



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **”SUCK IT UP, BABIES SCREAM.”**

Vårdens bemötande vid postpartumdepression

**Erika Cras & Emelie Klanac**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Åsa Premberg
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Lilas Ali för stöd och råd när det behövts som bäst.

Vi vill även tacka våra makar som bidragit med tips och bra språk.

Till sist vill vi tacka varandra för att vi jobbar så bra ihop!

Titel (svensk)	”Suck it up, babies scream.” –Vårdens bemötande vid postpartumdepression
Titel (engelsk)	”Suck it up, babies scream.” – Mediacal staff’s treatment of women suffering from postpartum depression
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjusköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare	Erika Cras & Emelie Klanac
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Åsa Premberg

---

## Sammanfattning:

**BAKGRUND:** Enligt WHO drabbas 14-20% av barnafödande kvinnor av postpartumdepression (PPD). Det finns flera olika omständigheter som kan trigga PPD, så som hormonell rubbning, negativ förlossningserfarenhet och tidigare psykisk ohälsa. Några symptom för PPD är exempelvis sömnstörningar, nedstämdhet, oro och ångest. I vissa fall kan PPD även leda till självskadebeteende och i värsta fall suicid. Det är viktigt att all omvårdnadspersonal har kunskap om diagnosen. Travelbee menar att lidandet är allmänmänskligt och där kan sjuksköterskan finna sympati för den drabbade. **SYFTE:** Syftet med denna litteraturstudie är att belysa kvinnors upplevelse av vårdpersonalens bemötande då de drabbats av PPD. **METOD:** I denna metasyntes användes tio artiklar från databaserna Cinahl och Pubmed, som granskades enligt mall och valdes ut för att svara mot syftet. Fem subteman kunde utläsas; Amningspress, Normalisering, God relation, Bekräftelse samt Kunskap. Två huvudteman identifierades även; Vårdrelaterat lidande samt Omvårdnadsbehov vid PPD. **RESULTAT:** Att omvårdnadspersonal normaliserar en kvinnas upplevelser och känslor förvärrar hennes lidande, likaså det stigma som samhället skapar kring amning och mödrars förväntade beteende. En kvinna som drabbats av PPD har behov av goda vårdrelationer där hon kan känna tillit för att kunna öppna sig, bli bekräftad och förstådd. Det är även vitalt att få kunskap om PPD och vilka behandlingar som finns att tillgå för att hjälpa henne att hantera sitt mående och bli frisk från sin sjukdom. **SLUTSATS:** Vården kan bidra med både ett ökat och ett lindrat lidande för den drabbade kvinnan. Många kvinnor känner sig stigmatiserade och normaliserade av vårdpersonal på ett negativt sätt, och det är viktigt att skapa en god vårdrelation med dessa kvinnor som bygger på tillit, kunskap, bekräftelse och förståelse.

Nyckelord: Postpartumdepression (PPD), Bemötande, Upplevelse, Omvårdnad

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Postpartumdepression.....	1
Konsekvenser av PPD.....	1
Risk- och utlösande faktorer .....	1
Nationella riktlinjer vid PPD .....	2
Omvårdnad vid PPD.....	3
Travelbee's omvårdnadsteori.....	3
Lidande .....	4
Interaktion .....	4
Tidigare forskning .....	5
Problemområde.....	5
Syfte .....	5
Metod .....	5
Datainsamling.....	5
Urval .....	7
Analys.....	7
Resultat.....	8
Vårdrelaterat lidande .....	8
Amningspress.....	8
Normalisering .....	8
Omvårdnadsbehov vid PPD.....	9
God relation .....	9
Bekräftelse .....	10
Kunskap .....	10
Diskussion .....	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion .....	12
Slutsats.....	14
Vidare forskning .....	14
Implikationer.....	14
Referenslista .....	15
Bilaga 1 - Artikelgranskning.....	

# Inledning

Tre av tio personer ur Sveriges befolkning kommer någon gång under sin livstid att drabbas av psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014a). Som sjuksköterska kommer man sannolikt att komma i kontakt med patienter som drabbats av detta, oberoende av arbetsplats eller eventuell vidareutbildning. När vi har varit ute på praktik eller arbetat inom vården har vi uppfattat att det finns okunskap och en stigmatisering kring patienter med psykisk ohälsa. Detta faktum är oroväckande då vården ska behandla alla individer likvärdigt och skapa trygghet för de som är i behov av detta. Därför är det viktigt att uppmärksamma omvårdnaden och bemötandets betydelse för denna breda patientgrupp. Vi vill som framtida grundutbildade sjuksköterskor känna oss trygga med att vår kompetens är tillräcklig när vi möter personer inom vården som är i behov av stöd. Med denna litteraturstudie vill vi belysa de svårigheter som postpartumdeprimerade kvinnor möter inom vården, samt vilka behov dessa kvinnor har i mötet med sjuksköterskan. Vi har olika bakgrund inom vården och varierande förförståelse för ämnet postpartumdepression. Vi är dock likvärdigt måna om att sätta kvinnan som norm och i fokus. Alltför mycket forskning har mannen som utgångspunkt och vi vill belysa ett problematiskt ämne kopplat till kvinnans lidande.

## Bakgrund

### Postpartumdepression

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) drabbas 14-20% av kvinnor som föder barn av postpartumdepression (PPD). Detta är en depression som utvecklas inom det första halvåret efter barnets födelse. Män kan även drabbas av detta tillstånd, även om det största antalet insjuknade är kvinnor. Symptom på PPD kan t.ex. vara nedstämdhet, extrem trötthet, irritabilitet, sömnsvårigheter och oro (Askén, 2012). Fullt tillfrisknande från depressionen är oftast att förvänta några månader upp till något år efter förlossning. En kvinna som drabbats av PPD efter en graviditet behöver inte drabbas igen vid nästa barns födelse, men en del kvinnor upplever samma symptom varje gång (WHO, 2002). Ungefär hälften av alla föderskor drabbas av "Baby Blues" kort efter förlossning. Detta tillstånd liknar PPD i symptomen, men pågår endast ett fåtal dagar (Kendall-Tackett & Kantor, 1993). I Sverige drabbas 10-15% av alla föderskor av depression (Askén, 2012).

### Konsekvenser av PPD

Om en depression är utdragen kan anknytningen till barnet inte utvecklas normalt eller utebli helt. Ifall kvinnan inte har stöd av andra vuxna i sin närhet, löper barnet risk att inte utvecklas lika väl kognitivt jämfört med andra barn (Skärsäter, 2014b). Då depressionens längd har visat sig ha en avgörande roll i hur barnet utvecklas är det av vikt att en drabbad mamma inte blir försummad av vården (Skärsäter, 2010). Dåligt samvete är något som följer mödrar med PPD, och den känslan ökar då dessa kvinnor ibland får tankar om att skada sitt barn. En översiktsartikel visar att många kvinnor nämner dessa tankar som något fruktansvärt för henne, och tankarna leder ofta till dåligt samvete. Samma artikel redovisar även en studie där åtta av tio kvinnor med PPD någon gång under depressionens gång tänkt tankar på att skada sitt barn (Beck, 2002).

