



Psykologtidsskriftet

ORIGINALARTIKKEL

Norske kvinners opplevelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra fødselsdepresjon

Frida Sætre ¹, Lynn Watson ² & Liss Anda ³¹KPHV, Stavanger universitetssjukehus²Psykologisk institutt, Aarhus Universitet³Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger

Publisert: 19.12.2025

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: frida.strand.saetre@gmail.com

Abstract



Norwegian women's experiences of what supported recovery from postpartum depression

Postpartum depression (PPD) occurs in up to 10% of women. However, few studies investigate what promotes recovery from PPD from the perspective of women who experience it. The aim of this study was therefore to qualitatively investigate what women find helpful in promoting recovery from the disorder. We performed a reflexive thematic analysis on 10 semi-structured interviews with women who had experienced PPD in the past five years. We created four themes: 'To hold the baby is to hold the mother: Practical support and relief as a key to recovery', 'From depressive shame to rebuilding life through openness and relationships', 'Recognizing and meeting one's own basic needs is necessary for recovery', and 'More than just a mum: Integrating a coping, non-maternal self with a new identity after PPD'. These findings contribute to our understanding of what women with PPD find helpful in promoting recovery, and can inform clinical practice.

Keywords: postpartum depression, recovery, reflexive thematic analysis

Sammendrag

Fødselsdepresjon (FD) rammer rundt 10 % av norske kvinner. Vi vet lite om hva som fremmer tilfriskning fra FD, spesielt fra perspektivet til kvinner med FD. Målet med studien var å undersøke hva kvinner opplever at fremmer tilfriskning fra FD. Vi analyserte semistrukturerte intervju med 10 kvinner som hadde opplevd FD i de siste 5 årene, med refleksiv tematisk analyse. Fire temaer ble skapt: «Å holde babyen er å holde mor: Praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning», «Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon», «Å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning» og «Mer enn bare en mamma: Å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet etter FD». Funnene kan bidra til vår forståelse av hva kvinner med FD opplever som hjelpsomt i tilfriskning, og kan informere klinisk praksis.

Nøkkelord: fødselsdepresjon, bedring, refleksiv tematisk analyse

Perioden rundt fødsel kjennetegnes av omfattende endringer, både biologisk, hormonelt, psykologisk og sosialt (Saxbe et al., 2017). I perioden opplever minst 1 av 10 nordiske mødre fødselsdepresjon (FD), dvs. en markant forverring av psykisk helse som påvirker humør, atferd, søvnkvalitet og funksjonsnivå (Erberhard-Gran et al. 2002; Glavin et al., 2009). Insidensen for FD er ikke høyere enn insidens for depresjon hos kvinner generelt, men en dansk studie fant forhøyet behov for psykisk helsehjelp i perioden etter fødsel (Eberhard-Gran et al., 2002; Munk-Olsen et al., 2006). FD er en belastning for kvinnen, og kan ha negative konsekvenser for barnet, partneren, familien og samfunnet (Oyetunji & Chandra, 2020; Wang et al., 2021). Vi vet mye om risikofaktorer og konsekvenser av FD (Milgrom et al., 2008; Slomian et al., 2019), men mindre om faktorer for tilfriskning. Formålet med studien er derfor å belyse norske mødres opplevelser og forståelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra FD.



Fødsel og depresjon

I DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (WHO, 2018) regnes depresjon som fødselsdepresjon når den oppstår i graviditeten eller innen henholdsvis 4 og 6 uker etter fødsel. Det brukes ulike begreper om FD, basert på tidspunktet for oppstart (Stewart & Vigod, 2016). *Postpartum/postnatal* angir depresjoner med oppstart etter fødsel, *Antenatal* angir oppstart før fødsel, som skjer i omtrent 50 % av tilfellene (APA, 2013). *Perinatal/peripartum* brukes om depresjoner med oppstart rundt fødsel, både før og etter. Kvinnene i vår studie opplevde perinatal FD. FD er mer alvorlig enn barselstårer, altså forbigående mild nedstemthet i dagene etter fødsel (WHO, 2018). Nedstemthet etter fødsel kan ses som et kontinuum fra barselstårer til alvorlig depresjon, potensielt med psykose. FD medfører økt risiko for fremtidige depressive episoder (Putnick et al., 2020), og behandling av FD er viktig også for å forebygge nye episoder (Legere et al., 2017).

Perspektiver på fødselsdepresjon

Risikofaktorer for FD inkluderer tidligere depresjon, lavere sosioøkonomisk status og utdanningsnivå, manglende sosial støtte, å være enslig, å ha utfordringer i parforholdet og negative fødselserfaringer (e Couto et al., 2016; Míguez & Vázquez, 2021). I sin teori om morsrollen trekker Innamorati et al. (2010) frem at å bli mor omfatter store fysiologiske, praktiske og sosiale endringer. Årsakene til

FD er sammensatte, men i et stress-sårbarhetsperspektiv kan FD antas å henge sammen med disse endringene.



Kvinnens trivsel i overgangen til å bli mor kan knyttes til personlig identitet (Beck, 1993, 2012, 2023; Stern, 2004, 2020). Fra et utviklingspsykologisk, psykoanalytisk perspektiv angir Stern (2004, 2020) at «å bli en mor» innebærer en omorganisering av kvinnens psyke, hvor morsidentiteten er sentral. Han beskriver fire temaer som former morens tanker, handlinger og følelsesliv: (1) å sikre at babyen trives, (2) å engasjere seg emosjonelt med babyen, (3) å utvikle sosiale relasjoner som støtter mor–barn-forholdet, og (4) omorganisering av identitet for å sikre tilpasning. Stern (2004) antar at omorganiseringen er en naturlig prosess som finner sted for de fleste kvinner, og at avvik fra den kan forårsake psykiske plager eller vansker i foreldre–barn-forholdet.

Utviklingen av slike vansker beskrives spesifikt i Becks (1993, 2012, 2023) psykososiale teori om FD, som er basert på kvalitative analyser av mødres levde erfaringer med fødselsdepresjon. I Becks firetrinnsmodell går kvinnen fra (1) terror og kontrolltap som fører til (2) å oppleve selvet som døende, tap av tidligere identitet og/eller frakobling fra morsrollen. Det siste fører til stadium (3), hvor kvinnene kjemper mot indre kaos for å overleve og finne mestringsstrategier, og til slutt (4) gradvis gjenvinner kontroll og en stabil følelse av selvtilit og handlingsfrihet.

Disse to sentrale modellene samsvarer i forståelsen av at psykisk trivsel beror på mestring og kontroll i en periode med omfattende identitetsendringer, men de beskriver i mindre grad hvilke spesifikke faktorer som er involvert i tilfriskning, og hva mødre har funnet nyttig ved FD.

