



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa VT21

Kvinnors upplevelser av postpartumdepression

-En litteraturöversikt

Women's experiences of postpartum depression

- A literature review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2021

Författare:

Katrin Engen
Leg. Sjuksköterska
Specialistsjuksköterska Intensivvård
Barnmorskestudent

Grace Doreen Wählström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:

Wibke Jonas
Leg. Barnmorska, PhD

Examinator:

Ewa Andersson
Leg. Barnmorska, PhD



**Karolinska
Institutet**

Sammanfattning

Bakgrund: Postpartumdepression (PPD) är en depression som uppstår i samband med barnafödande och drabbar mellan 13–19% av nyblivna mödrar globalt. PPD påverkar inte bara nyblivna mammor utan även det nyfödda barnet, relationen till partner och övriga familjemedlemmar. Symtomen på PPD debuterar enligt den kliniska bilden mellan 2–4 månader postpartum.

Syfte: Syftet med litteraturöversikten är att sammanställa och belysa kvinnors egna upplevelser av postpartum depression.

Metod: Litteraturöversikt där originalartiklar med kvalitativ design valts ut och granskats. Tolv studier analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fem huvudteman identifierades; (1) Idealiserat moderskap; (2) En kamp för livet; (3) Känsla av förlust; (4) Längtan efter stöd; och (5) Kulturell inverkan.

Slutsats: Litteraturöversikten ger nya insikter om hur nyblivna mödrar beskriver upplevelser om PPD. Denna kunskap kan vara av betydelse för all personal som möter nyblivna mödrar i sin yrkesroll. Att veta mer om kvinnors känslor kan hjälpa personalen att identifiera kvinnor som redan drabbats av PPD eller de som är i risk att drabbas av PPD. Vid möte med kvinnor är det viktigt att även lägga fokus på hela den komplexa bilden av känslor som är involverad i PPD. Kulturella skillnader av seder och religion utgör en global utmaning i erkännandet och medvetenheten om PPD bland kvinnor.

Nyckelord: Kvinnor, upplevelser, postpartumdepression, innehållsanalys.



**Karolinska
Institutet**

Abstract

Background: Postpartum depression (PPD) is a depression that occurs in childbirth and affects between 13-19% of new mothers globally. PPD affects not only new mothers, but also the newborn baby, the relationship with partners and other family members. According to the clinical view, the symptoms of PPD debut between 2-4 months postpartum.

Purpose: The purpose of the literature review is to compile and shed light on women's own experiences of postpartum depression.

Method: Literature review where original articles with qualitative design were selected and reviewed. Twelve studies were analysed with qualitative content analysis.

Results: Five main themes were identified; i) idealized motherhood; ii) A struggle for life; iii) Feeling of loss; iv) The longing for support; and v) Cultural impact.

Conclusion: The literature review provides new insights into how new mothers describe experiences of PPD. This knowledge can be important for all staff who meets new mothers in their professional role. Knowing more about women's feelings can help staff identify women who have already been affected by PPD or those who are at risk of suffering from PPD. When meeting with women, it is important to also focus on the whole complex picture of emotions involved in PPD. Cultural differences in customs and religion pose a global challenge in the recognition and awareness of PPD among women.

Keywords: Women, experiences, postpartum depression, content analysis.



Innehållsförteckning

1. BAKGRUND	1
1.1. Vad är postpartumdepression (PPD)?	1
1.2. Maternity blues	2
1.3. Postpartumdepression globalt och i Sverige	2
1.4. Orsaker till PPD	3
1.5. Riskfaktorer.....	3
1.6. Konsekvenser av PPD	3
1.7. Diagnos	4
1.8. Behandling	4
1.9. Barnmorskans roll	5
1.10 Psykisk ohälsa under graviditet.....	5
2. PROBLEMFORMULERING	6
3. SYFTE	6
4. METOD	6
4.1 Studiedesign	6
4.2. Datainsamling	7
4.3. Urval och kvalitetsgranskning	7
4.4. Analysmetod	8
5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
6. RESULTAT	9
6.1. Idealiserat moderskap	10
6.1.1. Förväntan vs verklighet.....	10
6.2. En kamp för livet.....	12
6.2.1. Symtomen/symtomatologi	12
6.2.2. Strategier/ Coping strategier	13
6.2.3. Rädsla att stigmatiseras	14
6.3. Känsla av förlust	15
6.3.1. Förlust av sig själv	15
6.3.2. Förlust av kontroll över sina känslor och beteende.....	16
6.4. Längtan efter stöd.....	16
6.5. Kulturell inverkan	18
7. DISKUSSION.....	19
7.1 Metoddiskussion	19
7.1.1. Generella reflektioner kring studiernas metod.....	21
7.2 Resultatdiskussion.....	22



7.2.1 Idealiserat moderskap	22
7.2.2 En kamp för livet.....	23
8.2.3. Känsla av förlust	24
7.2.4. Längtan efter stöd.....	25
7.2.5 Kulturell inverkan	27
8. KLINISKA INMPLIKATION.....	27
9. SLUTSATS.....	28
10. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....	29
11. REFERENSER.....	30
12. Bilaga 1	34
13. Bilaga 2a	37
14. Bilaga 2b	38
15. Bilaga 3	39



1. BAKGRUND

1.1. Vad är postpartumdepression (PPD)?

Depression som uppstår efter partus benämns PPD. Symtom på depression under och efter graviditet skiljer sig inte från symtom på depression vid andra tillfällen i livet. Symtom på depression kan variera men vanligast är nedstämdhet (egenupplevd eller noterat av andra), sömnproblem, trötthet, energiförlust, ångest, minskad eller ökad aptit (Rubertsson, 2016). Vid PPD kännetecknas symtombilden exempelvis av nedstämdhet, överdriven oro för barnet eller för att man ska skada barnet, tröstätande, sömnproblem, trötthet samt irritation och spänning (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016).

PPD avser depressiva episoder som förekommer efter barnafödandet (O'Hara & McCabe, 2013) och är ett tillstånd som inte bara påverkar nyblivna mammor utan även det nyfödda barnet, relationen till partner och övriga familjemedlemmar (Josefsson & Sjöström, 2009; Warner et al., 1996). O'Hara och McCabe (2013) skriver att PPD kan ses som ett långvarigt tillstånd med episoder av återfall. Enligt Slomian et al. (2019) har studier visat att en obehandlad PPD kan leda till kronisk depression. Studier har enligt O'Hara och McCabe (2013) indikerat att kvinnor med PPD har sämre förmåga att tillgodose sina barns välbefinnande och säkerhet. Därtill skriver de att studier som gjorts av kvinnor med PPD har visat att depressiva symtom varit värst tre veckor postpartum med skörhet och påverkan i sociala livet.

Att vänta barn innebär för de flesta blivande mödrar en tid av glädje och förväntan (Abascal & Svärd Huss, 2018) men det är även en tid med stor sårbarhet (Wickberg & Hwang, 2003). Dessutom skriver Wickberg och Hwang (2003) att bli förälder förknippas med självförverkligande och hopp om framtiden. Men denna förväntan kan stå i stark kontrast till verkligheten. Detta medför att en del kvinnor känner sig nedstämda, oroliga och känslomässigt labila under den första tiden efter barnafödandet. Vidare skriver Wickberg och Hwang att kvinnor känner sig otillräckligt förberedda eller upplever inte att de har det stöd som behövs för att klara av de nya uppgifter kopplat till moderskapet. Omställningen till moderskapet blir en överväldigande upplevelse för kvinnor.

Rubertsson (2016) skriver även att perioden postpartum innebär en stor omställning för alla nyblivna föräldrar vilket kräver extra uppmärksamhet och god omvårdnad gällande psykisk ohälsa. Denna



period präglas av betydande utmaningar men det kan vara mer utmanande för de kvinnor som har en underliggande psykisk sjukdom eller psykosociala riskfaktorer. Den första tidens emotionella obalans enligt Wickberg och Hwang (2003) kan i vissa fall leda till en depression. Enligt World Health Organisation (WHO, 2000) är depression inte bara det vanligaste psykiska problemet hos kvinnor, utan rankas även som det viktigaste hälsoproblemet totalt sett hos kvinnor.

1.2. Maternity blues

Enligt Sydsjö och Skoog Svanberg (2016) drabbas 40–80% av alla kvinnor av ”maternity blues” postpartum som påverkar humöret. Tillståndet kräver oftast inte behandling men det är viktigt att kvinnor informeras om orsak och symtom (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). Det finns kunskap om att vissa kvinnor drabbas mer uttalat av en psykiskt känslomässig påverkan, s.k. ”maternity blues” vilket även kan leda till lindrig eller svårare depression (WHO, 2014). Det är kliniskt viktigt att skilja PPD från maternity blues, som inkluderar humörsymtom/sinnesstämning (exempelvis tårfylldhet/gråtmild, labilitet) under de första 4 till 10 dagarna efter partus. Maternity blues anses vara lindrig i svårighetsgrad och begränsad i varaktighet, och viktigast av allt, försämrar tillståndet inte funktionen hos mödrar att fungera normalt i livet som tidigare (Kroska & Stowe, 2020).

1.3. Postpartumdepression globalt och i Sverige

Globalt är PPD ett tillstånd som drabbar många kvinnor. De första sex månaderna efter förlossningen kan utgöra en tid med hög risk för depression. Uppskattningsvis drabbas mellan 13–19% av alla kvinnor globalt av PPD (O’Hara & McCabe, 2013). Prevalensen varierar dock mycket mellan olika kulturer och kan bero på tvärkulturella variabler, skillnader i uppfattning om mental hälsa och dess stigma, skillnader i socioekonomiska miljöer och biologiska sårbarhetsfaktorer (Abdollahi et al., 2011; Halbreich & Karkun, 2006). Abdollahi et al. (2011) skriver vidare att kulturella dimensioner spelar en viktig roll i uppfattningen och upplevelsen av moderskapet i olika kulturer. Enligt uppgifter från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) drabbas årligen ca 8 - 15% av alla nyblivna mödrar av PPD i Sverige, det är ca 10 000 per år (SBU, 2014). I en svensk undersökning framkom det att cirka hälften av de kvinnor som hade depressiva symtom postpartum också hade depressiva symtom i början av graviditeten (Rubertsson et al., 2005). Trots det långvariga erkännandet av PPD, representerar tillståndet i stort sett oupptäckt form av maternell sjuklighet (Stewart et al., 2003).

1.4. Orsaker till PPD

Orsaken till att PPD drabbar vissa kvinnor anses vara kopplat till en ökad sårbarhet hos vissa och att de kan ha en uttalad känslighet för psykologisk påverkan (O'Hara & McCabe, 2013). Studier har visat att de stora hormonförändringar främst av östrogen och progesteron som sker vid partus och postpartum kan ha betydelse för utveckling av maternity blues och PPD. Kortisol som steroid har även visat sig öka risken för PPD hos kvinnor som tidigare haft PPD. Utifrån studier har det visat sig finnas ökad risk för kvinnor att drabbas av PPD kopplat till barnets hälsa, oönskad graviditet och obstetriska komplikationer. Depression hos nyblivna mödrar utgör särskild risk då de även ska ta hand om ett barn (O'Hara & McCabe, 2013).

1.5. Riskfaktorer

Problem i parrelationen, bristande stöd från socialt nätverk, isolering på grund av annan kultur eller språkligt hinder, ekonomiska och sociala svårigheter utgör ökad risk att drabbas av PPD. Påfrestande livshändelser så som i den barnafödande perioden utgör i sig en ökad risk för depression, PPD (Rubertsson, 2016). Gravida kvinnor med tidigare episoder av ångest och depression har en ökad risk att drabbas av PPD (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016; Rubertsson, 2016). Enligt World Health Organisation (WHO, 2014) utgör "maternity blues" ökad risk för vissa kvinnor att utveckla alltifrån lindrig till svår PPD.