### Risk- och utlösande faktorer

Risikfaktorer vid PPD anses vara att kvinnan inte har tillräckligt med stöd under de första månaderna efter förlossning. Tidigare psykisk ohälsa och en dålig upplevelse vid förlossning

sågs även vara utlösande faktorer för PPD (WHO, 2002). Andra betydelsefulla riskfaktorer för PPD är att leva i en dålig relation, upplevelser av stressande livshändelser samt att sakna ett starkt socialt nätverk. Dålig självkänsla, oplanerad eller oönskad graviditet och hur barnet mår och kan också utlösa PPD. Det har även setts att arbetslösa kvinnor och kvinnor i Sverige som saknar det svenska språket löper större risk att drabbas av PPD. Det spelar ingen roll om den invandrade kvinnan hade flytt till Sverige eller flyttat hit frivilligt (Rubertsson, Wickberg, Gustavsson, & Radestad, 2005). Modersrollen är mytomspunnen och stigmatiserad av samhällets strukturer. Förväntningarna från både omgivningen och mamman är höga. Hon ska känna glädje, tillfredsställelse och en omedelbar gränslös kärlek till sitt barn. När kvinnan inte kan uppfylla dessa krav på att vara den "perfekta mamman", ökar risken för psykisk ohälsa. Då samhället tabubelägger "dåliga mödrar" vågar ofta kvinnan inte berätta om sina känslor, och blir då isolerad i sin depression (Beck, 2002).

## Nationella riktlinjer vid PPD

Idag rekommenderar Socialstyrelsen att Barnavårdcentralen ska screena samtliga förlösta kvinnor åtta till tio veckor postpartum. Rubertsson et al. (2005) föreslår istället att kvinnorna bör screenas tidigare under graviditeten, då det finns ett samband mellan depression under samt efter graviditet. EPDS står för Edinburgh Postnatal Depression Scale, och är den som oftast används internationellt för att diagnostisera PPD. Skalan framtog av J. L. Cox, J. M. Holden och R. Sagovsky och publicerades i *British Journal of Psychiatry* 1987. Instrumentet består av tio frågor som rör mödrarnas mående under de senaste sju dagarna (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Socialstyrelsen rekommenderar olika sorters behandling vid PPD. Psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) är behandlingsformerna som främst rekommenderas till dessa mödrar (Socialstyrelsen, 2010). KBT kan bedrivas både individuellt samt i grupp. Här fokuseras på vad som kan förändras i beteende- samt tankemönster här och nu (Socialstyrelsen, 2015b). Socialstyrelsen anger även att det inte finns säkerställd vetenskaplig bevisad effekt på gruppen kvinnor efter förlossning. Wickberg (2003) menar dock att gruppterapi kan verka gynnsamt hos en del kvinnor post partum. Nästa behandlingsform som rekommenderas är psykodynamisk korttidsterapi (Socialstyrelsen, 2010). Här ligger fokus på kvinnans känslouttryck och mönster i patientens agerande. Kvinnan får möjlighet att uttrycka drömmar och önskingar och terapeuten använder detta i terapin (Socialstyrelsen, 2015b). Läkemedel som antidepressiva (SSRI) bör vara nästa behandlingsmetod enligt Socialstyrelsen. Det finns både för- och nackdelar med en sådan behandling, SSRI har god effekt på kvinnor med PPD men tenderar även att i begränsad utsträckning gå över i bröstmjölken. Den sista rekommendationen från Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2010 är personcentrerad counselling (Socialstyrelsen, 2010). Här för sjuksköterskan ett samtal med kvinnan exempelvis i det egna hemmet vid flera tillfällen. Här intar sjuksköterskan ett lyssnande förhållningssätt och mamman är i fokus (Socialstyrelsen, 2015a). Ytterligare en behandlingsmetod som inte nämns i de nationella riktlinjerna, är psykosocialt stöd som tillägg till rutinbehandlingen. Detta är något som främjar hälsa samt minskar faktorer som är socialt påfrestande. Främst uppmuntras partner, vänner och familj till detta (Socialstyrelsen, 2015b), men även barnmorskor eller sjuksköterskor kan ge sådant stöd i hemmet. Det här är ett bra komplement för de kvinnor som är extra sårbara, och anses inte behövas för normalpopulationen. Insatser för enskilda individer har visat sig ha bättre effekt än åtgärder på gruppnivå (Socialstyrelsen, 2015a).

## Omvårdnad vid PPD

Att söka stöd eller vård för sin depression kan vara svårt för de drabbade kvinnorna. Stigmat kring att vara en nybliven mamma och samtidigt vara deprimerad, gör att kvinnorna knappt vill erkänna för sig själva vad som pågår. Det känns som ett misslyckande att vara deprimerad och kan upplevas skamligt, det är svårt att se sig själv som psykiskt sjuk. Därför kan det vara enklare att söka hjälp hos någon utomstående, exempelvis en läkare på vårdcentralen, än att berätta om sina känslor för familj eller vänner (McIntosh, 1993). Det bästa för kvinnan som drabbats av PPD är att samma barnmorska som vårdat kvinnan under graviditeten och förlossningen, förlöpande vårdar kvinnan post partum. De har då byggt upp en relation, och barnmorskan har kunskap om kvinnans historik. Då denna kontinuerliga kontakt oftast inte är möjlig, är det viktigt att resterande sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med kvinnan besitter den kunskap som behövs för att ge henne adekvat omsorg och information om tillståndet. Motstridiga råd och fragmentarisk vård kan omöjliggöra effektiv vård för mamman, och det är viktigt att bedöma mammans individuella behov genom planering och utvärdering av vården (WHO, 2002).

### **Travelbee's omvårdnadsteori**

Joyce Travelbee's teori behandlar mötet mellan vårdpersonal och personer som lider av psykisk ohälsa samt omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Den mellanmännsliga relationen är en process och ett verktyg för att tillgodose den sjuke individens omvårdnadsbehov. Travelbee identifierar fem olika faser som i tur och ordning måste gås igenom för att denna mellanmännsliga relation ska bli möjlig:

- Det första mötet
- Framväxt av identiteter
- Empati
- Sympati
- Ömsesidig förståelse och kontakt

När två personer möts för första gången styr stereotypa uppfattningar och förväntningar hur de ser på varandra, och hur de förhåller sig till situationen. Vid första mötet börjar individerna att observera, ta in och känna av varandras unika personligheter. Här är det viktigt att som sjuksköterska vara medveten om sina egna fördomar, och hur de formar bemötandet och intrycken av patienten. För att detta ska bli ett lyckat möte mellan två individer bör sjuksköterskan se bortom sin egen uppfattning av patienten och dennes eventuella diagnoser, och istället se denne som en individ. Här grundas den förståelse för den andra personen som sedan utvecklas till empati. Travelbee beskriver empati som en förmåga att gå in i, och förstå en annan människas psykologiska tillstånd för ett ögonblick. Detta handlar om att kunna förutse den andra personens handlingar. Nästa naturliga steg i den känslomässiga utvecklingen mellan parterna är att känna sympati inför den drabbade personen. Sympati innebär att vilja lindra lidande, och en känsla av medkänsla infinner sig. Detta är en form av omsorg som medför att sjuksköterskan delar patientens lidande. Efter detta är en relation skapad, baserad på ömsesidig kontakt, närhet och förståelse mellan parterna, där man delar innerliga tankar och känslor (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

Travelbee menar att begrepp som patient och sjuksköterska bör förkastas då de är generaliserande, och att en sådan reducerande människosyn inte gynnar vårdens syfte av helande. En person som lider av psykisk ohälsa bör bli bemött som en unik individ och som

sjuksköterska bör man vara sympatisk och medkännande. En sjuksköterska bör fokusera på patientens individuella upplevelse av hälsa och ohälsa snarare än att rikta in sig på och förhålla sig till eventuella diagnoser (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Enligt Travelbee är målet för omvårdnad att förhindra eller hjälpa till att hantera lidande för individ, familj och samhälle. Det ultimata målet för omvårdnaden är att de drabbade individerna ska känna en närvaro av hopp. (Alligood & Marriner-Tomey, 2010).