Tilfriskning fra FD

Anthony (Anthony, 1993; Anthony & Mizock, 2014) forstår tilfriskning (*recovery*) som en unik og personlig prosess mot å skape et meningsfylt liv som er under kontroll, selv ved vedvarende symptomer. Kjente prediktorer for tilfriskning fra FD inkluderer lavere symptomtrykk, å bo med en partner, sterkt sosialt nettverk, praktisk støtte, trening og hviletid etter fødsel (Nguyen et al., 2015; Sexton et al., 2012; Fuhr et al., 2023). Kvinner som har gjennomgått FD, kan bidra med unik og verdifull innsikt i tilfriskningsprosessen. Vi vet noe om hvordan kvinner med FD opplever tilfriskning (Williams, 2013), men mindre om hvilke faktorer de identifiserer som hjelpsomme i tilfriskningen. En britisk studie (Enlander et al., 2022) fant at praktisk og emosjonell støtte var viktig, men at relasjoner kunne være belastende hvis de ikke gav rom for ambivalens rundt morsrollen. Forfatterne vektla

sosiokulturelle aspekter ved morsrollen som viktige tema i møte med mødre med FD. En britisk Delphi-studie (Di Mascio et al., 2008) fant at mødrene knyttet tilfriskningen til emosjonell og praktisk støtte, forbedret kommunikasjon med partner og venner, bedret søvn, å knytte bånd med babyen, og bli tidlig vurdert og eventuelt diagnostisert av helsepersonell.



Vi kjenner ikke til norske studier som undersøker spesifikt hva kvinner opplever som hjelpsomt i tilfriskning fra FD. Forståelse av norske kvinners opplevelser kan være sentralt gitt at kulturelle aspekter av morsrollen er en faktor i både FD og tilfriskning (Eberhard-Gran et al., 2002; Enlander et al., 2022). Formålet med vår studie var derfor å utforske norske kvinners tanker, opplevelser og erfaringer om hva som opplevdes hjelpsomt for å oppnå tilfriskning fra FD. En slik utforskning kan potensielt gi viktige innspill til hjelp for pasientgruppen i klinisk arbeid og på samfunnsnivå, og informere videre forskning på tilfriskning fra FD. Forskningsspørsmålet var: Hva opplever norske kvinner med FD som hjelpsomt for tilfriskning?

Metode

Rekruttering og deltakere

Inklusjonskriteriene for deltagelse i denne studien var fødsel de siste fem årene, FD-diagnose med symptomdebut innen 6 md. etter fødsel, tilstrekkelig norsk eller engelsk til å gjennomføre intervju og å kunne gi skriftlig informert samtykke. Eksklusjonskriterier var tidligere eller aktuell alvorlig psykisk lidelse som ville forhindret gjennomføring av intervju.

Deltakerne i vår studie ble tatt fra et utvalg av 20 kvinner som er rekruttert til et større prosjekt om depresjon og bæring av barn (Anda et al., 2025). Disse 20 ble rekruttert via ubetalte innlegg i sosiale medier og oppslag på en norsk helsestasjon høsten 2023.

Vi gjorde et strategisk utvalg til denne studien, ut fra alder, geografi og fylldighet i uttalelser om tilfriskning i de tyve intervjuene. Vi vurderte at å velge ut ti informanter ville gi adekvat informasjonsstyrke (Malterud et al., 2016). Utvalget beskrives i Tabell S1 (PDF).

Intervju og datalagring

Den semistrukturerte intervjuguiden, laget i samarbeid med to medforskere med førstehåndserfaring med FD, dekket tre hovedtema: opplevelse av FD, mestringsstrategier ved FD og opplevelser med å bruke bæretøy ved FD. Avslutningsvis kunne informantene tilføye annen relevant informasjon. LGA

gjennomførte intervjuene i oktober–desember 2023, digitalt via NHNs krypterte plattform Join, med unntak av ett som ble gjort ansikt til ansikt. Medforskerne deltok på hvert sitt intervju. Lydopptak ble lagret i Nettskjema.no. FSS transkriberte alle intervju. Vi oppbevarte data i tråd med Universitetet i Stavanger (2024) og Aarhus Universitet (2024) sine retningslinjer. Hovedprosjektet har REK-godkjenning #540 290.



Analyse

Studien anvender refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, 2021) med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming til materialet. Vi forstår mødrenes opplevelser som reelle, meningsfylte uttrykk for erfaringer som er forankret i deres kroppslige, sosiale og historiske virkelighet. Vårt søkelys var deltakernes opplevelser og forståelse av hva som var hjelpsomt ved tilfriskning fra FD. Forskningsspørsmålet guidet utvalg av data for koding, og analysen var datastyrt.

Analyseprosessen fulgte seks faser (Braun & Clarke, 2006): å bli kjent med rådata (1), skape preliminnære koder (2), skape tema basert på disse kodene (3), vurdere, velge ut (4), navngi og definere viktigste tema (5) og produsere rapport (6). Tabell S2 (PDF) viser hvordan rådata ble til koder og utviklet til temaer (fase 1–3). LGA og FSS har hver for seg kodet materialet. De jobbet sammen for å justere tema og velge endelige temanavn. LGA har også kodet de resterende ti intervjuene i hoveddatasettet, og hennes kjennskap til disse har påvirket hennes inntrykk av hva som var de viktigste temaene. Vi tilstrebet kredibilitet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet i hele prosessen (Nowell et al., 2017).

Resultater

Analysen resulterte i fire temaer, se Tabell 1. Å få praktisk hjelp (Tema 1), særlig med omsorg for babyen, var i seg selv symptomlindrende. Samtidig beskrev kvinnene praktisk støtte som en forutsetning for andre tilhørende faktorer som å anerkjenne og ivareta egne basalbehov (Tema 3) og kunne skape sin identitet som mor (Tema 4). Vi tenker også at det å få praktisk hjelp, da det innebærer tilstedeværelse av andre mennesker, også økte sjansen for at kvinnes helsetilstand kunne bli oppdaget og anerkjent (Tema 2), en nøkkel til å få profesjonell psykisk helsehjelp.

Tabell 1

Oversikt over tema



Tema	Tittel
Tema 1	Å holde babyen er å holde mor: Praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning
Tema 2 a og b	Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon. 2 a) «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre. 2 b) «Holdt i sinn»: Åpenhet fasiliterer psykososial støtte fra andre.
Tema 3	Å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning
Tema 4	Mer enn bare en mamma: Å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet.