1.6. Konsekvenser av PPD

Wickberg och Hwang (2003) skriver att när kvinnor drabbas av PPD finns en ökad risk att relationen påverkas negativt, med ökad risk för separation som följd. En konsekvens av PPD för barnets utveckling är att det kan hindra utvecklingen av en trygg anknytning mellan mamma och barn. Detta i sin tur kan leda till känslomässiga problem och beteendeproblem för barnet längre fram i livet (Wickberg & Hwang, 2003). Vidare kan moderns depression även förknippas med negativa hälsoeffekter på barnet såsom låg viktuppgång, akut eller kronisk diarré, dåligt immunförsvar och barnmisshandel (Slomian et al., 2019). Dessutom spelar svårighetsgraden och varaktigheten för att ett barn utsätts för moderns depression en viktig roll för att förutsäga framtida problem för barnet (O'Hara & McCabe, 2013). Effekterna av PPD på kvinnan, hennes relation till partnern och hennes barn utgör vikten av att diagnostisera, behandla och även förebygga (Robertson



et al., 2003). PPD kan leda till ett sällsynt akut tillstånd av postpartumpsykos cirka två-sex veckor efter partus och andelen kvinnor som drabbas ligger mellan 0,1–0,2 % (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). En annan allvarlig konsekvens är risken för självmord. Enligt Kroska och Stowe (2020) utgör självmord en stor andel av mödradödlighet bland kvinnor med PPD efter partus.

1.7. Diagnos

För att få diagnosen PPD krävs enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - femte revisionen) att symtomen på depression börjar runt 4–6 veckor efter partus. Debuten av PPD enligt den kliniska bilden kan ligga mellan 2 och 4 månader postpartum (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). De kriterier som utgör diagnos för depression är bland annat påtaglig viktnedgång eller viktökning (minskad eller ökad aptit), ångest, minskat intresse eller glädje av alla eller nästan alla aktiviteter, minskad koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet, förlust av energi, nedstämdhet. Minst fem av dessa symtom ska ha funnits nästan varje dag under en sammanhängande period av två veckor. Ett av symtomen ska vara minskat intresse eller glädje eller nedstämdhet (Stewart & Vigod, 2016). Innan symtom identifieras av vårdpersonal kan allvarliga tillstånd förekomma hos drabbade individer utan deras vetskap. Screening är den mest använda metoden för att tidigt upptäcka depressionen (Stewart et al., 2003).

Identifiering av PPD kan även göras med hjälp av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS är ett utarbetat mätinstrument som bygger på gravidas egen självskattning vid screening för symtom på depression (Cox et al., 1987). EPDS har en unik känslighet för förändring i svårighetsgrad av depression över tid (under och efter graviditet) och är därför lämpad att användas även för screening postpartum (Cox et al., 1987). Vid eftervårdsbesök inom mödrahälsovården kan EPDS användas för screening vid symtom på depression med stöd av de riktlinjer som finns i basprogrammet kombinerat med samtal (Vårdgivarguiden, 2020). Det är viktigt att även göra en klinisk bedömning och vara medveten om att nedstämdhet kan vara en tillfällighet och även ha många orsaker. Studier har visat att stöd till kvinnan även kan bidra till förbättrad hälsa för hela familjen (Rubertsson, 2016).

1.8. Behandling



Behandlingsinsatserna för PPD kan vara kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk korttidsterapi, interpersonell terapi och/eller behandling med antidepressiva läkemedel (Wickberg, 2019). Detta bekräftas även i en studie som gjordes av Dennis och Dowswell (2013) som visade att psykosociala och psykologiska interventioner inom 6 veckor efter förlossningen kan minska risken för PPD. Dessutom är individuellt anpassade behandlingar som inleds kort efter förlossningen mest effektiva. Vidare kan psykosocialt stöd i form av individualiserat hembesök av vårdpersonal efter förlossningen förebygga depressiva symtom och minska risken för att insjukna med cirka 40 %. Kroska och Stowe (2020) beskriver även att kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig ha den mest kort-och långsiktiga effektiviteten jämfört med de vanligaste interventionerna, exempelvis antidepressiva läkemedel, för att minska PPD symtom.

1.9. Barnmorskans roll

Svenska Barnmorskeförbundet (2020) skriver att barnmorskan ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Vården ska tillgodose patientens individuella behov av fysiskt, psykiskt och emotionellt välbefinnande och utgå ifrån patientens rätt till självbestämmande och medverkan i vården. Barnmorskan ska bland annat identifiera psykisk ohälsa och förebygga och/eller initiera insatser till exempel stöd och/ eller ta hjälp av andra yrkesprofessioner när den egna kompetensen inte räcker till. I Socialstyrelsens riktlinje (2017) finns det beskrivet om mödrahälsovårdens roll i vården av kvinnor efter förlossning. Enligt riktlinjen bör nyblivna mödrar screenas för depressiva symtom 6 till 8 veckor efter förlossningen. Detta är något som oftast sker vid barnhälsovården men kan också ske i samband med efterbesöket på mödrahälsovården. Barnmorskan på mödrahälsovården kan selektivt använda sig av EPDS för screeningen av depressivsymtom så att kvinnor med behov av vård remitteras vidare till en kurator, psykolog, läkare, psykoterapeut eller barnhälsovårdpsykolog eller till en Auroramottagning (Socialstyrelsen, 2017). Både barnmorskan på mödrahälsovården och barnsjuksköterskan på barnhälsocentralen har en betydelsefull roll och möjlighet att identifiera mödrar som lider av PPD.

1.10 Psykisk ohälsa under graviditet

Psykisk ohälsa är vanligt, lika vanlig hos gravida som hos icke-gravida (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). I Sverige drabbas cirka 15% av alla gravida kvinnor av ångestsymtom och andelen gravida som visar symtom på depression är cirka 10% (Rubertsson, 2016). Enligt World Health Organisation



(WHO, 2000) är depression inte bara det vanligaste psykiska problemet hos kvinnor, utan rankas även som det viktigaste hälsoproblemet totalt sett hos kvinnor. Psykisk ohälsa redan tidigt under graviditet innebär sammanfattningsvis ett svårt stresstillstånd för både mor och barn, och mammor med obehandlad psykisk sjukdom har dessutom dålig kapacitet att känslomässigt ta hand om sina barn (Josefsson & Sjöström, 2009). Av de kvinnor som insjuknar i PPD har en tredjedel insjuknat redan före graviditeten, en tredjedel under graviditeten och drygt en tredjedel efter förlossningen (Wisner et al., 2013). Trots att psykisk ohälsa har blivit vanligare att prata om, är det få som aktivt söker hjälp (Rubertsson, 2016). Genom att identifiera riskfaktorer för psykisk ohälsa under graviditeten och även efter partus kan barnmorska bedöma behov av stöd. Graviditeten ger barnmorskan möjlighet att kontinuerligt följa upp den gravida kvinnans psykiska hälsa inom mödrahälsovården så att problem vid psykisk ohälsa inte förvärras eller riskerar bli långvariga (Rubertsson, 2016).

2. PROBLEMFORMULERING

PPD är ett folkhälsoproblem som drabbar många kvinnor. Det finns kunskap om identifiering av riskfaktorer, prevalens och behandling av PPD. Det saknas dock en fördjupad sammanställning av kunskap gällande kvinnors egna beskrivningar av hur de upplever en PPD. Med denna studie vill författarna därför sammanställa och belysa kvinnors upplevelser av PPD. Med ökad kunskap om kvinnors upplevelser kan detta arbete bidra till möjligheten att planera och individanpassa föräldrastöd under graviditet och tidigt föräldraskap. Detta i sin tur kan bidra till ökad livskvalité för kvinnor som drabbas av PPD.

3. SYFTE

Syftet med litteraturöversikten är att sammanställa och belysa kvinnors upplevelse av postpartumdepression.

4. METOD

4.1 Studiedesign

Studien är en litteraturöversikt där vetenskapligt publicerade originalartiklar gjorda med kvalitativ metod valts ut och granskats. Valet av kvalitativ metod användes för att besvara syftet då det ska



beskriva och/eller ge förståelse av fenomen, upplevelser och erfarenheter av en viss utvald grupp (Forsberg & Wengström, 2015).

4.2. Datainsamling

Sökning av vetenskapliga artiklar gjordes i Karolinska Universitetsbibliotekets olika databaser och även manuellt. Databaser PubMed, CINAHL och Google Scholar användes av författarna. Sökord identifierades som ansågs vara lämpliga för informationssökningen utifrån vårt syfte; *mothers*, *experiences*, *postpartum depression*, *postnatal depression*. Utifrån dessa sökord gjordes en meningsbyggnad och även sökblock för att hitta relevanta artiklar.

Till en början gjordes fritextsökning i PubMed på "*mothers' experiences of postpartum depression*". Sökningen gav många träffar och det avgränsades genom att använda *abstract*, *Free full text* och *publicerings år 2005–2021*. Avgränsningen resulterade i något mindre antal träffar. Författarna valde att avgränsa sökning med funktionen *abstract* eftersom det fanns önskan om en kort sammanfattning av artiklarnas innehåll. Detsamma gäller avgränsningen med *Free fulltext* då författarna ville ha tillgång till artiklar som kan läsas i fulltext. Sökningar av artiklar gjordes även i databasen CINAHL. Vid sökningarna i CINAHL kombinerades några sökord genom att använda booleska operatörerna "AND". Avgränsning av sökningarna gjordes även i CINAHL med hjälp av *Peer reviewed*, *abstract* och *publicerings år 2005–2021*. Sökningarna i CINAHL gav några relevanta artiklar.

Sökningar i referenslistor i de artiklar som redan var funna gjordes även för att få tips om ytterligare användbara och relevanta artiklar. De artiklar som hittades manuellt söktes via reSEARCH, en sökruta på Karolinska bibliotekets startsida. Sökningarna via reSEARCH gjordes för att författarna redan visste vilka artiklar som önskades samt hade en önskan om att få direkt tillgång till artiklarna. KIB hade inte tillgång till en artikel som tycktes vara relevant, vilket ledde till att sökning av den artikeln gjordes i Google Scholar och fick tillgång till den artikeln. Datasökningen resulterade i 22 antal artiklar som ansågs vara relevanta. För matris över artikelsökningen se bilaga 2a och 2b.

4.3. Urval och kvalitetsgranskning



Författarnas urval av artiklar gjordes genom att läsa utvalda artiklars titlar och abstract.

Inklusionskriterier för litteraturöversikten var originalartiklar som besvarade syftet, etiskt godkända, vetenskapligt granskade, publicerade mellan år 2005–2021, svenska eller engelska. Urval gjordes även utifrån att kvinnorna i studierna hade en diagnos av PPD eller var identifierade med hjälp av EPDS (Cox et al., 1987). Kvantitativa studier, Review artiklar och systematiska översiktsartiklar valdes bort. De artiklar som motsvarade syftet, inklusionskriterier, de som hade fått etiskt godkännande och vetenskapligt granskade lästes igenom och valdes ut för att ingå i studien.

De artiklar som identifierats vara lämpliga kvalitetsgranskades sedan. För att kunna göra en totalbedömning av studiernas kvalitet använde författarna sig av SBU (2014) granskningsmall ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser”. Mallen består av fem huvudrubriker (Syfte, Urval, Datainsamling, Analys och Resultat) med tillhörande frågor med svarsalternativ ”ja”, ”nej”, ”oklart” och ”ej-lämpligt”. Totalbedömningen med hjälp av frågorna gör att artiklarnas kvalitetsnivå kan bedömas vara ”hög”, ”medelhög” eller ”låg”. Artiklarna i föreliggande studie bedömdes vara medelhög och hög i kvalitetsnivå efter granskningen.

Författarna granskade artiklarna enskilt och gemensamt och sedan hade en diskussion huruvida studierna har fångat det företeelse eller fenomen de ansågs studerats. Till studien valdes slutligen 12 antal kvalitativa originalstudier för dataanalysen. För att få översikt av urvalen av studierna, se bilaga 2.