### **Lidande**

Travelbee's teori uppmanar till att se lidandet som en allmänmänsklig erfarenhet som alla kan relatera till, även om upplevelsen alltid är högst personlig. Enligt Travelbee är känslan av lidande något som kan uppenbara sig som en fysisk, emotionell eller andlig smärta och är för människan oundviklig. Olika former av lidande kan orsakas av förluster, minskad känsla av egenvärde eller separation från något eller någon vi älskar. Lidande är ofta kopplat till sjukdom, då vi förlorar kroppslig, andlig eller emotionell integritet. Eftersom vi alla kommer erfara någon form av lidande under vår livstid, kan vi relatera till andra personers upplevelser och reaktioner på detta känslomässiga fenomen. Travelbee menar att lidandet skapar en meningslöshet i en persons liv, och att det kan vara svårt för personen att känna något värde i sin existens. Här har sjuksköterskan en betydelsefull roll, nämligen att försöka hjälpa individen att finna en mening med sin livssituation. Detta möjliggörs genom att skapa en mellanmänsklig relation där två individer möts utan titlar och roller (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

### **Interaktion**

Som sjuksköterska är det viktigt att vara fördomsfri och mänsklig i den professionella kommunikationen med patienten. Kommunikationen är enligt Travelbee en sjuksköterskas viktigaste redskap i interaktionen med patienten. Det är genom kommunikation som den mellanmänskliga relationen formas och görs möjlig. Detta sker både verbalt och icke-verbalt, med syftet att lära känna varandra. Travelbee menar att kommunikation en lika viktig del av omvårdnadsarbetet som medicinska procedurer och fysisk omvårdnad. Kommunikationen kan antingen lindra eller försvåra patientens isolering och ensamhet, det gäller att vara lyhörd som sjuksköterska för att kunna bemästra olika kommunikationstekniker. Vid bristande förmåga att kunna se patienten som en unik individ skadas relationen mellan sjuksköterska och patient. Detta medför att den mellanmänskliga relationen uteblir (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

Att inte lyssna eller se personen som en individ med unika egenskaper eller dra förhastade slutsatser kring en persons mående och situation skapar en otrygghet inom vården. Många kvinnor som lider av PPD upplever en frustration när de blir bemötta av vårdpersonal på detta sätt. Detta kan medföra en dålig relation och resultera i att kvinnan sluter sig. Det är viktigt att noggrant lyssna på kvinnans berättelse, att som sjuksköterska inte framstå som att hen har alla svar och lösningar, utan istället komma med olika förslag och diskutera med kvinnan (Kendall-Tackett & Kantor, 1993). Som sjuksköterska kan man komma att behöva undervisa patienten, detta för att skapa förändring i attityd, färdigheter eller kunskap. Det kan vara en planerad aktivitet för att underlätta lärande, eller en spontan sådan utifrån patientens undran och behov av mer kunskap. Lärande är en aktivitet som leder till utveckling och förändring, och den förutsätter ny kunskap. Då patientens förförståelse kan skilja sig från sjuksköterskans är det viktigt att försöka förstå patientens uppfattningar. Det är viktigt att komma ihåg att även sjuksköterskan är i en lärandeprocess i mötet med patienten (Kärner, 2009). Det är i mötet mellan sjuksköterska och patient som möjlighet till hälsa kan uppstå. Information och



undervisning ska förmedlas ömsesidigt mellan de båda människorna, då omvårdnad ska ha en hälsofrämjande funktion (Hedelin, Jormfeldt, & Svedberg, 2009).

## Tidigare forskning

Tidigare forskning inom ämnet postpartumdepression har haft olika infallsvinklar. Ofta fokuseras det på områden så som fysiologi och hormoners påverkan (Alder & Cox, 1983; Harris, et al., 1989), riskfaktorer (Hapgood, Elkind, & Wright, 1988; Munk-Olsen, et al., 2009; O'Hara, 1986), själva depressionens karaktär (Wisner, et al., 2013) eller samband mellan amning och depression (Alder & Cox, 1983).

## Problemområde

Ovanstående forskning är relevant men för att öka kunskap ur ett omvårdnadsperspektiv vid PPD, behövs även forskning som belyser hur omvårdnad kan förbättras för att hjälpa kvinnorna. I studier som beskriver kvinnors upplevelse av PPD tas sällan mötet med vårdpersonal upp. Ytterligare belysning av bemötande behövs inom detta område. Många kvinnor har svårt att söka vård för sin PPD på grund av stigma. Därför är det mycket viktigt att omvårdnadspersonalen vet hur de kan bemöta dessa kvinnor på bästa sätt då detta är en sjukdom som kan få allvarliga konsekvenser, för både mamma och barn. Genom att kvinnorna själva får beskriva sin upplevelse av depressionen samt sitt möte med vården kan förståelsen kring detta öka och ny praxis kan formuleras. Denna litteraturstudie sammanfattar forskning på området och kan därför bidra med mer kunskap för hur kvinnor som drabbats av PPD skall bemötas av omvårdnadspersonal på ett adekvat sätt.

## Syfte

Att belysa kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonal då de drabbats av postpartumdepression (PPD).

## Metod

Till denna litteraturstudie har tio artiklar valts ut för att svara på syftet. Artikelsökningen gjordes genom databaserna Cinahl samt Pubmed för att det där finns relevant forskning inom omvårdnad. Målet var att finna artiklar som belyser kvinnors upplevelse av mötet med vården under tiden de lidit av PPD.

## Datainsamling

En inledande sökning gjordes i databaserna Pubmed (Tabell 1) och Cinahl (Tabell 2) för att ge en övergripande bild över forskningsområdet. Då syfte hade etablerats valdes relevanta sökord enligt MESH och även avgränsningar för att hitta artiklar som svarade mot syftet. Sex sökningar gjordes i ovan nämnda databaser.

De sökord som användes var postnatal depression, postpartum depression, women, experience, mother\*, qualitative, depression, nurs\*, health care.

Tabell 1 - Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
7/10 2015	postpartum depression AND experience AND nurs*	text availability - abstract, full text. 5 years. english. female. adult 19-44	32	6	1	0
8/10 2015	Similar articles ... <i>"Mothers' descriptions of recovery from postpartum depression"</i>	text availability - abstract, full text. 5 years. english. female. adult 19-44	42	9	1	1
12/10 2015	depression AND mother* AND health care AND experience	text availability- abstract. 10 years. english. female. adult 19-44	123	20	1	1

Tabell 2 - Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
7/10 2015	postnatal depression AND women AND experience.	boolean/phrase peer reviewed. full text. female	126	9	1	1
8/10 2015	depression AND mothers AND experience	boolean/phrase peer reviewed. full text. female	262	18	4	3
14/10 2015	Depression AND mother* AND qualitative	boolean/phrase peer reviewed. female. english	197	13	3	3

14/10 2015	Referens i “ <i>Women's experience of postnatal depression -- beliefs and attitudes as barriers to care</i> ”		1	1	1	1
---------------	---	--	---	---	---	---

## Urval

Titlarna lästes och av dem vars titel passade syftet lästes abstract, totalt 75 stycken. 23 artiklar valdes ut och lästes i sin helhet. Citeringar samt Impact Factor kontrollerades genom Web of Science (Reuters, 2015) och de artiklar som saknade dessa uppgifter alternativt bedömdes ha för låg kvalitet valdes bort. Valda artiklar skulle uppfylla tre inkluderingskriterier: de skulle främst belysa PPD, kvinnans subjektiva upplevelse av mötet med vården skulle framkomma i artikeln samt att resultatet skulle på något sätt vara applicerbart på omvårdnad i Sverige idag.