Å holde babyen er å holde mor

Tema 1 – Å holde babyen er å holde mor: praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning – samler beskrivelser av å oppleve praktisk hjelp og avlastning, inkludert barnepass, som sentralt for tilfriskning fra FD. FD kan ledsages av samspillsvansker med barnet, men også av opplevd utmattelse. Praktisk hjelp var nyttig i seg selv, men åpnet også for symptomlette og reduksjon av en subjektiv opplevelse av å være «alene», som ofte ledsaget utmattelsen. Kvinnene beskrev at avlastning i hjemmet kunne avhjelpe både utmattelse og ensomhet. Sammenhengen mellom praktiske utfordringer og ensomhet beskrives av Mona, som var mye alene med sine to barn:

Det ble altoppslukende, å skulle bare få dagene til å gå rundt med ja, to som skreik på, og skulle ha mat, og bleieskift og alt. Så følte man seg veldig alene. (...) Ehm ... Hvem skal jeg velge som trenger mest trøst nå? Hvem trenger meg mest?

Støtte kunne være pass av babyen og hjelp med praktiske oppgaver som husarbeid og hundelufting, fra partner, sosialt nettverk eller offentlige instanser. Betydningen illustreres av Maren, som ville sagt til andre mødre med FD «for det første at de trenger avlastning». Avlastningen hjalp den praktiske logistikken, men kunne også skape rom for symptomlette:

Ved to anledninger så var det to venninner [...] som tok med barnet mitt ut i kanskje tre–fire timer. Og da husker jeg at jeg fikk litt ro. [...] Angsten økte jo igjen med en

gang de kom tilbake, men ja, da var det et par timer der jeg ikke hadde så høy angst.

(Olivia)



Olivia anså pausen fra en angstprovoserende, altoppslukende omsorgssituasjon som i seg selv restituerende. Der FD kan oppleves svært isolerende, kan kvinnene ha oppfattet praktisk støtte som en «fysisk påminner» om at de ikke var alene. Maja hadde en venn som også stilte opp som tilgjengelig samtalepartner:

Jeg har en helt fantastisk bestevenninne som ikke har barn selv. Som har liksom kommet, og hjulpet meg med å vaske hus, ta vare på hus. Som har hjulpet meg masse, som er der for meg på telefon når som helst. Det har jo også vært uvurderlig for meg, det syns jeg.

Flere informanter nevnte også at når de sykemeldte seg og partner tok over permisjonstiden, fikk de mer praktisk støtte. Samtidig var de mindre alene psykisk:

[...] mannen min tok over permisjonstida. Så det hjalp veldig mye, det gjorde det. Da fant vi på mer ting. Vi spiste bedre mat. (...) Jeg fikk sove ganske mye bedre. For da tok han litt ansvar på natta. Og på en måte når jeg var ferdig å amme, og han ikke sovna da, så tok han litt mer ansvar da. (...) At jeg fikk hjelp, og at jeg ikke følte meg så alene. (Sofia)

Praktisk hjelp var i tillegg en forutsetning for at Sofia kunne dekke egne basalbehov som søvn (se Tema 3). Olivia brukte på samme måte tiden med avlastning for eksempel til å klare å dusje. Praktisk hjelp fra Frelsesarmeens HomeStart utgjorde stor forskjell for henne:

... jeg har en helt klar oppfatning av at det også hjalp veldig mye. (...) I begynnelsen var vi bare sammen, jeg og hun XXX, som hun heter, og barnet. Så ble hun litt kjent med våre rutiner og hvordan vi hadde det hjemme. Så tok hun med barnet ut på en trilletur, og så passet hun barnet hjemme...

HomeStart var ikke et tiltak spesifikt mot fødselsdepresjon, men Olivia opplevde deres tilnærming, som er å gi støtte til mestring og avlastning, som et vendepunkt.



Praktisk hjelp kan altså sees som forutsetning for flere av de andre faktorene kvinnene følte at bidro til tilfriskning. Det å ha «noen rundt i huset» øker sjansen for å finne sosiale relasjoner som kan støtte en prosess med å bygge ned skam (Tema 2). Man kan få samlet overskudd til å komme i kontakt med mestrende deler av seg selv tross FD (Tema 4). Der kvinnene følte seg overveldet av sin FD, kan de synes å ha profittert på at andre bidro til å skape iallfall lommer av opplevd ytre struktur i hverdagen. Samlet sett indikerer dette at praktisk avlastning og fysisk tilstedeværelse av andre voksne i hjemmet i barseltiden kan være en nøkkel til tilfriskning fra FD.

Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet

Tema 2 – Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon – samler opplevelser av at å dele med andre at man var deprimert, kunne redusere skam og fremme tilfriskning fra FD.

Mange informanter følte seg overveldet av sin nye livssituasjon. De negative følelsene var i konflikt med egne og andres forventninger til livsfasen, i så stor grad at flere tvilte på egen opplevelse av at livet med barn virkelig kunne være så vanskelig. Det var et uventet og svært skambelagt personlig nederlag å ikke være glad. Emilie beskriver at: «Det er veldig få som vet hvor syk jeg har vært i perioder, da (...) Jeg tror det har vært noe som har bidratt til at jeg ble så dårlig som jeg ble.»

Å gi slipp på skammen gjorde det mulig å senke fasaden, som kan være et viktig steg mot å akseptere egen depresjon – noe som er nødvendig for tilfriskning. Åpenhet skapte også rom for relasjonelt støttet aksept, støtte og anerkjennelse av depresjonen, noe som tilrettela for tilfriskning. Temaet har dermed to subtema: a) «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre, og b) Åpenhet mobiliserer sosial aksept og støtte.

Tema 2a: «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre. Det å si høyt at tilværelsen med ny baby var vanskelig, kunne i seg selv være en lettelse og gjøre situasjonen mer angripelig for kvinnene. Åpenhet tillot også andre å holde og modellere aksept for kvinnene, som måtte redusere depressiv skam for finne sin egen aksept av FD på veien mot tilfriskning. Mona illustrerer en dynamikk beskrevet av flere. Hun forstod på ett plan at noe var galt, men det var likevel i begynnelsen vanskelig å motta hjelp:



Jeg kjente at dette var noe mer enn at jeg bare er trøtt og sliten. (...) Så ønsket vel egentlig legen å... Ja, tilbydde meg sykemelding (...) Men da var jeg sånn at jeg kunne holde ut litt til, og litt til, og litt til.