4.4. Analysmetod

Textinnehållet av de utvalda originalartiklarna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Analysformen enligt Forsberg och Wengström (2015) är särskilt lämplig då innehållet i texter ska bearbetas så att de blir begripligt och meningsfullt. Att använda sig av innehållsanalys vid bearbetning av text bidrar till ökad förståelse utifrån studier med kvalitativ metod där fenomen, beskrivningar, förklaringar och ord utgör viktiga bärande delar av ett sammanhang. Med stöd av Forsberg och Wengström (2015) plockades meningsbärande delar ut ur texten i studierna så att ord, meningar och/eller stycken av innehållsmässig text kunde kopplas samman för att belysa nya delar eller sammanhang. För denna litteraturstudie har huvudteman och subteman identifierats.

Tabell 1: Ett exempel på tillvägagångssätt vid innehållsanalysen

Meningsbärande enheter	Kod	Subtema	Huvudtema
<i>"I could not see any light in the future. There was no one helping me. I lost all my hope at that time. I could not control my emotions and behaviour. I had no idea of how to solve the problem. I lost all my ability to cope"</i>	Känslor och beteende	Förlust av kontroll över känslor och beteende	Känsla av förlust

5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Helsingforsdeklarationen utarbetades 1964 av World Medical Association (WMA) som ger stöd åt denna föreliggande studie utifrån forskningsetiska grundläggande principer. Dessa innefattar bland annat att främja och bevara individers integritet, självbestämmande, hälsa och välbefinnande. Det ger stöd till föreliggande studie då samtliga originalstudier hade etiskt godkännande och samtliga deltagare blev tillfrågade om frivilligt deltagande. Datamaterialet behandlades konfidentiellt (World Medical Association, 2018). Denna studie är en litteraturöversikt. Det finns därför ingen direkt koppling till enskilda individer att ta hänsyn till. Då detta är en litteraturöversikt inom universitetsutbildning på grund-eller avancerad nivå krävs ingen ansökan gällande etiskt godkännande från etiska kommittén. Författarna avser att använda det som redan finns beskrivet utan att vinkla, ändra eller göra egna tolkningar för att påverka resultatet. Resultatet kommer att presenteras på ett sakligt och informativt sätt (Kjellström, 2017).

6. RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras utifrån de huvudteman och subteman som framkom. För att tydliggöra för läsaren hur resultatet är uppbyggt gjordes tabell 2. Vidare återges ett antal citat för att förtydliggöra de olika subteman. Fem huvudteman identifierades; i) Idealiserat moderskap; ii) En kamp för livet; iii) Känsla av förlust; iv) Längtan efter stöd; och v) Kulturella inverkan.

Tabell 2. Översikt över slutliga huvudteman och subteman

HUVUDTEMAN	SUBTEMAN
1. Idealiserat moderskap	Förväntan vs verklighet
2. En kamp för livet	Symtomen
	Strategier/ coping strategier
	Rädsla att stigmatiseras
3. Känsla av förlust	Förlust av sig själv
	Förlust av kontroll över känslor och beteende
4. Längtan efter stöd	
5. Kulturella inverkan	

6.1. Idealiserat moderskap

Kvinnorna beskrev hur de hade intention av att uppnå den idealbild de själva har av moderskapsrollen inbäddat i samhällets förväntningar socialt och kulturellt av vad som anses vara ”en bra mamma”. Upplevelsen beskrevs av kvinnorna som svår där de beskrev stora svårigheter i sin självupplevda känsla av att befinna sig i moderskapet av att inte räcka till och bemästra de uppgifter modersrollen innebär. Detta skapade stress och frustration hos de särskilt starkt kopplat till att inte kunna tillgodose sina barns behov (Buultjens & Liamputtong, 2007; Hannan, 2016; Patel et al., 2013; Gao et al., 2010; Edhborg et al., 2005; Khalid & Hirst-Winthorp, 2020). Ett subtema identifierades under detta huvudtema vilket är ”förväntan vs verklighet”.

6.1.1. Förväntan vs verklighet

Kvinnorna beskrev en känsla av glädje och förväntan inför sitt kommande moderskap samt hur de hade för avsikt att bli en så bra mamma som möjligt. De hade en föreställning om hur moderskapet skulle bli, men verkligheten upplevdes som något helt annat vilket mynnade ut i en känsla av misslyckande och förtvivlan (Buultjens & Liamputtong, 2007; Hannan, 2016).

"I'm not very good when I can't do something, when most things come to me quite easily....so I think part of me was that I had failed and that I had failed my child"(Hannan, 2016, p.30)

I studien av Patel et al. (2013) beskrev kvinnorna att upplevelsen av PPD hotade deras självkoncept, föreställning om att vara en god mor. De försökte att motarbeta hotet där de initialt förnekade eller minimerade tidiga tecken på svårigheter, depressionsrelaterat. På så sätt kunde de sträva efter att uppnå personliga, samhälleliga och kulturellt konstruerade förväntningar och ideal av moderskap. Dessutom var känslan av misslyckande och av att vara inkompetent mor något som beskrevs även av kvinnor i studien av Gao et al. (2010). Kvinnorna beskrev hur de kände sig misslyckade och inkompetenta eftersom de saknade kunskap gällande hur de skulle tolka barnets signaler och behov. Störst känsla av misslyckande kopplades till amning. Alla kvinnor (n=15) i studien hade provat att amma men bara tre av femton hade lyckats fullt ut. Även i studien av Edhborg et al. (2005) beskrev kvinnorna en känsla av skam och att vara en "dålig mor". De beskrev hur de förväntades vara lyckliga i sitt moderskap, då de fått ett friskt fint barn, men att de i själva verket kände sig olyckliga. Dessutom beskrev kvinnorna hur de i sitt tidiga moderskap upplevde känslor av osäkerhet och att de kände sig oförberedda på vad föräldraskapet innebar. Det fanns en stor oro kopplat till amning främst hos förstagångsmödrar, att inte lyckas med amning och att inte kunna ge barnet tillräckligt med mat. Det skapade känslor av skuld och misslyckande. Förstagångsmödrarna beskrev hur de upplevde skuld och kände sig ångerfulla av att de vid första stund, efter barnets födsel, hade svårt att ha känsla för att "vilja-ta-hand-om" och "känna kärlek till" barnet. Kvinnorna beskrev känsla av att vara överväldigade. Att ha barn visades sig vara väsentligt mer annorlunda än vad de hade förväntat sig. Kvinnorna medgav att de visste att det skulle vara svårt med att ta hand om ett barn, men till vilken grad var de osäkra på (Buultjens & Liamputtong, 2007).

Well, we wanted her very much and I knew it would be hard having baby...I knew that it would take a little while to get into a routine and things would change....but I didn't think things would be disrupted as they have been....I expected to do pretty much straight away (Buultjens & Liamputtong, 2007, p. 80)

Kvinnorna beskrev hur känslor i det tidiga moderskapet inte motsvarade de förväntningar de hade innan. Det beskrevs som känsla av nedstämdhet, oro, ilska och fysisk utmattning (Patel et al., 2013;



Gao et al., 2010). Upplevelsen av fysisk utmattning tillsammans med den emotionella tröttheten som de själva kopplade till den omvälvande och ständiga omsorgen av barnet beskrevs av kvinnorna som en känsla av att vara ”uttömd” eller ”tom” (Gao et al., 2010). Kvinnorna berättade att de blev överväldigade av det kravet moderskapet innebar och att de hade svårt att hantera detta. Kvinnorna hade en dröm om att bli en kompetent mamma, men drömmarna krossades av verkligheten och de blev desillusionerade. De beskrev en upplevd stress av den skillnaden som det ideala och verkliga moderskapet innebar.

6.2. En kamp för livet

Många kvinnor beskrev hur de försökte dölja sin PPD från partner, familj och omgivning. Detta för att de inte visste vad som hände dem och de försökte att ta sig igenom denna process själva för att inte oroa och besvära omgivning och familj. Det fanns en rädsla för att få en stämpel som inkompetent dålig mor, att anses (som mamma) inte kunna mästra sina uppgifter eller stigmatiseras. Tre subteman identifierades under detta tema: (1) symtomen/symtomatologi; (2) strategier/coping strategier; och (3) rädsla att stigmatiseras

6.2.1. Symtomen/symtomatologi

Det framkom att kvinnorna kämpade desperat för att förstå de tankar och känslor de upplevde. De var medvetna om att något stort och viktigt pågick och att det fanns behov av att förstå vad som hände så att det inte skulle hända igen. Ingen av kvinnorna såg läkemedel som lösning eller svar på det (Hannan, 2016; Wittkowski et al., 2011)

I really don't understand what is happening in my head. I have lots of thoughts going through my mind, I am not even sure what they are, just about how my life is crap. My head feels like it is going to explode, so much tension (Wittkowski et al., 2011, p. 486)

De flesta kvinnor i Hanley och Longs (2006) studie förnekade initialt sitt tillstånd och fann det svårt att erkänna till och med för sig själva. De kände sig ”bedrövad”. Det fanns en tendens att skydda intensiteten i deras känslor från sina familjer. Kvinnorna kände sig utmattad. Även i studien av Johansson et al. (2020) framkom det att det var svårt för de flesta kvinnor att erkänna och prata om PPD. Kvinnorna beskrev känsla av att känna sig övergivna och att skuldbelägga sig själv.

Kvinnorna beskrev det som en nedåtgående spiral av försämrat välbefinnande och en känsla av övergivenhet, sorg, ilska, skuld, oro och ensamhet. Dessutom beskrevs andra symtom som nedsatt aptit, energiförlust, irritation, sömnbrist, överkänslighet, gråtande och dåligt självförtroende samt att de beskrev hur de upplevde sig vara överkritiska mot sig själva. Kvinnorna berättade även att de blev överväldigad och hade tankar på skada sig själv (Hanna, 2016; Gardner et al., 2014; Gao et al., 2010). Flera kvinnor berättade att de hade tankar att skada sig själv och nästan medvetet skadat sina barn, till exempel att slå barnet på benet när barnet inte slutade gråta. Det framkom även att några kvinnor hade ambivalenta känslor mot barnet som varierade mellan kärlek, nonchalans, ogilla och hat. Däremot var det några kvinnor som rapporterade känslor av kärlek, medlidande och medkänsla mot barnet. Några av kvinnorna berättade att de hade varit frestad att hoppa ut genom fönstret tillsammans med barnet särskilt när de blev överväldigade av ångest. De berättade att tanken på att barnet behövde dem, hindrade de från att begå självmord (Chan et al., 2009; Gardner et al., 2014).

” Dying...taking my life.... Ending it up. I was...the time it was the peak of the stress I felt like just disappearing into thin air” (Gardner et. al., 2014, p.758)

Saknaden av glädje var också symtom som beskrevs av kvinnorna. Kvinnorna kände sig inte glada och denna känsla var rotade i hur de upplevde sin kroppsliga självbild under graviditeten och kopplat till förlust av sitt tidigare ”jag” (Khalid & Hirst-Winthorp, 2020; Gardner et al., 2014; Edhborg et al., 2005; Vik & Hafting, 2012). Kvinnorna beskrev återkommande en rädsla och oro kopplat till sitt föräldraskap med upplevelse av blandade känslor av sorg, frustration, panik och förlust av kontroll och beteende. Låg självkänsla, dåligt självförtroende, känsla av hopplöshet och skuld upplevdes av kvinnorna vilket var relaterat till den ständiga omsorgen av barnet och det fanns en ständig oro över att något skulle hända barnet (Chan et al., 2009; Buultjens & Liamputtong, 2007)

” Simple day to day activities are such an effort. I’m constantly feeling anxious about things...I have not been down to do the shops on my own yet. Mum comes with me” (Buultjens & Liamputtong, 2007, p.83)

6.2.2. Strategier/ Coping strategier

Det framkom genomgående i studierna att kvinnorna använde sig av strategier dels för att kunna hantera de främmande känslor och tankar som de upplevde, dels för att kunna leva upp till den ideala bilden av en god mor.