Två artiklar valdes bort då de ansågs irrelevanta, fyra artiklar valdes bort för att de var skrivna i en kulturell kontext mycket olik den svenska och sex valdes bort p.g.a. att de inte svarade mot syftet. Av dessa valdes tre ut för att istället användas till bakgrund, då de innehöll relevant information om PPD på andra områden. En artikel hittades som en referens i en av de till resultatet valda artiklarna. Endast kvalitativa artiklar valdes ut för vidare granskning då det var dessa som svarade mot syftet på ett lämpligt sätt.

Tolv artiklar granskades enligt Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) för artikelgranskning av kvalitativa artiklar. Denna mall består av ett antal frågor som utgör relevanta variabler då kvaliteten skall bedömas, så som exempelvis urval och mättnad. En artikel valdes bort p.g.a. låg kvalitet då urvalsprocessen inte beskrivits och det inte gick att veta om det var ett adekvat resultat, relaterat till bristfällig redovisning. En annan valdes bort då denna inte svarade mot syftet på ett adekvat sätt.

De återstående tio artiklarna används i resultatet och granskningstabell kan ses i Bilaga 1.

## Analys

Denna litteraturstudie är en metasyntes av tio artiklar och därför har transparens varit ett ledord genom hela analysprocessen (Willman & Stoltz, 2012). Artiklarna lästes vid flertalet tillfällen i sin helhet av båda författarna. Delar ur artiklarna som svarade mot syftet valdes ut och lästes åter igen tills dess att fem subteman kunde utläsas. Dessa var Amningspress, Normalisering, God relation, Bekräftelse samt Kunskap. Vidare systematisk läsning av de valda delarna ledde till två huvudteman som var Vårdrelaterat lidande samt Omvårdnadsbehov vid PPD. Tematabell redovisas nedan (Tabell 3).

En ny helhet skapades av delarna från de granskade artiklarna, och i diskussionen kunde nya slutsatser dras (Friberg, 2012).

Tabell 1 – Tematabell

Temat	Vårdrelaterat lidande		Omvårdnadsbehov vid PPD		
	Normalisering	Amningspress	God Relation	Bekräftelse	Kunskap
<b>Referens</b>					
<b>Bilszta et al. (2010)</b>	X		X		X
<b>Edhborg et al. (2005)</b>		X	X		
<b>Haga et al. (2012)</b>	X	X	X		
<b>Highet et al. (2013)</b>			X		
<b>Letourneau et al. (2007)</b>	X		X	X	X
<b>McCarthy et al. (2008)</b>	X		X	X	
<b>Montgomery et al. (2012)</b>			X		
<b>Ugarriza, D. (2002)</b>	X			X	X
<b>Patel et al. (2012)</b>				X	
<b>Beck, C. (1995)</b>				X	X

## Resultat

### Vårdrelaterat lidande

Nedan beskrivs hur vården bidragit till försämrad psykisk hälsa hos kvinnor som lidit av PPD.

#### Amningspress

Många kvinnor upplevde att både samhället och vården pressar dem till att amma till varje pris (Edhborg, Friberg, Lundh, & Widstrom, 2005; Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012). Resultatet blev att kvinnorna kände att de måste amma sitt barn för att vara en bra mamma (Haga, et al., 2012).

*“...you get fed with this - that you should be breastfeeding, you should be breastfeeding at every price, it's like harassment...”* (Edhborg, et al., 2005, s. 264)

Edhborg et al. (2005) beskrev att kvinnorna fått motsägelsefulla råd om amning av vårdpersonal, släkt och vänner. En kvinna saknade helt tilltro till vårdpersonalens kompetens på området. Om det gjorde ont eller uppkom andra problem kring amningen menade personalen att kvinnan gjorde det på fel sätt (Haga, et al., 2012).

#### Normalisering

Många kvinnor upplevde att vårdpersonal främst fokuserade på att normalisera deras upplevelse av symptomen vid PPD (Letourneau, et al., 2007). Detta bemötande resulterade i

låg självkänsla och skuld över att inte kunna hantera sin situation (Bilszta, Ericksen, Buist, & Milgrom, 2010), och känslan av att inte bli tagen på allvar var påtaglig (Haga, et al., 2012). Haga et al. (2012) beskrev att detta gjordes genom att personalen förklarade kvinnans lidande som "normalt" och något som många går igenom efter en förlossning. De såg henne inte som en individ. Ett annat sätt som gjorde att kvinnorna kände sig avfärdade av vården var då de blev tillsagda att det bara handlade om hormonella förändringar (Ugarriza, 2002). Normaliseringen upplevdes i många fall som förminskande av kvinnans depression, och att de inte blev tagna på allvar när de berättade om sin situation. Detta ledde till besvikelse och en känsla av att tystas (Bilszta, et al., 2010; Haga, et al., 2012). Kvinnorna upplevde även frustration och besvikelse över ett sådant bemötande och detta gjorde att deras mående försämrades. Det rapporterades att de kände skam och genans inför att söka hjälp (Letourneau, et al., 2007). Att normalisera kvinnans upplevelse kan ytterligare försvåra hjälpsökandet för den drabbade kvinnan (Bilszta, et al., 2010).

*"There's just nothing that's done to help you with the emotional side of becoming a mum and childbirth. One maternal nurse just told me to suck it up. Babies scream. That was helpful!!"* (Bilszta, et al., 2010, s. 50)

För somliga kvinnor var det en lättnad att få diagnosen PPD då det för dessa individer reducerade stigmat och förklarade deras mående. Andra kände ambivalens då de ansåg att PPD är ett mycket allvarligt tillstånd (McCarthy & McMahan, 2008). Kvinnorna beskrev att de behöver försäkran av vården på att deras symptom kommer att förbättras (Letourneau, et al., 2007).

## Omvårdnadsbehov vid PPD

I detta tema återges de behov som finns i mötet med vården. De postpartumdeprimerade kvinnorna uppgav vissa upplevelser de haft inom vården som önskvärda och avgörande, likväl behov de hade som inte möttes av vårdpersonalen.

### **God relation**

Många kvinnor uppgav att de hade ett behov av att öppna sig och berätta om sin depression. Trots detta fanns ibland en motvilja hos kvinnorna att berätta om sin psykiska ohälsa och hur det påverkade deras liv (Edhborg, et al., 2005; McCarthy & McMahan, 2008). Kvinnorna kände skam, rädsla och en känsla av misslyckande inför rollen som mamma (Edhborg, et al., 2005). Det fanns en rädsla inför att bli stämplad som psykiskt sjuk eller att bli ifråntagen sitt barn (McCarthy & McMahan, 2008). Ovissheten om vad som skulle ske vid en upptäckt psykisk ohälsa var skrämmande (Letourneau, et al., 2007).

*"I even went in at 3 months and I talked to a health nurse, and I just lied through my teeth because I thought, "What are they going to do if they find out I can't be a good mom?""* (Letourneau, et al., 2007, s. 445)

Kvinnor upplevde det skamligt och svårt att berätta om sin depression för familj och vänner. Men de kände samtidigt ett behov av att få bekräftelse på sina tankar och funderingar (Edhborg, et al., 2005). Denna ovilja att öppna sig i kombination med behovet att uttrycka sig ställde krav på vårdpersonal att skapa en känslomässig miljö där kvinnan kände sig trygg och säker (Edhborg, et al., 2005; Haga, et al., 2012). En god relation mellan kvinnan och vårdpersonalen var en grundläggande pelare till en lyckad behandling (Letourneau, et al., 2007). Enligt Bilszta et al. (2010) uppskattade kvinnor vårdpersonal som uppvisade empati,

vänlighet, kunskap om behandlingsformer, god förmåga att lyssna samt var tillgänglig. Det var också viktigt att kvinnan och vårdpersonalen hade en kvarvarande relation även om kvinnan fick annan vård. Detta underlättade även upptäckt av förändringar i kvinnans psykiska hälsa och stöttning av kvinnan (Highet, Stevenson, Purtell, & Coe, 2014).