Det å anerkjenne overfor andre, og dermed seg selv, hvor vanskelig hun hadde det, ble en hjørnestein for tilfriskning:

Det er ikke rosenrødt, og det er lov å synes at denne perioden her er jævlig tøff. Det er lov å synes det. Det blir litt mindre fælt etter hvert når man har noen å dele byrden med. (Mona)

Å være åpen om vanskene var en del av arbeidet med å selv akseptere dem, noe som igjen tilrettela for tilheling:

Du må føle det du føler. Det er helt greit. Du er i en sårbar situasjon. Og snakk høyt om hvordan du har det. For det er helt greit å ha det som du føler du har det. (Maja)

Flere av kvinnene forteller om sammenheng mellom andres anerkjennelse av at vanskene var en FD, og egen evne til å også romme dette alternative perspektivet på opplevelsen av å være «en dårlig mor». Camilla beskriver vonde tanker om å måtte skjule sårbarheten det var å «ikke få det til» som mor:

Jeg trodde at hvis jeg viste hvordan jeg følte det, at jeg kom til å miste venner og familie rundt meg. Jeg blir oppfattet som egentlig en veldig sterk person. Og plutselig var jeg ikke det. Plutselig var jeg veldig, veldig sårbar.

Vi ser også at det å slite var en ny opplevelse for henne – hun var i egne øyne «sterk» og mestrende. Først når hun ble spurt direkte hvordan hun «egentlig hadde det», fant hun rom for å være ærlig med både seg selv og helsesykepleier, og kunne gi slipp på masken:



Da bare... alt kom bare plutselig. Og det var liksom, det var det som brøyt det litt ned. Da begynte jeg liksom å prate litt med folk rundt meg. (...) Med én gang jeg begynte å legge den fasaden [at alt gikk bra] bort, så ble det mye enklere (...) Og da ble egentlig ting litt enklere bare ved å innrømme at jeg har det ganske vanskelig.

Helsesykepleier høres ut til å ha observert noe «ekte», og reflektert det til Camilla. Å slippe å late som var i seg selv ressursbesparende og tilhelende. Nora fant også at å få en diagnose hjalp henne med å anerkjenne sin FD, der hun tidligere følte at hun bare «*selvdiagnostiserte*». At behandleren tok opplevelsene hennes på alvor, reduserte skam:

DPS [distriktpsikiatrisk senter] var veldig bra, fordi hun så meg jo. (...) Da følte jeg at det ble ekte, på en måte. (...) Hun legitimerte det sånn at jeg ikke følte meg helt gal, da. Og sånn at... Hun sa at det er helt vanlig å føle tingene og. Hun tok veldig mye av den skammen, da.

Behandler høres ut til å ha møtt henne med en balanse av normalisering og samtidig anerkjennelse. Uten skammen kunne Nora anerkjenne overfor seg selv at hun virkelig hadde det vondt. Noe liknende kan vi se for oss har skjedd med Kristin, som forteller om et vendepunkt i form av å bli sett på barne- og familiesenteret:

Jeg husker ikke akkurat hva det var vi snakket om, jeg husker ikke akkurat hva det var hun sa, men jeg husker at etter den timen så kjente jeg meg sett, på en helt annen måte.

Hva som ble sagt, virker mindre viktig enn *måten* hun ble møtt på, at de to sammen skapte en forståelse av at Kristin trengte hjelp, og at dette var greit.

Tema 2b) «Holdt i sinn»: Åpenhet fasiliterer psykososial støtte fra andre. Kvinnene beskrev også at åpenhet om FD tillot deres sosiale nettverk å tilby psykososial støtte, en viktig byggestein for tilfriskning. Åpenhet gjorde at kvinnene ble holdt i sinn og forstått av dem rundt seg, tross FD. De fikk også ekstern hjelp til å mobilisere sitt eget nettverk. Maja ble sendt til familievernkontoret da hun

var åpen med sin jordmor om FD-symptomer. Hun tenker åpenheten var en forutsetning for at hun kunne få hjelp til å mobilisere støtte også fra partneren sin:



Og det hjelper jo bare mye på situasjonen at vi kom oss til familievernkontoret. På min egen situasjon. (...) at jeg følte jeg hadde mer støtte, vi forstod hverandre bedre. At vi fikk prate. Vi lærte mye på... vi var der bare fire–fem ganger. Men vi fikk så mange verktøy.

Hun beskriver samboer som «*sånn at han problemløser*», mens hun selv hadde mest behov for forståelse og anerkjennelse av sin psykiske opplevelse. Majas åpenhet gav paret tilgang til hjelp, og støtte til å hjelpe hverandre. Emilie fant at når hun var åpen med mannen om at hun følte seg deprimert, kunne han også åpent uttrykke bekymring: «*Da var det akkurat som jeg stakk litt hull på en ganske vond verkebyll for han. Da kunne liksom han også si det, at ja, jeg er veldig bekymret for deg nå.*»

Camilla opplevde også at åpenhet tillot nettverket hennes å støtte henne:

Når man liksom begynte å si «vet du hva, jeg har det ikke så bra, jeg» (...) Så viste det seg jo at veldig mye venninner og bekjentskap og sånt begynte jo faktisk å... man hadde et veldig bra nettverk, da. Som ringte og sendte SMS og liksom... Da begynte man liksom å skjønne at jeg har faktisk ganske mange rundt meg som er veldig glad i meg. Som bryr seg veldig mye om meg. Og som bryr seg om barna mine.

Hun beskrev videre at når hun delte sin depresjon med moren, tillot det moren hennes å holde henne i sinn:

Mamma liksom... åh... hun var der hele tiden. Kommer innom hver eneste dag for å passe på at jeg hadde det bra. [gråter] Åh, unnskyld (...) Mamma har jobbet med barn i 40 år, liksom. Og mamma bare, «se nå har jeg funnet artikler. Hvis du gjør sånn her, og sånn her, så kan det hjelpe på litt.» Mamma bare, «dette er ikke mitt

kompetansefelt, men jeg prøver å finne ut av det.» Litt sånn på... Og begynne å grave liksom i gamle skolebøker og... Ja. Det er veldig, veldig fint.



Camilla opplever altså at hennes egen åpenhet fører til at moren setter sin egen livserfaring til side, og viser at hun skjønner at Camilla trenger andre råd og mer støtte. Moren er fysisk til stede, men jobber for å forstå Camillas situasjon og kanskje hjelpe Camilla selv til å forstå den bedre. Man kan tenke seg at Camilla føler seg sett og holdt i morens sinn selv når moren ikke er til stede.