Kvinnorna berättade hur de upplevde skam kopplat till sin PPD och hur de kämpade för att upprätthålla en yttre fasad för att dölja sina svårigheter. De hade en rädsla för att andra skulle upptäcka de svårigheter de hade. De beskrev det utifrån att dels skydda sig själv, sin egen självbild, dels i syfte att skydda närstående och familj från de känslor deras svårigheter orsakade (Hanley & Long, 2006; Hannan, 2016). Vidare beskrev kvinnorna hur de dolde sina tankemässiga svårigheter genom att behålla det för sig själv och trycka ner dem. För att kunna hantera sin känslomässiga ångslan använde kvinnorna sig av strategier genom att bland annat ta fysiskt avstånd från andra och även emotionellt gentemot sig själva (Hannan, 2016).

I was frightened to tell anyone, but things had been getting on top of me. I thought it was just lack of sleep and this heavy cold. I thought that after a good night's sleep it would get better and I would be able to manage again (Hanley & Long, 2006, p. 151)

Andra strategier som antogs av kvinnor var att vända sig till sin tro/religion, ha egen tid, vara positiv och söka stöd från familjen. Genom att ta avstånd från andra, undvika, ljuga eller vägra att använda ordet "depression" kunde kvinnorna dölja sina svårigheter för andra. För kvinnorna var detta ett sätt att kunna bevara och skydda sina självkoncept som god mor (Patel et al., 2013; Wittowski et al., 2011). Hanteringsstrategi som användes av kvinnorna i Johansson et al. (2020) studie var att kämpa med sina känslor ensam. De uttryckte hur de hade försökt kompensera för frånvaron av positiva känslor genom att alltmer fokusera på barnet.

6.2.3. Rädsla att stigmatiseras

Av rädsla för att bli stigmatiserade och av brist på tilltro till andra beskrev kvinnorna i studien av Gardner et al. (2014) hur de undvek att söka hjälp för sina svårigheter inom sjukvården och av andra. Kvinnorna i Hannans (2016) studie hade blandade känslor av att låta andra veta om deras PPD av rädsla för att stigmatiseras.

Kvinnorna i studien av Patel et al. (2013) beskrev ett konfliktfyllt och motstridigt synsätt dels av rädsla för stigmatisering dels lättnad kopplat till en förståelse för sina upplevelser. Därutöver försvarade och förnekade kvinnor sina svårigheter kopplat till PPD på grund av stigma. De uttryckte att det var "skrämmande" att bli stigmatiserad eftersom det hotade deras självkoncept som mödrar. Dessutom trodde kvinnorna att stigmatiseringen skulle leda till att flera skulle se de som "svaga", "inte normal", "oberäkneligt" och "inte fungerande". Detta gjorde att de hade svårt att acceptera sin PPD (Patel et al., 2013).

....but I was adamant that I was fine and that it was just a lack of sleep and this, that and the other and I would not let her refer me to anybody because I was fine, I was just blocking out... (Patel et al., 2013, p. 686)

6.3. Känsla av förlust

Kvinnorna blev förvånade över hur allt förändrades efter barnets födsel. Genomgående beskrev kvinnorna en förlust av sig själv, förlust av sin identitet och förlust av kontroll över sina känslor och beteende. Det fanns en ytterligare dimension förlust av sin tidigare kropp. Två subteman identifierades under detta tema: (1) förlust av sig själv, och (2) förlust av kontroll över sina känslor och beteende.

6.3.1. Förlust av sig själv

Gemensamt framkom det att kvinnorna beskrev upplevelse av att förlora sin tidigare identitet, sig själv och sitt tidigare liv. Omsorgen om barnets behov tog över tillvaron och kvinnor beskrev hur de kände sig vilse i denna process (Gardner et al., 2014; Johansson et al., 2020; Vik & Hafting, 2012).

Kvinnorna beskrev hur de tappade bort sig själva och sin identitet och en känsla av att inte vara glad inombords. Känslan av sorg över att förlora sin personlighet bidrog till känsla av låg självkänsla. De beskrev även en känsla av att helt förlorat sig själv, som att "jaget" inte existerar längre, en förlust av personlighet och identitet. Prioriteringen av barnet tog överhand och kvinnans behov åsidosattes vilket beskrevs som att de tappa bort sig själva i denna process och det skapade sorg (Hannan, 2016; Vik & Hafting, 2012; Gao et al., 2010; Gardner et al., 2014). Därtill beskrev flera kvinnor även hur de sedan de blev mamma upplevt en känsla av att förlorat sig själv och hur de kämpade för att återfå

sin tidigare identitet. De beskrev en upplevelse av att inte känna igen sig själv. Det är dels kopplat till den fysiska förändring som sker i omställning in i moderskapet, men mest överraskande och omvälvande var den emotionella förvirringen de upplevde. Kvinnorna beskrev hur de innan de fick barn alltid upplevt sig glada och positiva, medan de nu istället kände sig ledsna och hade negativa tankar. Det beskrevs av kvinnorna som svårt att se ljuset i mörkret (Edhborg et al., 2005).

Old me was professional in my job, my job was timeless and process and controlling...But all of a sudden, I was responsible for someone else who didn't fit my order. There was no turning off...I lost all sense of who I was. I lost "me" completely, because "me" didn't exist...I just didn't understand how I could completely lose my personality and there was no hope of that ever coming back (Hannan, 2016, p. 31)

6.3.2. Förlust av kontroll över sina känslor och beteende

Varierande känslor som var oförväntade upplevdes av kvinnorna och de hade svårt att förstå samt förklara vilket gjorde det svårt för de att kontrollera dessa känslor (Vik & Hafting, 2012). I studien av Chan et al. (2009) beskrev kvinnorna en förlust av kontroll över sina känslor och beteenden. De förlorade hoppet och kände sig uppgivna. Därutöver kände de sig så bekymrade över att något hemskt skulle hända barnet att de upplevde "fantomgråt" (phantom crying), det vill säga att de faktiskt hörde sina barn gråta men när de gick för att kontrollera sov barnet djupt.

I could not see any light in the future. There was no one helping me. I lost all my hope at that time. I could not control my emotions and behaviour. I had no idea of how to solve the problem. I lost all my ability to cope (Chan et al., 2009, p. 112)

6.4. Längtan efter stöd

Kvinnorna beskrev genomgående olika grad av brist på stöd främst från partner men även brist på social support och stöd från sjukvården. Kvinnor upplevde en känsla av att ta fullt ansvar för barnet, familjen och hushållet. Bristen på stöd var även kopplat till ett socialt sammanhang av kulturella drag och levnadssätt. Detta gav sig uttryck i olika grad av känslor som frustration, isolering, besvikelse, sorg och uppgivenhet (Wittkowski et al. 2011; Gardner et al. 2014; Johansson et al. 2020; Vik & Hafting, 2012; Edhborg et al. 2005; Buultjens & Liamputtong, 2007).

Känslan av ensamhet och av att vara bunden till barnet, längtan efter stöd och hjälp samt vuxna människor att prata med upplevdes av kvinnorna (Edhborg et al., 2005; Gao et al., 2010).

Kvinnorna i studien av Gao et al. (2010) befann sig i tiden 6–8 veckor postpartum vilket påverkade dem i sin beskrivning av total utmattning av ständig omsorg till barnet i kombination av upplevelse av bristande stöd från partner. Flera kvinnor beskrev hur de direkt efter barnets födelse upplevde sig deprimerade. De beskrev en känsla av att uppleva sig ensam i föräldrarollen och hur de upplevde sig ha fullt ansvar på egen hand för barn och hushåll. De flesta av kvinnorna kände besvikelse över sin situation och berättade inte om sin situation eller sitt mående (symtomen på depression).

Kvinnorna upplevde en känsla av skam och ilska över att deras partner inte var engagerad i sitt barn eller stöttade kvinnorna (Johansson et al., 2020; Vik & Hafting, 2012). Det blev anledning till att några av paren skiljde sig (Johansson et al., 2020). Brist på stöd beskrevs av kvinnorna i aspekt av socialt utanförskap, att sakna vänner, och ekonomiska hinder av att inte kunna kontakta hälsovård eller samhällsfunktioner. Kvinnorna kände sig extremt isolerade och desperata för stöd men de visste inte vart de skulle vända sig eller vilket stöd de kunde få (Wittowski et al., 2011)

Gemensamt beskrevs av kvinnor känsla av utanförskap av att bo i ett nytt land och hinder av att söka stöd eller erbjudas stöd kopplat till språkliga hinder och svårigheter och grundat i kulturella skillnader och sedvänjor. Det fanns en uttryckt känsla av saknad av samtliga kvinnor av längtan till sitt tidigare liv, sitt hemland, sin familj och ett socialt stöd. Exempel på stöd av kulturell dimension beskrevs av kvinnor där de under första tiden med barnet fick hjälp och stöd av familj och närstående med omsorg runt barnet, matlagning och hushållssysslor. Kvinnorna beskrev känsla av att inte få det stöd man förväntat sig att få av sjukvården, och stödet som gavs upplevdes inte tillräckligt (Gardner et al., 2014; Wittkowski et al., 2011)

After you came back from the hospital you have visitors.... you have midwife coming... oh that is good! Those are a good period but when everybody stop coming you are on your own...then the door close and nobody comes again.... Oh God..... It feels very bad..... So, it's not nice.... We need more support. We need more support.... Even if it is just once a week people come to your house to see you (Gardner et al., 2014, p. 759).



6.5. Kulturell inverkan

Kulturella skillnader, religion och sedvänjor har betydelsen för erkännande av PPD globalt. Flera studier beskrev utmaningar i kulturella olikheter av kunskap, insikt och förståelse för erkännande och medvetenhet kopplat till PPD hos kvinnor. Kulturpåverkan vid moderskap och uppfattning om PPD var ett genomgående tema i studierna.

Kvinnornas sinnesstämning påverkades på olika sätt av tillvaron/närvaron av barnet. I studien av Gardner et al. (2014) upplevde kvinnorna att deras sinnesstämning blev bättre och detta var kopplat till barnet, då barn i den afrikanska kulturen förknippas med stolthet. Samtidigt som flera kvinnor (Wittowski et al., 2011; Gao et al., 2010; Chan et al., 2009) uppfattade barnet som orsaken till deras känslor av värdelöshet och olycka. Kvinnorna berättade om hur omhändertagandet av barnet orsakade konflikter mellan tradition och kultur. Det västerländska sättet att vårda barn föredrogs framför det traditionella sättet av flera kvinnor (Gao et al, 2010). En beskrivning av hur ordet "depression" inte förekommer inom den västra delen av Afrika och därmed finns inte PPD som ett sjukdomstillstånd beskrevs av kvinnorna. En av kvinnorna beskrev hur hon fick kunskap om sin PPD då hon fick sitt andra barn i ett västerländskt land, Storbritannien (Gardner et al., 2014).

I don't experience anybody having it (PPD in Nigeria). Cause I don't have it, I don't have it. I don't have it in Nigeria. I did not have it in Nigeria...I never knew it exist...you understand? Until I come this place (UK) (Gardner et al. 2014, p 758).

Kulturella sedvänjor och religion påverkar kvinnors tankar, känslor och beteende och sättet hur de själva kunde förstå och uttrycka sina upplevelser. Fyra av tio kvinnor i studien av Wittkowski et al. (2011) kunde använda uttrycket PPD för att beskriva sitt tillstånd. Övriga kvinnor hade inte hört ordet PPD och visste inte ens om ordets innebörd. Tillståndet beskrevs därmed olika beroende av uttryck för ordets innebörd vilket är en utmaning för kvinnor att få hjälp. De kämpade för att förstå sina svåra upplevelser och känslor som uttryck för det som benämns PPD. Tillvaron upplevdes som svår och vissa symtom gav sig uttryck i form av svårtolkad känsla.