Att få samtala med andra kvinnor i liknande situationer gav kvinnorna en känsla av att vara normala (Haga, et al., 2012). Denna form av gruppterapi återgavs i flera olika studier som en effektiv behandling av PPD. Kvinnorna som deltagit i sådana grupper vittnade om att det hjälpte dem på vägen till ett bättre psykiskt mående eller tillfrisknande (Letourneau, et al., 2007; Montgomery, et al., 2012). Att få dela sitt lidande med andra i samma situation reducerade ångest (Haga, et al., 2012; Montgomery, et al., 2012). Det var även viktigt att poängtera för kvinnan att hon inte var ensam, att det inte var ovanligt med detta tillstånd och att andra gått igenom samma sak även om varje enskild kvinnas upplevelse var unik (Montgomery, Mossey, Adams, & Bailey, 2012).

### **Bekräftelse**

Många postpartumdeprimerade kvinnor grät mycket, kände rädsla, skuld, skam, förlorad kontroll och hopplöshet (McCarthy & McMahon, 2008; Ugarriza, 2002). Dessa känslor var så starka, och rädslan för att bli utdömd som en dålig mamma var så djupt rotad, att kvinnan ibland inte vågade söka hjälp förens det var absolut nödvändigt (Patel, Wittkowski, Fox, & Wieck, 2013). Kvinnorna gav uttryck för att en viktig punkt för dem var att inte känna sig nonchalerade när de berättade om sina känslor, händer detta kan sjukdomen förvärras (Letourneau, et al., 2007). Beck menade att som vårdpersonal försöka förstå kvinnans upplevelse av PPD var värdefullt i relationen till kvinnan (Beck, 1995).

*“The nurse did not pass judgement. She tried to understand what I was experiencing.”* (Beck, 1995, s. 823)

### **Kunskap**

I Ugarrizas (2002) studie ansåg en majoritet av kvinnorna att det bemötande som till största del skulle underlätta deras situation, var förmedlande av kunskap om PPD. Somliga kvinnor ville ha mer information om vilka olika typer av behandlingar som fanns tillgängliga vid PPD (Letourneau, et al., 2007). Vissa kvinnor kände inte till att det fanns stöd att få via telefon. Telefon- och/eller webb-stöd kunde hjälpa nyblivna mödrar med PPD, då det kan vara problematiskt att ta sig till sjukvården, då man nyligen blivit förälder. Även depressionen i sig kunde göra det svårare att orka gå på t.ex. gruppterapi (Ugarriza, 2002). Att ta läkemedel var för några kvinnor förknippat med skam, och många hade svårt att väga för- och nackdelar då det fanns en rädsla över att det skulle skada deras barn genom amningen (Bilszta, et al., 2010; Ugarriza, 2002).

Kvinnorna menade att god omvårdnad och omtanke visades då vårdpersonalen hade adekvat kunskap för att tidigt ställa en korrekt diagnos (Beck, 1995). Att som vårdpersonal ha kunskap om psykosociala och kulturella faktorer som påverkar kvinnorna var även viktigt (Ugarriza, 2002).

*“Caring is knowing about postpartum depression because most really don’t know about it, so you don’t get diagnosed, especially if it hits you like it hit me.”* (Beck, 1995, s. 823)

# Diskussion

## Metoddiskussion

Artiklar har sökts i två stora databaser på ett så neutralt och transparent sätt som möjligt. Detta ökar trovärdigheten i resultatet. Vilken kvalitet de inkluderade artiklarna innehar, har författarna kommit överens om genom koncensusdiskussion samt med hjälp av en granskningstabell av kvalitativa artiklar (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2011). Då det enbart hittats en kvantitativ artikel på ämnet, som inte heller var kompatibel med syftet, har granskningsmall för den typen av artiklar ej använts. Då författarna fördjupat sig i ämnet PPD har de relativt god förmåga att bedöma vilken kvalitet artiklarna håller. Dock har två artiklar (Montgomery, et al., 2012; Ugarriza, 2002) med låg kvalitet inkluderats då detta forskningsområde varit tunt och lämnat mycket att önska. Författarna har båda två svenska som modersmål vilket gör att feltolkning av texterna kan ha förekommit både under kvalitetsgranskning men även under tolkning av resultatet.

Under artikelsökningen kunde endast en artikel hittas med syftet att undersöka sjuksköterskans betydelse för kvinnor med PPD (Beck, 1995). Denna har valts att inkluderas på grund av relevans för syftet i denna studie trots att den är av äldre datum. Forskningsområdet har visat sig vara begränsat och därför har enbart de delar ur de övriga artiklarna använts, då innehållet svarat mot syftet i denna studie. Helheten och slutsatsen i artiklarna har därför inte redovisats i resultatet. Somliga artiklar hade bristfälliga urvalsbeskrivningar (Bilszta, et al., 2010; Montgomery, et al., 2012; Patel, et al., 2013) alternativt en homogen urvalsgrupp (Ugarriza, 2002). Detta kan sänka trovärdigheten på resultatet i denna studie men då syftet är att belysa kvinnors upplevelse valdes dessa ändå att inkluderas i resultatet då författarna inte exkluderade vissa specifika grupper av kvinnor. Författarna har egen förståelse i ämnet och kan därför ha läst litteraturen på olika sätt. Materialet har alltid diskuterats och bearbetats av de två författarna vilket höjer kvaliteten på resultatet och dess trovärdighet.

Litteraturstudien är baserad på tio vetenskapliga artiklar. Detta är ett minimum av artiklar i en metasyntes för att den ska vara valid (Willman & Stoltz, 2012). Då antalet artiklar är endast tio stycken finns det risk att relevant forskning har missats. En begränsning i sökningen har varit artiklar på engelska och/eller svenska vilket har uteslutit forskning på andra språk. Dock ville författarna att denna studie skulle vara applicerbar i en ”västerländsk” kontext och där är engelska språket vanligt förekommande.

Åtta av studierna hade ett etiskt godkännande (Beck, 1995; Bilszta, et al., 2010; Edhborg, et al., 2005; Haga, et al., 2012; Highet, et al., 2014; McCarthy & McMahan, 2008; Letourneau, et al., 2007; Patel, et al., 2013). Två studier saknade helt etisk diskussion och etiskt godkännande redovisades inte (Montgomery, et al., 2012; Ugarriza, 2002). Trots denna brist valdes dessa artiklar att användas. Den ena på grund av dess relevanta slutsats om praxis för omvårdnadspersonal och bristen på forskning som finns på detta ämne (Ugarriza, 2002). Den andra artikeln var en dotterstudie till en studie som gjordes för Canadian Mental Health Association (CMHA). CMHA är en ideell organisation som startades 1918 som verkar för att minska psykisk ohälsa med hjälp av bl.a. forskning och utbildning (CMHA, 2015). Då redovisning av den större forskningsstudien inte hittats går det inte att säga hur dennes etiska diskussion ser ut (Montgomery, et al., 2012). Dessa studiers resultat och slutsatser är båda två i linje med de andra studierna som använts i resultatet.