Fra selvutslettelse til selvivaretakelse

Tema 3 – Fra selvutslettelse til selvivaretakelse: å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning – samler historier om at det å komme i posisjon til å ivareta og prioritere sine egne basalbehov opplevdes som et vendepunkt i FD. Flere av mødrene opplevde det som uimotstridelig å skulle stå opp om natta, amme ved behov og roe ned barnet, og at deres egen helsetilstand og kropp ikke hadde betydning. For noen informanter kunne samtale åpne for økt selvivaretakelse. Andre opplevde at praktisk hjelp eller medisiner satte dem i stand til å prioritere å få nok søvn, mat og fysisk aktivitet. Temaet representerer også historier om å finne tilfriskning i å vende seg vekk fra, som flere og Hedda beskriver, at FD gjorde en *«innstendig opptatt av å få det til»*. Hedda forsto hyperfokuset på å «få det til» som en slags kompensasjon for at hun syntes barseltiden var «jævlig»:

At jeg liksom gikk enda mer inn i å.... At (barnet) var så avhengig av brystmelk. Og at kroppen min ble bare en sånn der... Så ble det en sånn, ja, det er som det skal være. Jeg skal gå all in.

Fortellingen kan tolkes som en opplevelse av at kroppen ble et instrumentelt verktøy som Hedda ofret for på et vis å bøte på manglende glede over det å være ny mor. Kristin beskrev også at skyldfølelse over å være en «dårlig mor» forsterket neglisjeringen av egne behov til fordel for barnets, som hun aldri følte hun greide å møte tilstrekkelig:



Jeg satte jo mine egne behov helt i side, jeg sov ikke, jeg dusjet ikke, jeg, altså, passet knapt på meg selv, spiste som sagt en skive til frokost og middag, fordi gubben lagde middag, liksom, og det var det.

Å få støtte fra familiesenteret til å forstå at det var legitimt å lage avtaler med seg selv om selvivaretagelse, ble et vendepunkt for henne:

Plutselig så kommer jeg til et menneske som sier at, altså, du må faktisk passe på deg selv, sånn at du har kraft til å passe på ungen din fremover, på en måte. (...) Det var også første gangen jeg klarte å ikke bare høre at noen sa det, men faktisk ta inn over meg at grunnen til at jeg ikke klarer å møte mine egne behov, er fordi at jeg gir alt til ungen min (...)

Kristin måtte støttes til å oppleve og anerkjenne at både hun selv og barnet kan og må ivaretas samtidig, for å kunne tillate seg selv å dekke egne helt grunnleggende behov for hygiene og mat. Både anerkjennelsen og den faktiske maten og søvnen ble viktig for hennes tilfriskning fra depresjon. Sofia, i sitatet under Tema 1, fortalte at partnerens avlastning på nattestid førte til at hun sov bedre, og dermed fikk hun det bedre. Praktisk avlastning var hjelpsomt *fordi* det hjalp henne til å ivareta egne behov.

Flere av kvinnene fant at antidepressiver hjalp dem med å finne krefter til å ivareta sine basalbehov, inkludert søvn. Flere beskrev søvnvansker som både utløsende og opprettholdende faktor for depresjon, som måtte løses for å få det bedre:

Jeg har liksom fått de bra... hva heter det, bivirkningene av det [medisinene]. Så det har gjort meg sånn trøttere på en måte. Jeg sover mye hardere. [...] Det var skikkelig bra, den medisineren. (Nora)

Andre beskrev at medisinene gav en symptomlette, særlig i form av mindre tankekjør og skyldfølelse, som satte dem i stand til å bedre ivareta sine egne behov. Emilie fant krefter til å spise og gå ut:



Nei, nettene var jeg stort sett våken og gråt (...) Så fort babyen sov, så snakket jeg mye stygt til meg selv om meg selv. Og gråt, egentlig. Og spiste altfor lite (...) Når jeg begynte på de medisinerne, så merket jeg voldsom effekt etter to uker. Om det var faktisk medisiner, eller den tryggheten at jeg tok medisiner, det vet jeg ikke. Men det var vendepunktet for meg, altså. (...) Når høsten kom, så var jeg mer ute i dagslys. Spiste mer. (Emilie)

Mona opplevde at det emosjonelle trykket måtte lette for at hun skulle kunne ivareta seg selv, igjen en forutsetning for å bli bedre:

En del skjedde litt etter jeg startet på medisiner (...) Å få liksom dempet det verste av voldsomme følelser. Ehm ... Sånn at jeg har hatt litt mer roen og tiden til å komme i gang med små enkle ting, som å komme seg ut og prioritere seg selv litt. (Mona)

Det å neglisjere seg selv kunne altså være både en direkte konsekvens av utmattelse og FD, men også en slags mestringsstrategi for å håndtere skyld og skam. Flere oppfattet en slags svart-hvitt motsetning mellom å ivareta barnet best mulig og å ivareta egne basalbehov. Å støttes til å ivareta sine egne behov, ved hjelp av samtaler, medisiner eller praktisk støtte, kan dermed sees som hjelp til å finne tilbake til seg selv etter fødsel og i FD.

Mer enn bare en mamma

Tema 4 – Mer enn bare en mamma: å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet etter FD – samler opplevelser fra informanter som opplevde at å føle seg som mer enn «bare» en mamma, var hjelpsomt for tilfriskningen. Å få kontakt med tidligere eller nye individuelle arenaer for mestring og velvære var noe flere av kvinnene brukte aktivt som strategi. Vi knytter denne prosessen til identitetsarbeid, hvor kvinnene forsøkte å finne jording og balanse gjennom et mestrende selv, for å kunne vokse inn i en ny identitet hvor de også rommet morsrollen uten å samtidig føle at de hadde tapt seg selv. Majoriteten av informantene opplevde manglende mestring i mammarollen. Samtidig mistet de tilgang til andre mestringsarenaer, eller følte seg utilstrekkelige også der. Det var en opplevelse av å miste «seg selv»:



Man føler at man ikke strekker til når begge ungene skriker samtidig og man står der alene, og ... (...) Så føler man at man ikke strekker til som samboer (...), at man ikke kom tilbake på jobb som man skulle, etter planen. Og (...) det ble mer arbeidsbelastning på kollegene mine. (Mona)

Jeg føler at det [depresjonen] startet med at på en måte treninga ble tatt ifra meg. Det har alltid vært min... Jeg skjønner nå hvor viktig det er for psyken min, da. (Nora)

Og jeg følte jo og i hele denne prosessen at jeg mistet helt meg selv. For jeg elsker jo jobben min og legger veldig mye av identiteten min i jobb. Og så plutselig var jeg bare mamma, og det var bare vanskelig, og jeg følte ikke at jeg mestret noe. (Maren)

Å kunne komme i kontakt med et mestrende selv ble beskrevet av flere som nødvendig for tilfriskning. Det kunne oppnås gjennom tidligere mestringsarenaer som jobb og gjennom nye aktiviteter som gav tilgang til glede og mestring. Slike opplevelser gav pusterom i depresjonssymptomene som gjorde det mulig å samle energi for å vende seg mot tilfriskning. Å drive med egenaktivitet fordrer å ha overskudd til det. Imidlertid beskrev flere av kvinnene at å gjøre noe for seg selv var viktig for tilfriskning fordi det gav midlertidig symptomlettelse. Hedda beskrev det å finne en ny hobby som viktig for å få et pusterom i sin depresjon:

Og finn noe... Finn en hobby. Ja, men gjør noe for deg selv, liksom. Sånn... Det trenger ikke å være noe stort, og du trenger ikke å være dritgod på det, men bare gjør et eller annet som ikke er å være hjemme med baby og føle deg mislykket, på en måte.