I don't know what call it, in Pakistan where used to live, they don't have depression there. There is no word in Urdu for depression, I don't know what is happening to me, never seen it before, only when moved here (Wittkowski et al., 2011, p. 486)

7. DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

Studien är en litteraturbaserad översikt där vetenskapliga originalstudier gjorda med kvalitativ ansats har valts. Originalstudier med kvalitativa ansats valdes då författarna hade syftet att belysa kvinnors upplevelser av PPD. Denna metod anses vara lämplig då den enligt Forsberg och Wengström (2015) fokuserar på en kvalitativ ansats av att tolka och skapa mening och förståelse för individens subjektiva upplevelse av världen. Fördelen med denna metod är att resultatet från de inkluderade studierna sammanställdes vilket gav uttryck för nya viktiga aspekter kring kvinnors upplevelser av PPD upptäcktes. En nackdel med litteraturöversikt som metod är att resultatet i de valda studierna sedan tidigare har genomgått bearbetning av forskarna som genomfört själva originalstudien, vilket gör att vår analys bygger på ett redan bearbetat material. En annan nackdel kan vara också att man inte heller vet om forskarna hade tagit med all relevant data vid genomförandet av studien innan publicering. Vid kvalitativ metod kan delar av betydelse för studier inhämtas vid själva intervjutillfället av ansiktsuttryck, kroppsspråk eller röstens kraft vilket är delar som faller bort vid en litteraturöversikt. Detta kan leda till att författarna kan ha missat adekvat information. Vidare är artiklarna skrivna på engelska vilket kräver noggrann översättning för att lyfta delar av textinnehållet på rätt sätt. Detta medför att föreliggande studies resultat kan ha påverkats negativt då betydelsen i språket kan ha gått förlorad på grund av risk för feltolkningar eller felöversättningar. För att minska den risken diskuterade författarna gemensamt textinnehållet. För att ytterligare minska risken för feltolkning och/eller felöversättning valde författarna att citera meningsbärande delar av den text som identifierades i studierna som även syftade till att ge en mer levande och tydlig beskrivning av textinnehållet kopplat till syftet. Vad gäller författarnas egen förståelse så har ingen av författarna erfarenhet av PPD trots att båda har fått tre barn var. Dock hade författarna begränsad kunskap om begreppet PPD i samband med utbildningen innan arbetet påbörjades med föreliggande studie.

Flera artiklar hittades som dubletter i olika databaser vilket talade för att valet av sökorden var relevanta. Ett arbetes trovärdighet ökar om samma artiklar återkommer vid sökning med samma sökord i olika databaser. Likaså valet av sökord och kombinationen av sökord (Henricson, 2017).



Vetenskapliga artiklar som ligger till grund för studiens resultat söktes i databaser PubMed, CINAHL och Google Scholar. Med syftet att erhålla artiklar som motsvarade föreliggande studiens syfte valdes det antal kriterier avseende inklusion och exklusion. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle bland annat vara originalartiklar, vetenskaplig granskade (Peer Reviewed), etiska godkända, publicerade mellan 2005–2021, artiklar på svenska eller engelska samt att kvinnorna skulle ha diagnos på PPD eller identifierad med hjälp av EPDS. Att kvinnorna skulle ha haft diagnos av PPD eller identifierad med EPDS var inget kriterium från början. Det framkom då artiklarna skulle granskas. Detta gjorde att några artiklar som motsvarade föreliggande studiens syfte valdes bort ändå för att kunna öka studiens trovärdighet. Diagnos enligt DSM och screening av symtom vid depression med ett validerat mätinstrument som EPDS (Cox et al., 1987) ger styrka avseende kriterier för vald studiegrupp i studierna vilket även stärker detta arbetes trovärdighet. Dessutom valdes artiklar bort med kvantitativ ansats. Vidare artiklar som inte var vetenskapligt granskade, etisk godkända och Review artiklar valdes bort. Efter att ha sållat bort en hel del artiklar valdes till slut 12 antal artiklar som ligger till grund för studiens resultat.

De valda artiklarna lästes i sin helhet och kvalitetsgranskades. Artiklarna lästes var för sig för att kunna vara så objektiva som möjligt samt bedöma huruvida studiernas resultat är tillförlitligt. Kvalitetsgranskningen gjordes med stöd av SBU (2014) granskningsmall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser. Granskningsmallen bygger på 21 frågor och samtliga frågeställningar kan besvaras med ”ja”, ”nej”, ”oklart” och ”ej tillämpligt” för att få en total bedömning av studiens kvalitet. Artiklar som ingår i studien hade ”hög” och ”medelhög” kvalitetsnivå vilket ökar föreliggande studiens trovärdighet. Enskild kodning av materialet gjordes av författarna och sedan gjordes en jämförelse. Tillvägagångssättet som användes vid kvalitetsgranskningen och kodning av materialet anses bidra till en hög trovärdighet av föreliggande studie. Detta för att granskningen av artiklarna utfördes med stöd av validerad utarbetad granskningsmall samt att författarna har varit objektiva i sin granskning. En studie berörde både mödrars och pappors upplevelser av PPD men detta anses inte ha någon betydelse i föreliggande studie eftersom mödrarnas upplevelser var väl beskrivet för sig genomgående i studien. Dessutom ger det resultatet en bredare synvinkel då det beskrivs av Josefsson och Sjöström (2009) att kvinnors PPD påverkar även relationen till partnern.

I föreliggande litteratursammanställning inkluderades artiklar från Australien (3), Storbritannien (5), Sverige (2), Kina (1) och Norge (1). Att inkludera studier genomförda i flera olika länder anses vara både fördel och nackdel. Nackdelen med detta är att eftersom det är studier från olika länder kan det variera mellan kulturer hur kvinnorna ser på och ger uttryck på sin upplevd PPD. Detta är något som skrivs av Abdollahi et al. (2011) och Halbreich och Karkun (2006) att prevalensen av PPD varierar mycket mellan olika kulturer och det kan bero på tvärkulturella variabler, skillnader i uppfattning om mental hälsa och dess stigma, skillnader i socioekonomiska miljöer och biologiska sårbarhetsfaktorer. Å andra sida betraktas det som fördel eftersom resultaten i studierna ger en bredare syn och olika synsätt på upplevelser av PPD. Det styrker att PPD drabbar kvinnor över hela världen och i alla kulturer. Detta globala perspektiv av upplevelsen av PPD korrelerar med det som O'Hara och McCabe (2013) skriver att PPD är ett tillstånd som drabbar kvinnor globalt och att uppskattningsvis drabbas mellan 13–19% av alla kvinnor globalt. Föreliggande studiens resultat anses vara överförbart i Sverige då Sverige är ett mångkulturellt samhälle. I studien av Wittowski et al. (2011) och Gardner et al. (2014) intervjuade forskarna kvinnor som hade emigrerat från Asien (Indien, Bangladesh, Pakistan) respektive Västafrika till Storbritannien. Resultatet i respektive studie visar att kulturella sedvänjor och religion påverkar kvinnors tankar, känslor och beteende och sättet hur de själva kan förstå och uttrycka sina upplevelser. Då i Sverige bor samma nationaliteter som finns med i studierna och barnmorskor och även andra vårdpersonal träffar dessa kvinnor dagligen i sitt arbete. Resultatet i föreliggande studie kan komma till nytta eller kan användas för att öka medvetenhet och kunskap gällande kvinnors upplevelser om PPD inom mödrahälsovården, barnhälsovården, primärvården och även inom psykiatri.

7.1.1. Generella reflektioner kring studiernas metod

Föreliggande studie bestod av 12 vetenskapligt publicerade originalartiklar gjorda med kvalitativ metod. Forskarna till studierna valde kvalitativ metod och inte kvantitativ metod eftersom de ville förstå den unika levda (lived) upplevelsen av kvinnor med PPD eller få en rikare och detaljerad beskrivning av kvinnor med upplevd PPD. Alla deltagare i studierna blev intervjuade av forskarna. Enskilda intervjuer genomfördes som varade i genomsnitt 60 minuter. Detta gjordes av författarna eftersom de ville ge deltagarna friheten att kunna uttrycka sig. Forskarna till studierna är bland annat psykoterapeuter, lektorer i psykologi, forskarstudenter, psykiatriker, kliniska psykologer samt professorer i gynekologi. Trots att alla studier är av kvalitativ ansats hade forskarna använt sig av

olika kvalitativa traditioner och analysmetoder. De kvalitativa traditioner som förekom var fenomenologi, grounded theory och fallstudie. Analysmetoden bestod av bland annat tematisk analys och tolkande fenomenologisk analys. Eftersom forskarna hade olika analysmetod kan detta ha påverkat bearbetningen av materialet under syntesen. Dessutom kan studierna ha påverkats negativt av forskarna som har läst och tolkat insamlad data. Detta för att det finns risken att dataanalysen kan ha formats av forskarens värderingar. Enligt SBU (2020) kan forskare i kvalitativa studier av sin mänskliga existens inte vara objektiv vilket är studiemetodens utformning där material tolkas. Dock bekräftades tolkningarna från studierna av flera forskare och i vissa fall av andra utomstående personer vilket förmodans öka studiernas tillförlitlighet. Enligt SBU (2020) ökar en studies tillförlitlighet om tolkningarna har verifierats, exempelvis genom att flera forskare analyserar materialet oberoende av varandra eller genom att preliminära tolkningar diskuteras med utomstående. I studier av Hannan et al. (2016), Gardner et al. (2014) samt Khalid och Hirst-Winthorp (2020) var det få deltagare. Dock hade alla tre studierna sin grund i fenomenologisk metod vilket gör valet av antal deltagare godtagbar. Enligt Moser och Korstjens (2018) krävs det färre än 10 intervjuer vid fenomenologiska studier.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa kvinnors upplevelser av PPD. Resultatet är baserat på 12 vetenskapliga kvalitativa originalstudier. Resultatet gav en detaljerad inblick i kvinnornas upplevelse av PPD. Diskussionen kommer att byggas upp utifrån huvudteman vi identifierade: i) Idealiserat moderskap; ii) En kamp för livet; iii). Känsla av förlust; iv) Längtan efter stöd; och v) Kulturell inverkan.

7.2.1 Idealiserat moderskap

Kvinnorna hade höga förväntningar inför sitt kommande moderskap men de blev förvånade över kraven/ansvaret som kom med moderskapet. Deras förväntningar eller bilden av att bli förälder stämde inte riktigt med det som de upplevde i verkligheten. Kvinnorna ansträngde sig med kravet att leva upp till bilden av att vara en god mor vilket gjorde att de kände sig överväldigade och otillräckliga förberedda (Buultjens & Liangputtong, 2007; Hannan, 2016; Patel et al., 2013; Gao et al., 2010; Edhborg et al., 2005; Khalid & Hirst-Winthorp, 2020). Resultatet har likheter med det som framkom i studien av Highet et al. (2014) där forskarna undersökte om kvinnors upplevelser av

PPD. Skillnaden i studierna som inkluderades i denna litteraturöversikt var att kvinnorna i studien av Highet et al. (2014) var varken diagnostiserade med PPD eller identifierade med hjälp av EPDS, men deras beskrivning av upplevelsen av PPD liknar det som berättades av kvinnorna i föreliggande studier där de hade bekräftad diagnos. Resultatet i Highet et al. studien visade att kvinnorna kände sig överväldigade och chockerade över kravet som kommer med moderskap. Kvinnorna hade dessutom svårt att leva upp till sina förväntningar vilket gjorde att de kände sig otillräckliga. Detta är något som bekräftas även av Wickberg och Hwang (2003) som skriver att bli förälder förknippas med självförverkligande och hopp om framtiden, men ofta blir inte denna bild som kvinnorna har tänkt sig. Detta medför att de känner sig otillräckligt och oförberedda kopplat till moderskapet.

Resultatet i föreliggande studie och även i studien av Highet et al. (2014) visar att de förställningar om moderskapet som kvinnorna i studierna bar med sig påverkade deras upplevelse av hur de såg sig själva som mödrar. Detta ger inblick om att det inte är alla kvinnor som vänder sig till sjukvården vid upplevelse av depressiva symtom för att bli diagnostiserad. Hade kvinnorna i Highet et al. vänt sig till sjukvården hade de sannolikt fått diagnos. När kvinnors egna upplevelser av moderskap avviker från uppfattningar om samhällsdefinitioner av moderskap bidrar detta till en känsla av att vara en dålig mamma. Glappet mellan förväntningar och verklighet kan bidra till att kvinnors tillvaro präglas av oro och ångest. Här ses vikten att stärka kvinnors självkänsla genom att ge exempelvis information kring PPD, vad postpartumperioden kan innebära samt var de kan vända sig till för stöd vid PPD. Detta anses gagna kvinnor, barnen och även partnern.