## Resultatdiskussion

I resultatet framkom att flera kvinnor upplever en press från samhället och vården att de förväntas amma sina barn. Då de inte kunde leva upp till denna förväntan sågs de inte som bra mödrar, varken av sig själva eller av samhället omkring dem. Det som beskrivs i resultatet kan tolkas som en emotionell smärta som ökar lidandet hos de drabbade kvinnorna. Detta kan kopplas till Travelbee's teori om mellanmänskliga aspekter, som menar att sjuksköterskan behöver se bortom sina egna eventuella erfarenheter för att möjliggöra sympati i mötet och relationen med patienten (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Att leva sig in i och ha medkänsla för hur stor pressen kan upplevas och hur den kan leda till lidande, ökar förutsättningarna för god omvårdnad och tillfrisknande. Resultatet visade även att det ibland finns en misstro mot omvårdnadspersonalens kompetens vad gäller amning p.g.a. motsägelsefulla råd. Även sättet att förmedla kunskap om amning och dess komplikationer är relevant för kvinnans mående. Ett mer öppet samtalsklimat beskrivs som någonting positivt som eventuellt skulle kunna reducera förväntningarna på att alla skall amma. Undervisning och lärande är en ömsesidig process där både sjuksköterska och patient har ett utbyte av varandra (Kärner, 2009; Hedelin et al., 2009). Sjuksköterskan behöver ha kunskap om kvinnans förförståelse för att på ett adekvat sätt kunna undervisa och hjälpa henne igenom detta moment i det nyblivna moderskapet. I likhet med resultatet menar WHO (2002) att inkonsekvent information samt råd som motsäger varandra hämmar effekten av vården. Resultatet visar att öppenhet samt tydlighet från vården ökar möjligheten till ökat välmående för kvinnor med PPD kopplat till amning.

Resultatet visade att kvinnorna kände sig förbisedda och att de ej blivit individuellt bemötta av vårdpersonal. Kendall-Tackett och Kantor (1993) anser att en viktig del av god omvårdnad är att se hela individen vid ett möte med patienten. Sjuksköterskan måste se att det är en person med egna tankar och känslor som kommer för att söka hjälp. En människa för med sig ett helt liv in i vården (Kendall-Tackett & Kantor, 1993). I resultatet upplevde många kvinnor att vården nonchalerade och normaliserade deras upplevelser av postpartumdepression. Det medförde att dessa kvinnor kände skuld, skam samt ökat lidande. Vissa fick förklaringen att det bara handlade om hormoner och detta gjorde att de kände sig förminskade och nonchalerade av vården. Det blev svårare för dessa kvinnor att söka vård efter ett sådant bemötande. Normalisering i denna kontext är ett exempel på bristande kommunikation där sjuksköterskan missar att vara lyhörd inför kvinnans behov. Detta gör att den som söker hjälp känner sig isolerad och missförstådd, vilket bidrar till ökat lidande. Enligt Travelbee's omvårdnadsteori bör personer med psykisk ohälsa bemötas som en unik individ, och det är personens individuella upplevelse av symptomen som ska ligga i fokus. Som sjuksköterska bör man inte lägga för stor vikt vid hur man själv uppfattar en diagnos utan det är den drabbade individens egen berättelse som ska anses väsentlig (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

I resultatet går det att utläsa olika reaktioner och känslor inför en PPD-diagnos. En del kvinnor kände en lättnad över att få en förklaring på vad deras lidande berodde på och andra kände sig stigmatiserade och skamfyllda inför en psykiatrisk diagnos. Att lyfta blicken och se det friska hos kvinnan kan vara gynnsamt då den verkar för att bemöta kvinnan som en individ med egna personliga egenskaper. Åter igen kan detta kopplas till Travelbee's teori som bygger på att möta individen för den hen är (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Travelbee menar att sjuksköterskans roll är att försöka visa patienten att det finns hopp och att livet är meningsfullt. I enlighet med Travelbee's teori skulle detta kunna uppnås genom att



påtala kvinnans starka och positiva egenskaper, då stärks hennes självförtroende och hon kan lättare känna sig som en bra mamma och person. Friskfaktorer ska dock inte användas på ett normaliserande sätt, kvinnans upplevelser bör inte nonchaleras för att hennes resurser framhävs.

I resultatet framkom det att det fanns en rädsla att öppna sig och berätta om hur dåligt man egentligen mådde för att inte bli stämplad av sin omgivning på olika sätt. Även rädslan att bli fråntaget sitt barn var reell. McIntosh (1993) beskriver att det kan ses som ett misslyckande att må dåligt som nybliven mamma. Detta kan göra att kvinnorna hellre söker sig till sjukvården för att få hjälp än till närstående. Ibland orkar dock dessa kvinnor inte ens erkänna för sig själva att de är i behov av hjälp (McIntosh, 1993). Resultatet visade att goda relationer baserade på tillit och trygghet hjälpte kvinnorna att kunna berätta om sin vardag och sin ohälsa trots eventuella känslor av skam och skuld. Kvinnorna uppskattade tillgänglighet, vänlighet samt uppvisande av empati. Att vara mänsklig, sympatisk och empatisk i mötet med patienten är enligt Travelbee viktigt för god omvårdnad (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

Resultatet visade på att det var gynnsamt för kvinnans hälsa om vårdrelationen fortsatte även efter att kvinnan fått annan vård. WHO menar att det optimala är att barnmorskan fortsätter att vårda kvinnan även efter förlossningen för att öka förutsättningarna för en god vårdrelation. Tyvärr är detta inte möjligt i vården idag. På grund av detta är det viktigt att även sjuksköterskor har god kunskap om fenomenet PPD, hur dessa kvinnor önskar bli bemötta och vilka olika behandlingar som finns att tillgå. Även kontinuitet i så stor utsträckning som möjligt är viktigt att jobba för (WHO, 2002).

Socialstyrelsen anger gruppterapi som ett vårdalternativ vid PPD. Resultatet visade att samtala med andra kvinnor i samma situation skapade en känsla av att vara "normal". Wickberg (2003) menar att gruppterapi kan vara framgångsrikt i att lindra depressionssymptom hos vissa kvinnor. Denna form av terapi bör finnas tillgänglig och bör erbjudas till drabbade kvinnor. Här har kvinnorna möjlighet att möta andra med liknande upplevelser av att ha fått barn. Detta är även något som Socialstyrelsen rekommenderar som behandlingsmetod (Socialstyrelsen, 2015b). Dock visade resultatet att kvinnan måste må så pass bra att hon orkar och vill gå på sina möten. Om inte blir det här ytterligare något hon inte klarar av vilket kan öka känslan av misslyckande. Det är därför viktigt att individanpassa behandlingen för varje enskild kvinna (WHO, 2002), och att det ska finnas olika valmöjligheter att tillgå. Detta medför att kvinnan känner sig uppmärksammad och sedd som den individ hon är, vilket är i enlighet med Travelbee's omvårdnadsteori (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

I resultatet framgår att kvinnorna kände skam och skuld inför sitt tillstånd. Detta medförde att de sökte vård sent på grund av rädslan att bli utdömda som dåliga mammor. Det visade sig också att sjuksköterskan har en viktig roll i att bekräfta kvinnan då hon väl söker vård, och att sjuksköterskans goda bemötande kunde visa sig i att hen lyssnade, bekräftade kvinnans upplevelser och gav adekvat information om PPD. Resultatet visar att bekräftelse av kvinnans mående är ett exempel på god kommunikation som lindrar lidande och möjliggör tillit och relation i enighet med Travelbee's teori (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Många kvinnor upplever att det är hårda krav på hur en mamma ska tänka, känna och bete sig (Beck, 2002), och det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om detta faktum för att kunna möta kvinnan i hennes situation. Trots att upplevelsen av lidande är personlig, menar Travelbee att sjuksköterskan kan relatera till lidandet då detta är en allmänmänsklig företeelse (Kirkevold &

Larsson-Wentz, 2000). Genom att bekräfta och förstå kvinnans lidande kan vi inge hopp (Allgood & Marriner-Tomey, 2010) i en situation där hon troligtvis känner hopplöshet.