Maren beskrev også en ny hobby som sentralt for tilfriskning, fordi det gav midlertidig pause fra depressivt tankekjør:

Så hadde jeg dagmamma en dag i uken, så jeg skulle få en pause og drive med den hobbyen (...) Og det var første gang jeg klarte å glemme at jeg var mamma og alle bekymringene, at jeg klarte å kople ut.

Hun beskrev at å starte i jobb igjen også bidro til at hun følte seg bedre. Der kunne hun komme i kontakt med identiteten hun hadde før hun fikk barn, og føle mestring. Vi tolker at tilgang til arenaer utenfor huset ikke gjorde at bekymringene forsvant, men at kvinnene fikk lagt dem midlertidig fra seg. Den tette sammenhengen mellom praktisk avlastning (Tema 1) og Tema 4 illustreres for øvrig av at Maren kjøpte barnepass for mulighet til å komme seg ut.



Informantene beskriver altså at den midlertidige symptomletten ikke i seg selv utgjorde tilfriskning, men at det tillot dem å samle seg for å komme i kontakt med seg selv som individ og ikke-mamma. Camilla beskriver at hun fikk fokusert på noe annet enn de depressive tankene, men treningen gjorde også eksplisitt at hun følte seg som «seg selv» igjen:

Og at jeg begynte å trene ganske tidlig. For da begynte jeg også å føle at det er jo veldig meg. For jeg er veldig glad i å trene. [...] Og at jeg fikk fokusert på noe annet (...) Eller gjøre noe som gjør at du føler deg som deg selv. En aktivitet, liksom.

Å føle seg som sitt gamle jeg igjen var viktig for hennes tilfriskning. Emilie beskrev det å ha overskudd til «seg selv» som en direkte kilde til mestringsfølelse:

Å drive med noen aktiviteter som var lystbetonte, og som først og fremst handlet om mine behov, da. At jeg hadde overskudd til å gjøre noe som jeg hadde lyst til å gjøre for meg selv. Men med barnet mitt, selvfølgelig. Ja, at det var en mestring i det. Å ha overskudd til å gjøre ting som jeg hadde lyst til.

Maren forteller også at roller i jobb og hobby gjorde at hun følte at hun kunne gjenfinne delene av henne selv utenom morsrollen:

Og du trenger de pausene for å være bare deg selv. Og å finne tilbake til deg selv igjen i form av de tingene som du pleier å like. Du trenger ikke bare være mamma hele døgnet.

Fra disse historiene kan vi lese om en normativ morsrolle som kvinnene ikke bare opplever som altoppslukende, men som de muligens oppfatter at de bør *omfavne* som altoppslukende. Denne

forventningen kommer i konflikt med et annet implisitt og kulturelt betinget ideal – å få til å ivareta barnet OG ha overskudd til lystbetont egenaktivitet og selvutvikling. De oppdager imidlertid at den praktiske og psykiske plassen til å kunne drive med «noe annet» samtidig som de er mor, er noe de selv må skape underveis på reisen mot tilfriskning, eventuelt med hjelp fra nettverket sitt.



Diskusjon

Fødselsdepresjon oppstår sannsynligvis i et komplisert puslespill av fysiologiske, hormonelle og psykologiske belastninger. Dermed er tilfriskning også multifasettert. Vår analyse av intervju med ti kvinner med FD skapte fire tema som belyser faktorer de opplevde som hjelpsomme for tilfriskning: Å få praktisk hjelp (1), å kunne gi slipp på depressiv skam gjennom åpenhet og relasjon (2), å anerkjenne og ivareta egne basalbehov (3) og å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet (4). Praktisk hjelp var viktig for tilfriskning i seg selv, men tilrettela også for relasjon, og var ofte en forutsetning for at informantene kunne ivareta sine basalbehov og finne et mestrende selv. Tilfriskning fra FD beror ifølge vår analyse både på strukturelle faktorer som avlastning og psykisk helsehjelp, men også på navigering av brutte kulturelle og internaliserte forventninger til en normativt intuitiv morsrolle. Å ikke umiddelbart og «naturlig» mestre den nye tilværelsen med barn skapte debilerende depressiv skam, som kvinnene måtte gi slipp på for å komme forbi sin FD. Sammen med teoretiske modeller av morskap og FD kan våre funn utvide forståelsen av forhold som kan bidra til å gjøre det lettere for kvinner som har utfordringer i tilværelsen med barn.

Mer enn en mor

Temaene våre understøtter tidligere forskning som fremhever viktigheten av praktisk og emosjonell støtte, erfaringsdeling, å bli diagnostisert, åpenhet og å bli sett, samt å returnere til lønnet arbeid (Di Mascio et al., 2008; Enlander et al., 2022; Vedeler et al., 2022). Imidlertid utfordrer vår analyse eksisterende funn. Å komme i kontakt med seg selv som mestrende individ og *mer enn en mor* (Tema 4) ble beskrevet som nødvendig for å komme seg ut av FD. Det utfordrer tidligere forskning, som hovedsakelig understreker viktigheten av å føle seg anerkjent nettopp *som mor* (Hine et al., 2018). Eksisterende modeller av morskap og FD har heller ikke lagt særlig vekt på ikke-moderlige aspekter av identiteten (Beck, 2012; Stern, 2004). Både Becks modell (2012) og kvinnes fortellinger peker på at kvinner med FD kan slite i forsoningen med morsrollen. Depressive tendenser som svart-hvitt-

tenkning, grubling og emosjonell nummenhet kan muligens bidra til en følelse av å være fanget (*entrapment*) i morsrollen. Redusert psykologisk fleksibilitet, utmattelse og mangel på motivasjon gjorde det vanskelig å rette oppmerksomheten mot de delene av selvet som lå utenfor «morsbollen». Mange informanter trengte praktisk og psykisk støtte til å gjenfinne og integrere mestrende aspekter ved identiteten, og dermed bli bedre. Utviklingen av en mestrende morsidentitet er viktig for tilfriskning fra FD (Williams, 2013), men våre funn antyder at videre forskning bør se på hvordan andre mestrende identitetsaspekter kan gi tilfriskning ved FD.