7.2.2 En kamp för livet

Resultatet visade att kvinnorna inte ville framstå som otillräckliga eller inkapabla för andra. Samtidigt var de desperata att förstå vad som hände dem vilket gjorde att de led i tystnad (suffered in silence) med hopp om att kunna ta sig igenom depressionen och inte exempelvis besvära eller belasta sina nära och kära. Kvinnorna blev överväldigade av omställningen till moderskapet vilket gjorde att de blev tvungna att ta till sig strategier för att kunna hantera de främmande känslor och tankar de upplevde (Hannan, 2016; Wittowski et al., 2011; Patel et al., 2013; Johansson et al., 2020). Detta överensstämmer med vad Wickberg & Hwang (2003) beskriver i sin rapport att kvinnor inte själva söker hjälp och vet ibland inte ens att de har depression. I föreliggande studie tog några kvinnor avstånd eller isolerade sig från andra för att kunna hantera sin känslomässiga ångslan vilket medförde att de exempelvis kände sig ensamma. Tillskillnad från kvinnorna i studien av

Highet et al. (2014), beskrev några kvinnor en längtan efter isolering/ensamhet. De beskrev en stark önskan om att bli lämnade ifred och tankar om att fly den nya situationen vilket inkluderade att fly från barnet också.

En mängd olika symtom såsom irritation, sömnbrist, gråtande, tankar att skada sitt barn samt ilska beskrevs av kvinnorna (Gardner et al., 2014; Vik & Hafting, 2012; Hannan, 2016; Chan et al., 2009; Johansson et al., 2020). Symtomen som beskrevs av kvinnorna vittnades även av kvinnor i en studie som gjordes av Abrams och Curran (2009). Symtomen som beskrevs av kvinnorna i föreliggande studie samt studien av Abrams och Curran (2009) överensstämmer med de vedertagna symtomen som kännetecknar PPD. Exempelvis sömnproblem, irritation, nedstämdhet, överdriven oro för barnet eller att man ska skada barnet, att känna sig överväldigad och spänd (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016; Stewart & Vigod, 2016). Det verkade som att PPD symtomen gjorde att kvinnorna kände att de inte kunde hantera den nya situationen vilket bidrog bland annat till låg självkänsla hos kvinnorna. När man jämför kvinnornas beskrivning av symtomen i föreliggande studie och studien av Abrams och Curran (2009) uppmärksammas det att betydelsen av symtomen och hur de uttrycks kan variera beroende på det sociala eller kulturella sammanhanget. Stigman kopplat till diagnosen PPD verkar avskräcka kvinnor från att identifiera och erkänna deras behov och söka hjälp för sina symtom. Resultatet i föreliggande studie och i studien av Abrams och Curran visar att de flesta kvinnor som upplever PPD tvekar att avslöja sina känslor för andra på grund av rädsla att stigmatiseras eller bli avvisad av familj och vänner. Här kan man ställa sig frågan hur många kvinnor som drabbas men det upptäcks inte och de lider i tystnad? Författarna i föreliggande studie anser att det är av stort vikt att vårdpersonalen, i mötet med kvinnor som upplever PPD, inte lägger sina egna värderingar utan istället bemöta kvinnorna utifrån ett professionellt förhållningssätt.

8.2.3. Känsla av förlust

I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde olika slags förlust. Återkommande i de studierna var förlust av sig själv, - identitet, -sitt tidigare liv, - tidigare kropp och kontroll över känslor och beteenden (Gardner et al., 2014; Johansson et al., 2020; Vik & Hafting, 2012; Edhborg et al., 2005; Chan et al., 2009). Resultatet i föreliggande studier delade vissa likheter med det som framkom i studien av Abrams och Curran (2009) samt Highet et al. (2014). Kvinnorna i Abrams och Curran (2009) studie upplevde känslor av att vara utom kontroll då de kände sig extremt belastade av arbete och kravet kopplat till omsorgen av barnet vilket medförde att de inte hann tillgodose sin egenvård

eller ha egen tid. Likaså kvinnorna i Highet et al. (2014) beskrev en känsla av förlust av sig själv och sörjde förlusten av sin självständighet och tidigare liv. De upplevde att omsorgen av barnet styrde deras liv vilket ledde till att de fick försumma vissa aktiviteter, intressen och behov som uppfattades som betydande för deras identitet.

Kvinnors liv förändras avsevärt när de blir mammor och de flesta upplever någon form av förlust. Flertalet kvinnor hade upplevt förlust av någon del av sitt liv som fanns före barnafödandet. Barnafödandet är en tid för övergång och därför kräver det förmågan att hantera nya situationer. Genomgående uppmärksammas att i ett försök att tillgodose barnens behov, hinner inte kvinnor ta hand om sig själva. De upplever att omsorgen kräver all deras tid vilket bidrar till en känsla av förlust hos kvinnorna.

7.2.4. Längtan efter stöd

Genomgående i studierna belyser kvinnor sin längtan efter både emotionellt och fysiskt stöd. Brist på stöd upplevs främst kopplat till partner men även till familj, social support och professionellt stöd. Stöd innefattar olika dimensioner av alltifrån praktisk hjälp i hemmet med hushållsarbete, omsorg runt barnet eller mer känslomässigt stöd. Bristen på stöd skapar känslor hos kvinnor av bland annat frustration, isolering, besvikelse och uppgivenhet (Johansson et al., 2020; Vik & Hafting, 2012).

Emotionellt och praktiskt stöd verkar spela stor roll i kvinnors välbefinnande kopplat till moderskapet. Detsamma beskrevs i en studie av Jarosinski och Pollard (2014) där kvinnor med riskfaktorer för att utveckla PPD följdes under tredje trimestern och även 6–8 veckor postpartum. Kvinnorna beskrev stödet som avgörande för deras välbefinnande och såg det även som en positiv effekt i slutänden även för deras barns välbefinnande. Liknande beskrevs av Rubertsson (2016) där stöd till kvinnor även har gynnande effekt för partner och övriga familjemedlemmar. Anpassat stöd av barnmorskor och sjukvårdspersonal utgör en viktig faktor för upptäckt av symtom på depression och vid bemötande av kvinnor med PPD så att rätt stöd kan erbjudas. En större utmaning är att identifiera kvinnor med särskild sårbarhet att drabbas av PPD. Här har barnmorskor särskild kunskap som grund för noggrann anamnes. Genom riskbedömning har barnmorskor möjlighet att upptäcka särskilt sårbara kvinnor och skyldighet att erbjuda stöd till kvinnor med ökad risk för PPD och de som via EPDS skattar 10p eller mer.

Flertalet kvinnor i föreliggande studie saknade bekräftelse från sin partner beträffande sina känslor och svårigheter. Några kvinnor skiljde sig från sin partner som resultat av brist på stöd från partnern. Av rädsla för att belasta eller oroa partner och familjemedlemmar valde kvinnor att hålla tyst om sina svårigheter. När kvinnor tar på sig fullt ansvar för barnet, familjen och hushållet kan detta leda till fysisk och psykisk utmattning. Detta i sin tur kan leda till en känsla av maktlöshet och hopplöshet.

Resultatet i föreliggande studie visar att bristen på stöd även skapar utanförskap. Detta var något som var mer påtagligt bland kvinnor som hade emigrerat till det landet de befann sig i. Utanförskapet hade en koppling till språkliga svårigheter och även grundat i kulturella skillnader och sedvänjor av betydelse för att söka stöd (Gardner et al., 2014; Wittkowski et al., 2011).

Längtan efter stöd eller brist på stöd kan ses utifrån olika aspekter kopplat till kvinnors möjlighet till stöd. I föreliggande studie beskriver kvinnor hinder som begränsar deras möjlighet till stöd. Det är bland annat brist på kunskap om PPD och att inte ha tillgång till stöd. Begränsningar så som bland annat språk, kultur, ekonomi utgör särskild svårighet för att söka stöd vilket är en ytterligare utmaning för kvinnor med PPD. Att inte erbjudas stöd och rädsla för att missuppfattas eller stigmatiseras gör att kvinnor inte vågar prata om sina depressiva symtom. Tillgång till stöd av sjukvårdssystem och professionellt stöd ser olika ut i olika länder. Utifrån ett globalt perspektiv beskrivs hur nyblivna mödrar hindras att söka stöd på grund av ekonomiska svårigheter där sjukvård måste finansieras på egen hand (Gao et al., 2010) eller av språkliga eller kulturella hinder av att inte veta vart man ska vända sig för att få hjälp, att inte kunna få stöd (Gardner et al., 2014; Wittkowski et al., 2011). I studien av Jarosinski och Pollard (2014) beskrev kvinnorna hur frånvaro av stöd orsakade dem stress och gjorde dem "nedslående". Stöd (support) beskrevs av kvinnorna som en möjlighet att förhindra och försämra depression och ångest och de insåg att stöd var nödvändigt. Kvinnorna ansåg att det var deras ansvar att ta kontakt med sjukvården för att få stöd. Att sakna förståelse för sina besvär eller att inte erkänna för sig själv och andra att man har PPD kan vara ett hinder som gör att kvinnor inte söker hjälp. Att ta tag i sitt problem och att "orka" söka stöd kan i sig utgöra en utmaning för kvinnor med PPD.

Professioner som arbetar inom mödravård har kunskap om den normala psykologisk påverkan som drabbar en stor andel kvinnor efter barnafödande. Att uppmärksamma tecken på symtom som vid PPD särskilt för vissa riskgrupper och vaksamhet av andra påfrestande händelser av bland annat komplikationer under graviditet eller förlossning kan öka möjligheten att fler kvinnor får det stöd de behöver. Kunskap om kulturella skillnader av uttryck som tecken på PPD är en global utmaning.

7.2.5 Kulturell inverkan

Resultatet visar den inverkan kulturen kan ha på förståelsen och upplevelsen av postpartum depression (Gardner et al., 2014; Wittowski et al., 2011). Sedvänjor och övertygelser anses spela roll i kvinnors upplevelser av symtom på depression postpartum. Detta styrks av Abdollahi et al. (2011) som menar att kulturella dimensioner spelar en viktig roll i upplevelsen och uppfattningen av moderskap i olika kulturer. I studien av Gardner et al (2014) beskrev kvinnorna hur PPD inte fanns som sjukdomstillstånd i Väst Afrika. Kvinnorna använde ordet "stress" för att beskriva sin PPD. Detta visar att olika kulturer kan ha sina egna specifika åsikter om psykisk ohälsa i överlag. Denna brist på erkännande kan leda till att mödrar förnekar eller avfärdar deras symtom och oro. I studien av Wittowski et al. (2011) var det enbart 4 av 10 kvinnor som kände till uttrycket PPD som tillstånd. Prevalensen av PPD globalt varierar enligt Abdollahi et al. (2011) på upp till 60 % på grund av kulturella skillnader, sedvänjor och religiös inverkan för erkännandet och medvetenheten av tillstånd så som PPD globalt bland kvinnor. PPD som sjukdomstillstånd globalt kan därmed anses ha ett stort mörkertal av kvinnor som antingen inte upptäcks eller anses ha PPD. Brist på tillgång till stöd och behandling, ekonomiska svårigheter, infrastruktur (boende på landet i otillgängliga byar) kan vara ytterligare bidragande faktorer som bidrar till hög andel PPD som inte diagnostiseras.