För att i enlighet med resultatet skapa god relation med kvinnan kan sjuksköterskan fokusera på att lyfta fram kvinnans goda egenskaper inom modersrollen, och understryka att kvinnan inte är en dålig mamma på grund av depressionen. Detta kan även bidra till att motverka stigmatisering kring PPD. Då kvinnan är i ett särskilt ömtåligt stadium i sitt liv är det viktigt att välja sina ord och kroppsspråk noga. Icke-verbal kommunikation är också en del av omvårdnad (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Istället för att påpeka att barnets utveckling kan hämmas av en långdragen depression, kan sjuksköterskan t.ex. berätta att kvinnan gör ett bra jobb med sitt barn eller hur tillgiven det märks att hon är i förhållandet till sitt barn.

Resultatet tyder på att god information och att få plats och möjlighet att ställa frågor skapar tillit till den som ger vård. Tillit gavs även till den vårdpersonal som var lyhörd och kunnig, och som kunde identifiera PPD-symptomen snabbt. Många av de intervjuade kvinnorna hade önskat mer och tydligare kunskap från sin omvårdnadspersonal för att öka möjligheten för tillfrisknande. Det framgår även av resultatet att många kvinnor ansåg det skamligt att ta läkemedel mot sin depression. Kunskapen hos kvinnorna angående PPD och dess behandlingsformer var ofta bristfällig. Ett av sjuksköterskans uppdrag är bland annat att utbilda (Kärner, 2009). För att detta ska kunna utföras behöver hen besitta relevant kunskap. Det är i resultatet tydligt att kunskap är mer än bara information som den som kan läsas på Internet. Travelbee's tankar om att ta bort begreppen sjuksköterska och patient är viktiga att ha i åtanke. Det är inte bara sjuksköterskan som ska utbilda patienten utan det är patienten som är expert på sin egen kropp. Detta gör att det behöver ske ett kunskapsutbyte (Hedelin, et al., 2009). Det är viktigt att komma ihåg detta faktum så att sjuksköterskan inte enbart förmedlar sin kunskap, utan också lyssnar på patientens berättelse. Det är även av vikt att komma ihåg att alla har olika nivåer av kunskap. Att använda ett vardagligt språk utan alltför svåra kliniska termer underlättar diskussionen, och informationen som ges till patienten blir lättare att relatera till.

## Slutsats

Kvinnor med PPD kan uppleva både ett ökat och ett lindrat lidande i mötet med vården. Många känner sig stigmatiserade och normaliserade av vården på ett negativt sätt. Detta gör det för kvinnorna svårare att söka vård på grund av skamkänslor och rädsla att inte tas på allvar. Det är i mötet med dessa kvinnor viktigt att skapa en god vårdrelation som bygger på tillit, kunskap samt bekräftelse och förståelse.

## Vidare forskning

Då det endast kunde hittas en studie som gjorts med syftet att belysa omvårdnad vid PPD baserat på kvinnors upplevelser behövs det mer forskning på detta område. Även forskning på sjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa kvinnor är relevant samt vilken effekt god omvårdnad har på postpartumdeprimerade kvinnors mående.

## Implikationer

Sjuksköterskan bör möta och bekräfta kvinnan där hon är utan att normalisera hennes upplevelser. Vårdpersonalen bör genom att studera ny forskning besitta den kunskap som behövs för att kunna skapa goda förutsättningar för bättre mående men också för att kunna informera och undervisa den drabbade kvinnan och familjen.

## Referenslista

- Alder, E. M., & Cox, J. L. (1983). Breast feeding and post-natal depression. *J Psychosom Res*, 27(2), 139-144.
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work* (Vol. 7.). Maryland Heights, Mo: Mosby.
- Askén, H. (2012). *Moderslycka: vart tog glädjen vägen? : en mammas berättelse om depression efter förlossningen* (Vol. 1. uppl.). Stockholm: SKL Kommentus media.
- Beck, C. T. (1995). Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 24(9), 819-825.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*, 12(4), 453-472.
- 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(3), 44-54 11p.
- CMHA. (2015). What we do. Retrieved 10/11, 2015, from <http://www.cmha.ca/what-we-do/#.VkhI2I5RGS0>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widstrom, A. M. (2005). "Struggling with life": narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Public Health*, 33(4), 261-267.
- Friberg, F. (2012). At göra en litteraturöversikt. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci*, 26(3), 458-466.
- Hapgood, C. C., Elkind, G. S., & Wright, J. J. (1988). Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. *Aust N Z J Psychiatry*, 22(3), 299-306.
- Harris, B., Johns, S., Fung, H., Thomas, R., Walker, R., Read, G., et al. (1989). The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry*, 154, 660-667.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coo, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women Birth*, 27(3), 179-184.
- Kendall-Tackett, K. A., & Kantor, G. K. (1993). *Postpartum depression: a comprehensive approach for nurses*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Kirkevold, M., & Larsson-Wentz, K. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (Vol. 2., [omarb. och utvidgade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kärner, A. (2009). Lärande i ett omvårdnadsperspektiv. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M., et al. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(5), 441-449.
- McCarthy, M., & McMahon, C. (2008). Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care Women Int*, 29(6), 618-637.
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 178-184 177p.
- Montgomery, P., Mossey, S., Adams, S., & Bailey, P. H. (2012). Stories of women involved in a postpartum depression peer support group. *Int J Ment Health Nurs*, 21(6), 524-532.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 189-195.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*, 43(6), 569-573.
- Patel, S., Wittkowski, A., Fox, J. R., & Wieck, A. (2013). An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression. *Midwifery*, 29(6), 682-689.
- Reuters, T. (2015). Web of Science. Retrieved 21/10, 2015, from [http://apps.webofknowledge.com.ezproxy.ub.gu.se/WOS\\_GeneralSearch\\_input.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&SID=S2rHMrdRHcBHBk8W4xD&preferencesSaved=](http://apps.webofknowledge.com.ezproxy.ub.gu.se/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=S2rHMrdRHcBHBk8W4xD&preferencesSaved=)
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Radestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*, 8(2), 97-104.
- Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (Vol. 1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2014a). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (Vol. 2., [revid. och utök.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2014b). Psykisk ohälsa. In A.-K. Edberg & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.
- Socialstyrelsen. (2015a). Kvinnor med medelsvår egentlig depressionsepisod efter förlossning Retrieved 21/10, 2015, from <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna/kvinnormedmedelsvaregentligdep1>
- Socialstyrelsen. (2015b). Ordlista för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Retrieved 21/10, 2015, from <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/ordlista#P>
- Ugarriza, D. N. (2002). Postpartum depressed women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 227-233 227p.
- WHO. (2002). Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Retrieved 5/11, 2015, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/131521/E79235.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf)
- Willman, A., & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*: Studentlitteratur AB.

- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (Vol. 3., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., et al. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, *70*(5), 490-498.