Nettverk for mor

Alle våre tema kan leses som et eksempel på hvor essensielt relasjonell støtte er for tilfriskning fra FD. Selv om modeller som Sterns (2004, 2020) er relasjonelle, er søkelyset hovedsakelig mors relasjon til barnet (*primary relatedness*) og hennes vurdering av hvorvidt hun har den sosiale støtten (*support system*) som trengs for å sikre sin tilknytning til barnet, og dets overlevelse. Å bygge mors evne til samspill med barnet, eller eksplisitt kartlegge kvinners nettverk, er viktig for tilfriskning ved FD. Imidlertid vektlegger Stern hovedsakelig intrapsyriske aspekt ved relasjonen – altså mors vurdering av sine relasjoner. Våre funn indikerer at kvinnen selv trenger mulighet for og støtte til *primary relatedness* for egen del, til nettverket. Nettverket kan i stor grad bidra til å modellere hennes selvaksept og støtte henne praktisk til egenomsorg i en sårbar tid. Flere informanter beskriver at de på et vis forsøkte å utslette seg selv (Tema 3) i forsøk på å løse det Stern beskriver som det primære anliggende for morsidentiteten, nemlig hvorvidt barnet har det bra. Veien mot balanse og et integrert selv som kan ivareta både mor og barn, fordrer ofte at kvinnen opplever å bli holdt i sinn av andre rundt seg, både pårørende eller profesjonelle. Disse tilfriskningsprosessene er relasjonelle, og vi som klinikere tenker at prosessene går utover det intrapsyriske modeller kan romme.

Normativ skam

Sterns modell (2004, 2020) kan anses å speile de normative aspektene ved morsrollen som er rådende i norsk kulturell forståelse av barseltiden som en tid hvor barnet «naturlig» og ganske smertefritt prioriteres. Våre informanter opplevde også barselomsorgen som i stor grad barnefokusert. Det kan ha opprettholdt deres depressive oppfatning om at egne basalbehov måtte nedprioriteres (Tema 3). Sterns modell og barnefokuset i helsetjenesten kan sees å reflektere vår kulturelle forståelse av det å få barn: Vi feirer at et barn kommer til verden, med mindre vektlegging av at en kvinne

også blir mor. Sistnevnte beskrives f.eks. i Orchard et al. (2023) sin teori om morskap, som foreslår at utfordringene kvinnene forserer når de får barn, har langvarige nevroplastiske, kognitive og emosjonelle konsekvenser. Informanthistoriene i vår studie belyser hva kvinnene selv følte var riktig og viktig når denne prosessen ble særlig utfordrende. Som beskrevet i Tema 2 kan kontrasten mellom den nåværende opplevelsen og en ideell forståelse av morsrollen være en kilde til depressiv skam, som kvinnene trenger støtte og alternative forståelsesmodeller av morskap for å gi slipp på.



Screening

På et mer praktisk nivå illustrerer våre funn hvor viktig det er at kvinner blir spurt «hvordan de egentlig har det» etter fødsel. Å bli sett og tatt på alvor ble i seg selv opplevd som tilhelende for mange. Det å bli oppdaget var også en nøkkel til profesjonell hjelp. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen sier at mer forskning trengs før man kan anbefale Edinburgh-metoden (screening med EPDS samt støttesamtale) (Cox et al., 1987; Helsedirektoratet, 2014). Basert på våre funn tenker vi likevel at universell screening kan være hensiktsmessig, i tråd med EDPS-utviklernes idé om at tidlig intervensjon var viktig ved FD (Cox et al., 1987). Såkalte «Listening Visits» (lyttebesøk) – altså besøk hvor helsepersonell lytter til kvinnen, uten å dømme, for å forstå kvinnen, heller enn å gi råd (McCabe et al., 2021) – kunne også vært interessant å utforske med norske kvinner med FD.

Trening

Flere informanter beskrev trening som viktig for tilfriskning, i tråd med funn fra Di Mascio et al. (2008). Treningsprogram kan redusere FD-symptom (Nakamura et al., 2019; Poyatos-León et al., 2017). Imidlertid beskrev informantene våre trening også som en vei til å «føle seg som seg selv». Treningen bidro til å gjenopprette kontakt med sin mestrende identitet. Det å føde og ha omsorg for et spedbarn er en intens fysisk jobb som på mange måter sprenger kroppens grenser. Man kan tenke seg at trening lot dem komme i kontakt med kroppen igjen på en kjent og trygg måte, og gjøre den til sin egen igjen. I tillegg er nordmenn en naturelskende nasjon: Mange ser fysisk aktivitet – og da helst i naturen – som et ideal (Vigane & Sæther, 2020), og bruker gjerne mye tid og ressurser på slike aktiviteter. Til sammen gjør kanskje dette at trening dukker opp i Tema 4. Friluftslivsbasert trening og fysisk aktivitet bør etter vår mening utforskes ytterligere som et potensielt tiltak ved FD i Norge, da det er relativt kostnadseffektivt og har få bivirkninger.

Sammensatt støtte



Funnene våre viser også hvor sammensatt støtte ved FD bør være. Å få praktisk og psykososial støtte fordrer at man enten er åpen om FD, eller omgitt av oppmerksomme andre som våger å spørre. Å gi slipp på depressiv skam over at man bryter forventninger til hvordan barseltiden skal oppleves, fordrer ofte andre som kan holde og tåle en likevel. Å bli holdt i sinn kan være en påminnelse om at mor skal ivaretas, så hun kan oppgi depressiv skam og resulterende selvutslettelse. Å bygge en eksplisitt forståelse av morskap som en omveltningssfase som for mange krever støtte og emosjonell stillasbygging, kan være hensiktsmessig. Der mye oppmerksomhet hos pårørende og helsevesen kan være på barnets velvære og å støtte kvinnen til å «få til» morsrollen, indikerer våre funn at tilfriskning kan komme gjennom kontakt med det mestrende selvet fra før man hadde barn. Det kan være en forutsetning for å kunne oppnå et integrert nytt selv, hvor man både føler seg som et selv og en mor man kan leve med over tid.

Styrker og svakheter

Styrker med studien er at den er først ute med å kvalitativt undersøke kvinner i Norge sine opplevelser av å bli bedre fra FD, og at studien kan gi et utgangspunkt for videre utvikling av klinisk arbeid og tjenesteforbedring for kvinner med FD.