8. KLINISKA INMPLIKATION

PPD är ett vanligt förekommande sjukdomstillstånd kopplat till barnafödande som drabbar kvinnor i Sverige och globalt. Upplevelsen av PPD är varierande och kvinnor beskriver känslor av otillräcklighet, ensamhet, isolering, ånger, skuld, skam av att vara en dålig mor, misslyckande, förlust av sig själv, stress och "being labelled". Det är viktigt att personalen inom vården särskilt barnmorskor och barnsjuksköterskor har kännedom om hur kvinnor med PPD känner sig och inte bara fokusera på poängen vid bedömning med EPDS. Därmed är behovet av kunskap gällande hur

kvinnor kan reagera på moderskapet av betydelse. Genom att sätta sig in i varje enskild kvinnas erfarenheter kan barnmorskan därefter planera anpassat stöd utifrån individuella behov.

Kunskap om den kulturella inverkan och upplevelsen av depressiva symtom som föreliggande studie lyfter fram kan bidra till bättre bemötande av kvinnor och även vara till stöd vid val av stödinsatser och behandling av kvinnor som drabbas av PPD. Då det dessutom i Sverige bor samma nationaliteter som finns med i studierna kan detta appliceras och komma till nytta för barnmorskor och även annan vårdpersonal som möter dessa kvinnor i sitt dagliga arbete.

9. SLUTSATS

Denna litteraturöversikt ger nya insikter i hur kvinnor beskriver sina upplevelser av PPD. Denna kunskap kan vara av betydelse för all personal som möter nyblivna mödrar i sin yrkesroll. Att lära sig mer om kvinnors känslor kan hjälpa personalen att identifiera kvinnor som redan drabbats av PPD eller är i riskzonen att drabbas av PPD. PPD förblir ett dolt problem då kvinnor har tendensen att inte vilja avslöja/berätta om sina psykiska problem. Detta medför att kvinnor som upplever/drabbas av depressiva symtom inte upptäckts. Vid möte med kvinnor är det viktigt att även lägga fokus på hela den komplexa bilden av PPD som bland annat även innefattar kulturella värden av känslor som är involverad i PPD. Detta för att bättre förstå orsakerna, förebyggande och diagnos av PPD och vård av kvinnor med detta tillstånd. Sammanfattningsvis visar våra fynd att kvinnor med PPD kan uppleva omställningen till moderskapet som en svår övergång. De upplever denna period som ansträngande och överväldigande vilket ger upphov till fysisk och psykisk utmattning. Eftersom kvinnor oftast känner sig otillräckliga och oförberedda på vad moderskapet innebär blir förändringen svår för dem att hantera vilket gör att de upplever symtom som exempelvis nedstämdhet, irritation, sömnbrist, överkänslighet, gråt, dåligt självförtroende och överkritisk mot sig själva. Upplevelser av sjukdomen samtidigt som kvinnorna måste ta hand om barnet kan vara utmanande vilket medför att de tar till sig strategier för att ta sig igenom postpartumperioden. Kvinnor kan välja att dölja sin oro och ångest eftersom om de skulle erkänna att de lider av depression skulle detta vara bekräftelse på deras misslyckanden eller svårigheter. Vidare även om kvinnorna känner sig överväldigade och deprimerade kan deras kulturella bakgrund ha ett inflytande på deras upplevelse av PPD, stöd och hjälpsökande beteenden.



10. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Föreliggande studie belyser hur kvinnor upplever PPD utifrån ett globalt perspektiv. I Sverige drabbas årligen ca 8–15 % av alla nyblivna mödrar av PPD enligt SBU (2014). Med tanke på Sverige som ett mångkulturellt samhälle, andelen kvinnor som drabbas av PPD årligen, påverkan som PPD har på kvinnan själv, det nyfödda barnet och relationen till partnern, anses behovet föreligga av flera studier som utforskar och belyser kvinnors upplevelser av PPD. Det finns få studier gjorda i Sverige där kvinnor beskriver sina upplevelser av PPD. Det föreligger ett stort behov av aktuella studier som inte endast utforskar kvinnors upplevelser utan även lyfter den mångkulturella aspekten av upplevelsen av PPD. Kunskapen utifrån ett mångkulturellt perspektiv kan bidra till utformning av individanpassad vård som präglas av förståelse och bekräftelse.

11. REFERENSER

***=Artiklar som ingår i resultatet**

Abascal, G., & Svärd Huss, M. (2018). *Att föda: En barnmorskas tankar, råd och erfarenhet*. Stockholm

Abdollahi, F., Lye, M-S., Zain, A.M., Ghazali, S. S., & Zarghami, M. (2011). Postnatal Depression and its Associated factors in women from different cultures. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, 5(2), 5-11.

Abrams, S. L., & Curran, L. (2009). "And you are telling me not to stress"? A grounded theory study of postpartum depression symptoms among low-income mothers. *Psychology of women Quarterly*, 33, 351-362.

*Buultjens, 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. DOI: doi:10.1016/j.midw.2006.04.002

*Chan, W-C. S., Williamson, V., & McCutcheon, H. (2009). A Comparative Study of the Experiences of a Group of Hong Kong Chinese and Australian Women Diagnosed with Postnatal Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(2), 108-118.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>[Opens in a new window]

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

*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. DOI:10.1080/14034940510005725

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 uppl.). Natur & Kultur

*Gao, L-L., Chan, S. W-C., You, L., & Li, X. (2010). Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 303-312. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05169.x

*Gardner, L. P., Bunton, P., Edge, D., & Wittowski, A. (2014). The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study. *Midwifery*, 30, 756-763. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.001>



Hallbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111

*Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22, 147-157. DOI: doi:10.1016/j.midw.2005.08.004

*Hannan, J. (2016). Older mothers' experiences of postnatal depression. *British Journal of Midwifery*, 24(1), 28-36. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.12968/bjom.2016.24.1.28>

Hightet, N., Svensson, L. A., Purtell, C., & Co, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and birth*, 27, 179-184. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.003>

Jarosinski, J., & Pollard, D. (2014). Postpartum Depression: Perceptions of a Diverse Sample of Low-Income Women, *Issues In Mental Health Nursing*, 35 (3), 189-197. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.848960>

*Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being*, 15(1), 1722564. DOI:10.1080/17482631.2020.1722564

Josefsson, A., & Sjöström, K. (2009). *Hur psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning påverkar det ofödda och nyfödda barnet* (Rapport nr 62). Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Arbets- och Referensgruppen för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi. <https://www.sfog.se/start/arg-rapporterdiagnosbok/>

*Khalid, F., & Hirst-Winthorp, S. (2020). 'Mammy's supposed to be strong and supportive – not sitting in a corner rocking and crying': an interpretative phenomenological analysis of British mothers' experiences of postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-12. DOI: 10.1080/02646838.2020.1830540

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. 57–80). Studentlitteratur

Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409-419. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General practice*, 24(1), 9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

O'Hara, W. M., & McCabe, E. J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612



*Patel, S., Wittkowski, A., Fox, R. E. J., & Wieck, A. (2013). An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression. *Midwifery*, 29, 682-689. <https://www.sciencedirect-com.proxy.kib.ki.se/science/article/pii/S026661381200112X?via%3Dihub>

Robertson, E., Celasun, N., & Stewart, E. D. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.

Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. I H, Lindgren., K, Christensson., & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde* (1 Uppl., s. 399–402). Studentlitteratur

Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infants Psychology*, 23(2), 155–166.
DOI:10.1080/02646830500129289

SBU. (maj 2014). *Förebyggande av postpartumdepression- Psykosocial och psykologiska profylax mot depression efter förlossningen*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/forebyggande-av-postpartum-depression/>

SBU. (oktober 2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser*. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården.
<https://www.sbu.se/metodbok>

SBU. (april 2020). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten*.
<https://www.sbu.se/metodbok>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*, 15. DOI: [10.1177/1745506519844044](https://doi.org/10.1177/1745506519844044)

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning*. Hämtad 2021-02-13
[Vård efter förlossning \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/vard-efter-forlossning)

Stewart, E. D., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S. L., & Wallington. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.

Stewart, E. D., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22).

Svenska Barnmorskeförbundet (2020). <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>



Sydsjö, G., & Skoog Svanberg, A. (2016). Psykiska komplikationer i samband med förlossningen. I H. Lindgren., K. Christensson., & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde* (1 Uppl., s. 679–685). Studentlitteratur

*Vik, K., & Hafting, M. (2012). "Smile through It!" Keeping up the Facade While Suffering from Postnatal Depressive Symptoms and Feelings of Loss: Findings of a Qualitative Study. *Psychology*, 3, 810–817.

Vårdgivarguiden. (1 mars 2020). *Basprogram – vård under graviditet*. Hämtat 21-01-15 från: <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/basprogram.pdf>

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168, 607–611

Wickberg, B. (13 november 2019). *Depression hos nyblivna mammor*. Rikshandboken. <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/foraldraskap/depression-hos-nyblivna-mammor/>

Wickberg, B., & Hwang, P. (2003). *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Folkhälsoinstitutet. <https://hitta.vgregion.se/dokument/?q=postpartum%20depression&s=VGRegion>

Wisner, L. K., Sit, K. Y. D., McShea., Rizzo, M. D., Zoretich, A. R., Hughes, L. C., Engs, F. H., Luther, F. J., Wisniewski, R. S., Costantino, L. M., Confer, L. A., Moses-Kolko, L. E., Famy, S. C., & Hanusa, H. B. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnosis in postpartum women with screen-positive depression findings. *Journal of the American Medical Association psychiatry*, 70 (5), 490-498. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2013.87](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87)

*Wittowski, A., Zumla, A., Glendenning, S., & Fox, J. R. E. (2011). The experience of postnatal depression in South Asian mothers living in Great Britain: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 480-492. DOI: 10.1080/02646838.2011.639014

World Health Organization, WHO (2014). WHO recommendations on Postnatal care on the mother and newborn, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health World Health Organization, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf

World health Organization, WHO (2000). Women's mental health: An Evidence Based Review. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva 2000. [WMH REVIEW FINAL \(who.int\)](https://www.who.int/publications/mh-review-final)

World Medical Association. (9 juli 2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



12. Bilaga 1

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög ☐ Medelhög ☐ Låg ☐

Anvisningar:

Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.

Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	☐	☐	☐	☐

kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Är urvalet relevant?	☐	☐	☐	☐
Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	☐	☐	☐	☐
Är kontexten tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
Finns relevant etiskt resonemang?	☐	☐	☐	☐
Är relationen forskare/urval	☐	☐	☐	☐



tydligt
beskriven?

ommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Är datainsamlingen tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
Är datainsamlingen relevant?	☐	☐	☐	☐
Råder datamättnad?	☐	☐	☐	☐
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	☐	☐	☐	☐

ommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Är analysen tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	☐	☐	☐	☐
Råder analysmättnad?	☐	☐	☐	☐
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i	☐	☐	☐	☐



relation till
analysen?

ommentarer (analys, analysmättnad etc):