## Bilaga 1 - Artikelgranskning

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kommentar	Vetenskaplig kvalitet
<b>Beck, C. T. (1995)</b> <b>Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum depression</b>	Att undersöka betydelsen av sjuksköterskor som vårdar mödrar med PPD.	Fenomenologisk studiedesign med ostrukturerade djupintervjuer. 10 kvinnor med diagnostiserad PPD medverkade i studien. Inkluderingskriterier var att kvinnan skulle ha vårdats av en sjuksköterska under sin sjukdomstid och kunde redogöra för denna upplevelse.	Sju teman skapades av intervjuerna. Dessa vittnar om vikten av att en sjuksköterska har egenskaper som: medkänsla, sympati, värme och hoppfullhet.	Resultatets sju teman gav mycket information till vårt resultat om vad kvinnor värdesätter hos en sjuksköterska. Även fast denna studie är den äldsta är den därför relevant för syftet. Urvalsgruppen något homogen. Endast vita, gifta kvinnor.	HÖG
<b>Bilszta et al. (2010)</b> <b>Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care</b>	Att ta reda på hur PPD upplevs, varför det är problematiskt att söka vård och hjälp samt vilken hjälp kvinnorna helst önskar.	Kvalitativ studie. 40 kvinnor som genomgått olika stödprogram tillfrågades att delta i studien. Det var ett strategiskt urval som delades upp i fokusgrupper. Tolkande fenomenologisk analys användes.	PPD skapar barriärer för att söka hjälp. 8 teman hittades; förväntningar på moderskap; rädsla att misslyckas; stigma och förnekelse; mellanmänsklig hjälp; hantera sitt barn; erfarenhet av att söka hjälp och få vård; relationen till vårdgivarna samt dålig insikt i sin ohälsa.	Dåligt beskriven urvalsprocess. Dock mycket utförligt resultat som förklara anledningar till varför det är svårt att söka vård samt hur god vård bör utformas. Mycket bra etiskt resonemang.	MEDEL
<b>Edhborg et al. (2005)</b> <b>“Struggling” with life: Narratives from women with signs of postpartum depression</b>	Bekriva hur svenska kvinnor med PPD upplever de första två månaderna med sitt barn.	224 kvinnor rekryterades genom Karolinska sjukhuset. 22 kvinnor med 10 eller mer på EPDS-skalan intervjuades 67-125 dagar efter förlossning. Grundad teori användes.	PPD kan förklaras som förlust och förändring, att kämpa med livet i relation till sig själv, sitt barn samt sin partner.	Mycket utförlig metod som ökar artikelns kvalitet. Saknar etiskt resonemang.	HÖG
<b>Haga et al. (2012)</b> <b>A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers</b>	Att undersöka varför vissa förstföderskor får PPD medan andra mår bra efter att ha fött barn.	12 försttagångsmödrar i åldrarna 25-44 rekryterades genom affischer på BVC i Oslo. Information insamlades genom semistrukturerade intervjuer och rekryteringen avslutades då	Kvinnornas svar delades in i 3 kategorier med fler underkategorier. Det visade sig att förväntningar, partners och vårdens bemötande samt amning var viktiga faktorer som påverkar måendet	Belyser olikheter mellan mödrar med och utan PPD. Homogen urvalsgrupp men trots detta är denna artikel relevant och aktuell för oss. God reflektion över etik samt	MEDEL

		analysmättnad var nådd.	postpartum. Även kvinnans attityd som "avslappnad" eller "kontrollerande" redovisas i resultatet.	studiens begränsningar. Forskarna fångade även upp de kvinnor som behövde extra vård.	
<b>Highet et al. (2013)</b> <b>Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety</b>	Få insikt i kvinnors upplevelse av PPD, faktorer som bidrar till sjukdomen samt i vilken kontext det utvecklas.	28 djupintervjuer med kvinnor drabbade av PPD någon gång under de senaste 5 åren men upplevde sig ha tillfrisknat. 4 av dessa gjordes över telefon medan de andra gjordes ansikte mot ansikte. Kvinnorna hade själva anmält intresse för studien genom en hemsida för personer med depression och ångest.	3 teman hittade; graviditet- och mödraskapsrelaterade förändringar, besvikelse över graviditet och mödraskap samt erfarenheter av symptom på depression och ångest.	Bra metoddiskussion. Långt tidsintervall mellan sjukdom och intervju vilket kan vara en svaghet.	MEDEL
<b>Letourneau et al. (2007)</b> <b>Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression</b>	Att förstå behov av stöd, barriärer för stöd och preferenser för stöd för kvinnor med PPD.	41 kvinnor rekryterades till semistrukturerade, individuella intervjuer genom annonsering i kanadensisk media. En undergrupp på 11 kvinnor deltog även i gruppintervju.	Information samt bidragande hjälp (t.ex. avlastning i hemmet) var det viktigaste stödet för kvinnorna. De behöver också bli lyssnade på samt veta att detta är normalt för kvinnor med PPD.	En, för vårt syfte mycket relevant artikel som svarar på skillnader mellan olika kvinnors behov av vård vid PPD. Stor urvalsgrupp och väl genomförd studie.	MEDEL
<b>McCarthy et al. (2008)</b> <b>Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting</b>	Syftet var att utreda acceptansen samt upplevelsen av behandling av PPD.	15 kvinnor som fått behandling och stöd (t.ex. genom hembesök av psykiatrisjuksköterskor och läkemedel) för sin PPD intervjuades. Alla kvinnor som varit inskrivna i psykiatrin de senaste 18 månaderna och uppfyllde kriterier för PPD tillfrågades. Induktiv analysmetod användes för att tolka svaren.	5 huvudteman fokuserades på; "Något är fel", "Nå brytpunkten", "Acceptera diagnosen", "Urholka stigmat" samt "Efterföljande tillfrisknande". Att prata om sina känslor och upplevelser med sjukvårdspersonal samt andra mammor var något av det viktigaste för att tillfriskna.	Denna studie svarade väldigt tunnt på sitt syfte att ta reda på kvinnornas upplevelse av behandling men beskriver de olika faserna i PPD på ett bra sätt.	MEDEL
<b>Montgomery et al. (2012)</b> <b>Stories of women involved in a postpartum depression peer support group</b>	Syftet var att dokumentera hur kvinnor diskuterar och delar med sig av sina upplevelser av att leva med PPD.	Kvalitativ. Författarna satt med i en stödgrupp för kvinnor med PPD. Detta är en dotterstudie till en studie för Canadian Mental Health Association (CMHA). Bristfällig	Tre teman med tillfriskningshistorier sammanställdes: Illnesstories, Mothering wisdomstories och Mobilizingstories. Resultatet visar att kvinnor berättar dessa	En djup beskrivning av hur självläkning går till för kvinnor som deltar i stödgrupper och hur kvinnor upplever PPD. Bristfällig	LÅG

		urvalsbeskrivning. 7 kvinnor mellan 18-30 år ingick i gruppen.	historier i stödgruppen som olika steg i tillfrisknandet.	information om deltagarna samt om CMHA.	
<b>Patel et al. (2012)</b> <b>An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression</b>	Att undersöka PPD-drabbade kvinnors uppfattningar om vad som orsakar PPD.	Kvalitativ metod med individuella semistrukturerade intervjuer. 11 kvinnor som diagnosticerats med PPD deltog. En kvinna hade blivit deprimerad redan under graviditeten.	Sex olika teman med uppfattade orsaker till PPD lokaliserades. Ex. unmet expectations och loss of time.	Första studien som gjorts på kvinnors upplevelser av vad som orsakat PPD. Resultatet ger många bra råd till hur sjukvårdspersonal kan hantera PPD. Urvalsprocessen är dåligt beskriven.	MEDEL
<b>Ugarriza, D. N. (2002)</b> <b>Postpartum depressed women's explanation of depression</b>	För att få empiriskt baserad kunskap om förlossningsdepression och att sedan kunna grunda upptäckts- och interventionsstrategier.	30 kvinnor som självidentifierat sig som drabbade av PPD intervjuades över telefon eller personligen. De rekryterades genom nätverk och "snowball sampling". Deras upplevelser av PPD och behandling jämfördes med en biomedicinsk modell av PPD (DSM-V)	De PPD-drabbade mödrarna förklarade symptomen annorlunda än DSM-V kriterierna. Jämfördes de två var mödrarnas symptom mildare, även om de var långdragna och skapade otaliga problem i livet.	Ett intressant upplägg då det ofta är ett klinisk fokus på depression. De uteslöt dock kvinnor med tidigare depressioner ur studien, vilket kan ge en felaktig bild av de som drabbas av PPD.	LÅG