En mulig svakhet i vår studie er at utvalget er homogent med informanter med lik sosial og utdanningsmessig bakgrunn (se Tabell S1, PDF), noe som kan gi manglende bredde og variasjon i erfaringene som beskrives. Vi mener likevel at det er sannsynlig at de faktorene kvinnene i utvalget opplevde som hjelpsomme, også kan være hjelpsomme for andre kvinner med FD, men da særlig for kvinner i lignende demografiske grupper.

Andre mulige svakheter kan være at kvinnene kun selv rapporterte at de hadde fått FD-diagnosen (når og hvem som satte diagnosen), at vi ikke kartla medikamentbruk eller inkluderte objektive mål og definisjoner for tilfriskning. I den sammenheng vil vi si at i et recovery-perspektiv er tilfriskning en personlig prosess, der det virket riktig å la kvinnene selv definere hva tilfriskning betydde for dem.

Konklusjon



Kvinnene i studien uttrykte at tilfriskning fra FD berodde på praktisk støtte, å kunne gi slipp på skam og finne aksept for sin opplevelse av foreldreskap, å anerkjenne og ivareta egne basalbehov samt å komme i kontakt med og integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet som mor. Studien gir innsikt i hvordan kvinner forstår disse elementene i tilfriskningen fra FD, og kan informere klinisk arbeid og støtte til mødre med FD, som ønsker å bli sett som hele mennesker, og trenger å oppleve seg som en del av et nettverk som gir psykososial og praktisk støtte i arbeidet med å ivareta et nytt menneske, rollen som mor og seg selv.

Takksigelse

En stor takk til informantene som ved å dele sine historier gjorde denne studien mulig. Takk også til våre medforskere med erfaringskompetanse, Rachel Hasting og Anja Svendsen, for deres innspill og kloke hoder. Takk til Haldis og Josef Andresens legat for deres støtte til prosjektet.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Anda, L., Mørkved, N., Hasting, R. & Rettedal, S. (2025). *Norske kvinners erfaringer med å bære sine barn ved depresjon etter fødsel* [Upublisert manuskript]. Institutt for Sosialfag, Universitetet i Stavanger.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. A. & Mizock, L. (2014). Evidence-Based Processes in an Era of Recovery: Implications for Rehabilitation Counseling and Research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(4), 219–227. <https://doi.org/10.1177/0034355213507979>
- Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing research*, 42(1), 42–48. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00008>

- Beck, C. T. (2012). Exemplar: Teetering on the edge: a second grounded theory modification. I P. L. Munhall (Red.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (5. utg., s. 257–284). Jones & Bartlett Learning.
- Beck, C. T. (2023). Teetering on the edge: A third grounded theory modification of postpartum depression. *Advances in Nursing Science*, 46(1), 14–27. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000432>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3470-2
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative psychology*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Di Mascio, V., Kent, A., Fiander, M. & Lawrence, J. (2008). Recovery from postnatal depression: a consumer's perspective. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 253–257. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0024-7>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426–433. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>
- e Couto, T. C., Cardoso, M. N., Brancaglioni, M. M., Faria, G. C., Garcia, F. D., Nicolato, R., de Miranda, D. M. & Corrêa, H. (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of affective disorders*, 192, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.017>
- Enlander, A., Simonds, L. & Hanna, P. (2022). «I want you to help me, you're family»: A relational approach to women's experience of distress and recovery in the perinatal period. *Feminism & Psychology*, 32(1), 62–80. <https://doi.org/10.1177/09593535211047792>
- Fuhr, D. C., Sikander, S., Vanobberghen, F., Weobong, B., Rahman, A. & Weiss, H. A. (2023). Predictors of spontaneous remission and recovery among women with untreated perinatal

- depression in India and Pakistan. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e34. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.26>
- Glavin, K., Smith, L. & Sørum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 705–710. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Hine, R. H., Maybery, D. J. & Goodyear, M. J. (2018). Identity in recovery for mothers with a mental illness: A literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 16–28. <https://doi.org/10.1037/prj0000215>
- Innamorati, M., Sarracino, D. & Dazzi, N. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 379–396. <https://doi.org/10.1002/imhj.20261>
- Legere, L. E., Wallace, K., Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P. & Evans, M. (2017). Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1431-4>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McCabe, J. E., Wickberg, B., Deberg, J., Davila, R. C. & Segre, L. S. (2021). Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 24(4), 595–603. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4>
- Míguez, M. C. & Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World journal of psychiatry*, 11(7), 325. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J.,... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1–2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582–2589. <https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582>

- Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F. & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 246, 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009>
- Nguyen, T. T., Tran, T. D., Tran, T., La, B., Nguyen, H. & Fisher, J. (2015). Postpartum change in common mental disorders among rural Vietnamese women: Incidence, recovery and risk and protective factors. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 110–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149138>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J. & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(3), 302–316. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.12.002>
- Oyetunji, A. & Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry research*, 284, 112769. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
- Pilgrim, D. (2022). A critical realist reflection on the power threat meaning framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 83–95. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773359>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200–208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Putnick, D. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Ghassabian, A., Goldstein, R. B., Robinson, S. L., Vafai, Y., Gilman, S. E. & Yeung, E. (2020). Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 146(5), e20200857. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0857>
- Saxbe, D. E. (2017). Birth of a new perspective? A call for biopsychosocial research on childbirth. *Current Directions in Psychological Science*, 26(1), 81–86. <https://doi.org/10.1177/0963721416677096>
- Sexton, M. B., Flynn, H. A., Lancaster, C., Marcus, S. M., McDonough, S. C., Volling, B. L., Lopez, J. F., Kaciroti, N., & Vazquez, D. M. (2012). Predictors of recovery from prenatal depressive symptoms from pregnancy through postpartum. *Journal of women's health*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2266>





- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health, 15*. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Stern, D. N. (2004). The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Red.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (s. 29–42). The Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Stern, D. N. (2020). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Stewart, D. E. & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine, 375*(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Universitetet i Stavanger. (2024, 27. mai). *Læringsguide for ansatte*. Uis.no. <https://www.uis.no/nb/lagringsguide>
- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 129*(4), 647–655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Vigane, Å. & Sæther, E. (2020). Norwegian friluftsliv: History, cultural practice and values. *Hiking in European mountains: Trends and horizons*. Berlin: De Gruyter, 15–34. <https://doi.org/10.1515/9783110660715-003>
- Wang, D., Li, Y.-L., Qiu, D. & Xiao, S.-Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders, 293*, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>
- Williams, P. (2013). Mothers' descriptions of recovery from postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 38*(5), 276–281. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182993fbf>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11: International classification of diseases*. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf>

Aarhus Universitet. (2024). *Klassifikation af data*. <https://studerende.au.dk/it-support/informationssikkerhed/klassefikation-af-data>