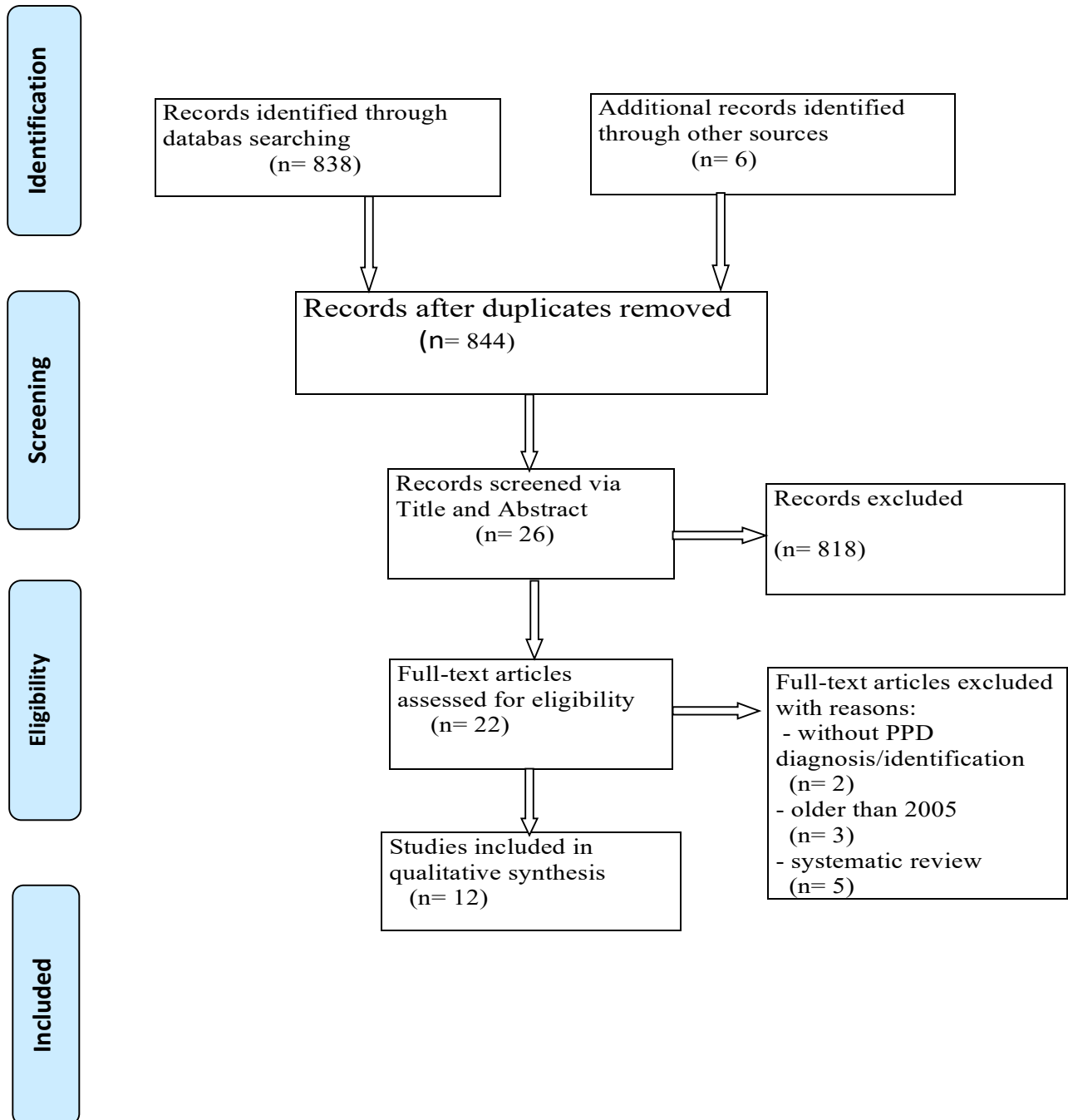
Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Är resultatet logiskt?	☐	☐	☐	☐
Är resultatet begripligt?	☐	☐	☐	☐
Är resultatet tydligt beskrivet?	☐	☐	☐	☐
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	☐	☐	☐	☐
Genereras hypotes/teori/modell?	☐	☐	☐	☐
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	☐	☐	☐	☐
Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	☐	☐	☐	☐

ommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

13. Bilaga 2a



PRISMA 2009 Flow Diagram





14. Bilaga 2b

Artikelsökning till litteraturstudien

Databas	Söktext/Sökblock	Limits/Avgränsning	Antal Träffar	Lästa titel/ abstract	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
PubMed	Mothers' experiences of postpartum depression	Abstract Free full text 2005-2021	268	5	3	2
CINAHL	Mothers AND lived experiences AND postpartum depression	Peer Reviewed Abstract 2005-2021	47	10	6	3
CINAHL	Mothers' AND experiences AND postnatal depression	Peer Reviewed Abstract 2005-2021	517	11	7	5
	Manuell sökning via referenslistor från funna artiklar		5		5	1
Google Scholar	Titel sökning		1		1	1
Totalt			838	26	22	12

15. Bilaga 3

Matris över slutligt urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	Tidskrift, land & år	Syfte	Kvalitativ & datainsamlingsmetod	Etisk godkännande	Diagnos/EPD S	Resultat	Kvalitetsnivå
1. Buultjens, M. & Liamputtong, P.	When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth	Midwifery. Australien, 2007.	Att fånga de saknade rösterna från mammor som lider av postnatal depression	Kvalitativ metod. Tematisk analys. Semi-strukturerad djupintervjuer (60 minuter) 10 deltagare	Etisk godkänd	PPD diagnos	Stigma knyts ofta an till kvinnor som är olyckliga efter att barnet föds, eftersom de inte klarar moderskapets krav. Som resultat kan postnatal depression vara en skrämmande och isolerande upplevelse för kvinnor.	Hög kvalitet
2. Chan, W-C. S., Williamson, V., & McCutcheon, H	A Comparative Study of the Experiences of a Group of Hong Kong Chinese and Australian Women Diagnosed with Postnatal Depression	Perspectives in Psychiatric Care. Hong Kong & Australien, 2009	Att undersöka upplevelserna av postnatal depression mellan en grupp kinesiska och kaukasiska kvinnor	Fenomenologi. Tematisk analys. Semi-strukturerad djupintervjuer (längd på intervjun framgår ej). 47 deltagare	Etisk godkänd	PPD diagnos	Kvinnorna kände sig fångad i depressionen, hade ambivalenta känslor gentemot barnet, oskyddad	Hög kvalitet

							partner, kontrollerande och mäktiga svärföräldrar. Mödrarna kände hopplöshet, hjälplöshet och förlust of kontroll.	
3. Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widerström, A-M.	" Struggling with life": Narrative from women with signs of postpartum depression	Scandinavian Journal of Public Health. Sverige, 2005.	Att utforska och beskriva hur svenska kvinnor med tecken på postpartum depression två månader efter förlossningen upplever de första månaderna med sitt barn	Grounded theory. Konstant jämförande analys. Ostrukturerad intervjuer (25-60 minuter). 22 deltagare.	Etisk godkänd	EPDS	Mödrar kämpade med livet relaterat till jaget, barnet och partnern. Mödrar uttryckte en känsla av förlust av vem de var, kände sig överväldigade av ansvaret för barnet, kämpade med känslor av övergivenhet, oro och amningsproble m.	Hög kvalitet
4. Gao, L-L., Chan, S. W-C.	Experiences of postpartum depression among first-time	Journal of Advanced Nursing. China, 2010	Att beskriva upplevelser av postpartum depression bland förstföderskor i Kina	Fenomenologi. Van Manens approach.	Etisk godkänd	EPDS	Det framkom tre huvudtema och nio subtema identifierades. De huvudteman	Hög kvalitet

You, L. & Li, X.	mothers in mainland China.			Djupintervjuer (90 minuter). 15 deltagare.			var känslan av tomhet, känsla av misslyckande, motsättning mellan traditioner och moderna sedvänjor.	
5. Gardner, L. P., Bunton, P., Edge, D. & Wittowski, A	The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study	Midwifery. Storbritannien, 2014	Att utforska levde upplevelser av postnatal depression hos västafrikanska mödrar i Storbritannien	Tolkande fenomenologisk analys. Semi-strukturerad intervjuer (55–85 minuter). 6 deltagare.	Etisk godkänd	DSM-iv och EPDS	Fem övergripande teman framkom 1) konceptualisering av postnatal depression, 2) isolering, 3) förlust av förtroende, 4) problem att känna förtroende, och 5) relationer som en skyddande faktor	Medelhög Kvalitet
6. Hanley, J. & Long, B.	A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression	Midwifery. Storbritannien, 2006	Att undersöka upplevelserna från walesiska mödrar som har diagnostiserat med postnatal depression och att sätta ifråga om postnatal	Fallstudie. Innehållsanalys. Intervjuer (45–75 minuter). 10 deltagare	Etisk godkänd	EPDS och diagnos	Det framkom att mödrarna hade mindre kunskap om effekterna av postnatal depression och var initialt motvilliga att	Medelhög kvalitet

			depression är social bestämd				dela med sig sina känslor. Dessutom kände mödrarna att de fick mindre kvalitetstid med sitt barn och familjen på grund av behovet att gå tillbaka till jobbet och ekonomisk press. De främsta stödnätverken som tidigare har funnit i föregående generationer var borta vilket gjorde att mödrar förlitade sig på social och volontär service.	
7. Hannan, J.	Older mother's experiences of postnatal depression	British Journal of Midwifery. Storbritannien, 2016	Belysa den levda upplevelser hos äldre förstagångsmödrar	Kvalitativ metod. Tolkande fenomenologisk analys. Djupintervjuer (längd på intervjun framgår ej)	Etisk godkänd	PPD diagnos	Sex teman identifierades: 1) strävan efter att vara en perfekt mamma; 2) känsla av misslyckande, 3)	Medelhög kvalitet

				4 deltagare			känslan av tomhet; 4) skam för andras blick; 5) känner sig fast och överväldigade; 6) förlorat sig själv	
8. Johansson, M. Benderix, Y, & Svenssom, I	Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study	International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being. Sverige, 2020	Att utforska mödrars och fäders levda upplevelser av förlossningsdepression och föräldrastress efter förlossningen	Kvalitativ metod. Tolkande fenomenologisk analys. Intervjuer (45–90 minuter) 15 deltagare (varav 10 mödrar och 5 pappor)	Etisk godkänd	EPDS	Båda mammor och pappor upplevde känslan av att inte räkna till, emotionell stress, problematisk relationer och ensamhet samt att tidigare trauma kunde ha bidragit till uppkomsten av postpartum depression	Hög kvalitet
9. Khalid, F. & Hirst-Winthorp, S.	"Mammy's supposed to be strong and supportive- not sitting in a corner rocking and crying: an interpretative phenomenological analysis of	Journal of Reproductive and Infant Psychology. Storbritannien, 2020	Att få fördjupad förståelse för den levda upplevelsen av kvinnor med postnatal depression.	Kvalitativ metod. Tolkande fenomenologisk analys. Semi-strukturerad intervjuer (läng på intervjun framgår ej) 6 deltagare	Etisk godkänd	PPD diagnos	En huvudtema "den motstridiga mamman" med fyra motsvarande underteman framkom: egen mamma som frånvarande och dömande;	Medelhög kvalitet

	British mothers' experiences of postnatal depression						internaliserad mor; övergången från graviditet till moderskap upplevdes som obehaglig främling; och den idealiska modern.	
10.	Patel, S., Wittkowski, A., Fox, R. E. J., & Wieck, A.	Midwifery, Storbritannien, 2012	Att utforska sjukdoms tro hos kvinnor med postnatal depression och föreslå en lämplig hälsokontroll	Kvalitativ metod. Grounded theory analys. Semi-strukturerad intervjuer (45-83 minuter) 11 deltagare	Etisk godkänd	PPD diagnos/EPDS	Sex kärnkategorier identifierades; "oförväntade förväntningar"; "identifiera stressfaktorer i deras liv"; "konflikt över stämpel"; "antidepressiva medel"; "det mindre av två ondska"; "förlust av tid"; och "osäker framtid".	Medelhög kvalitet
11.	Vik, K., & Hafting, M.	Psychology. Norge, 2012.	Att beskriva analys av nya mammors beskrivningar av förlust relaterade till förlossning och postnatal depression.	Fenomenologi. Tematisk analys. Intervjuer	Etisk godkänd		Tre huvudteman identifierades; 1) förlust av tidigare identitet, 2) förlust av självförtroende,	Hög kvalitet

	Feelings of Loss: Findings of a Qualitative Study						och 3) brist på kapacitet för egenvård.	
12. Wittowski, A., Zumla, A., Glendenning, S., & Fox, J. R. E	The experience of postnatal depression in South Asian mothers living in Great Britain: a qualitative study.	Journal of Reproductive and Infant Psychology. Storbritannien , 2011	Att förstå upplevelsen av postnatal depression hos sydasiatiska mödrar som bor i Storbritannien.	Grounded theory. Konstant jämförande analys. Semi-strukturerad intervjuer (60–90 minuter) 10 deltagare	Etisk godkänd	EPDS	De tre kärnkategorier som framkom var; "internalisering av elände"; "andra kommer att döma mig och jag känner mig själv"; och "jag pratar med vårdpersonalen men de förstår inte mig".	Hög kvalitet.