvinnor, 20-40 år, rekryterade via PND- klinik.	Finns likheter i upplevelse med tidigare studier från länder i väst. Upplevelse av förvirring, hjälplöshet och kontrollförlust. Stigmatisering och brist på kunskap hindrar hjälpsökande.	Bra

---

Journal of clinical nursing					
Chen, C-H., Wang, S-Y., Chung, U-L., Tseng, Y-F & Chou F-H	Att beskriva hur kvinnor i Taiwan återhämtar sig från PPD.	Kvalitativ studie, där kvinnor tillfrågades att fylla i ett BDI-formulär efter förlossningen. De 23 som valdes blev senare intervjuade vid upprepade gånger 1 ggr/månad tills de ansågs ha nått återhämtning (<10 p på BDI)	23 (bortfall 20) kvinnor i åldrarna 19-38 valdes från 3 universitets sjukhus i södra Taiwan. Deltagarna hade fått mer än 16 poäng på BDI-skalan 6 veckor efter förlossning. (BDI-Beck Depression Inventory)	Studien fokuserade på återhämtningsprocessen. Man fann 4 steg i processen till återhämtning: a) rollförlust b) känna sig inträngd i ett hörn, c) kämpa för sin integritet d) återfå känsla av vitalitet Den traditionella familjesammansättningen med ojämlig maktfördelningen mellan kvinnan och hennes svärföräldrar (svärmor) är en källa till svårigheter för kvinnan då hon sällan får stöd från sin man.	Bra
Taiwan					
2005					
”Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women”					
Journal of Advanced Nursing 54 (4), 450-456					
Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W. & Widström, A-M.	Beskriva hur kvinnor med symptom på PPD upplever de två första månaderna med barnet.	Grounded theory. Intervjuer	22 kvinnor, 20-42 år, rekryterade via postnatal vård- avdelning. 224 gjorde EPDS-test. 46 ansågs ha PPD, varav 22 hade mellan 10-23 p och intervjuades.	Överväldigande känslor av misslyckande, besvikelse och misslyckande. Livet upplevs som en kamp: självbild, barnet och partnern drabbas.	Bra
Sverige					
2005					
”Struggling with life”: Narratives from women with signs of postpartum depression.					

Letourneau, N., Duffet-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C-L., Rinaldi, C. M. & Stoppard, J.  Kanada  2007  ”Canadian Mothers’ Perceived Support Needs During Postpartum Depression”  JOGNN 36, 441-449	Studien vill identifiera behov av stöd, tillgängliga resurser, hinder för att söka sig till/använda dessa resurser och vad kvinnor med PPD föredrar för typ av interventioner.	Deskriptiv studie, byggd på kvalitativt framtagen information. Först genomfördes individuella semi-strukturerade intervjuer i hemmen, därpå följde gruppintervjuer på universitetet.	Både bekvämlighet och ändamålsenliga tekniker användes vid urval av 52 kvinnor från de Kanadensiska provinserna Alberta och New Brunswick som tidningsannonser, annonser på vårdcentraler och hos psykiatriker, BB, akutmottagningar och barnavårdsenheter.	Studien visar att kvinnorna ville ha praktisk hjälp i hemmet och med barnet, pedagogisk hjälp – att förstå PPD, bekräftelse och förståelse från någon som ”varit där” och kunde inge hopp om att det blir bättre. Alla upplevde att det var svårt att hitta till hjälpen.	Bra
Oates, M. R., Cox, J.L., Neeman, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N, Figueiredo, B. Gorman L. L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Seneviratne G., Smith, M., Sutter-Dallay, A-L., Valoriani, V., Wickberg, B. & Yoshida, K.  Storbritannien	Att finna svar på om PPD är en upplevelse som delas av kvinnor universellt, med liknande uttryck och symtom eller ej, eller om PPD enbart finns i västvärlden.	Kvalitativ metod, Djupintervjuer med 1) mammor, 2) pappor, far/morföräldrar och 3) vårdpersonal.	4-6 kvinnor 3 pappor och 3 far/morföräldrar och 3 sjuksköterskor (?) och 3 chefer/administratörer Deltog från vart och ett av de totalt 15 centren.	Det faktorer som bidrog till glädje/lycka under graviditeten var inte nödvändigtvis de samma som bidrog till lycka efter förlossningen. Kvinnorna upplevde samma känslor i samtliga länder (Frankrike, Irland, Italien, Sverige, USA, Uganda, Storbritannien, Japan, Portugal, Österrike och Schweiz.	Medel

---

---

2004

”Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study”

BJN 184:s10-s16

---

Robertsson, P., Curtis, C., Lasher, R., Jaques, S. & Tom, S.	Fokusera på upplevelsen av PMD (postpartum mood disorders) hos kvinnor med mer än ett barn. Förstå komplexiteten i sjukdomen.	Fenomenologisk studie. Frågeenkät online.	127 kvinnor med >1 barn. 252 gjorde online enkäten och de (n=127) som fött mer än ett barn inkluderades i analysen.	60% hade PMD efter >1 förlossning. Upplevelse av emotionell labilitet och ångest/osäkerhet dominerade. Få kvinnor upplevde att sjukvården tog symtomen på allvar.	Medel
USA					
2013					
“Experiences of Postpartum mood disorders of women with more than one child”					
The family journal.					
Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J.	Hur kvinnor upplever kurativa hembesök.	Kvantitativ/kvalitativ studie. 39 kvinnor deltog i djupintervjuer bestående av öppna frågor med författare 1 och en psykiater.	Health visitors, – sjuksköterskor eller barnmorskor som gör hembesök, från 22 ”vårdcentraler” gjorde EPDS bedömning av kvinnor vid 8 veckor resp. 8 månader, genomförde hembesök förutom hos dem som kände sig	Kvinnorna hade inte upplevt dessa hembesök ”listening visits” som terapi och tyckte att dessa hade en marginell inverkan på tillfrisknandet. Behandlingen effektivitet beror på om kvinnan själv valt behandlingsalternativ och behandlare. Det behövs inläggningsmöjligheter för	Bra
Storbritannien					
2006					
”How do women with postnatal depression experience listening					

---



visits in primary care? A qualitative interview study		obekväma med att delta.	kvinnor med PPD.
Journal of reproductive and infant psychology, 24, 149-162			
Vik, K. & Hafting, M.	Kvalitativ studie	45 intervjuer genomfördes, de 15 som ingår i studien fick 8 p eller mer på EPDS.	Man fann att det finns 3 övergripande teman 1) förlust av identitet 2) förlust av självförtroende och 3) förlust av förmågan till egenvård.
Norge			
2012			
”Smile through it!” Keeping up the facade while suffering from Postnatal depressive symptoms and feelings of loss: Findings of a qualitative study			
Psychology, Special Issue, 810-817			