



BA ritgerð
Félagsráðgjöf

Fæðingarpunglyndi

Umfjöllun um sálræna og félagslega áhættuþætti og hindranir við hjálparleit

Ása Margrét Jóhannesdóttir

Ásta Snorradóttir
Maí 2017



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

FÉLAGSRÁÐGGJAFARDEILD

Fæðingarpunglyndi
Um fjöllum um sálræna og félagslega áhættuþætti og hindranir við hjálparleit

Ása Margrét Jóhannesdóttir

090992-2879

Lokaverkefni til BA-gráðu í Félagsráðgjöf

Leiðbeinandi: Ásta Snorradóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2017

Fæðingarpunglyndi

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í Félagsráðgjöf
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Ása Margrét Jóhannesdóttir, 2017

Reykjavík, Ísland, 2017

Útdráttur

Meginviðfangsefni ritgerðarinnar er að skoða áhættuþætti fæðingarpunglyndis þar sem lögð er áhersla á sálræna og félagslega áhættuþætti. Fjallað er um þær hindranir sem geta gert það að verkum að sumar konur leita sér ekki hjálpar við fæðingarpunglyndi. Enn fremur er skoðað starf félagsráðgjafa og hvernig þeir geta lagt sitt af mörkum er kemur að fæðingarpunglyndi kvenna.

Meðganga og fæðing barns er almennt álitinn tími gleði og lífsfyllingar. Hins vegar getur sá tími haft í för með sér ýmsar breytingar sem geta aukið líkurnar á þróun fæðingarpunglyndis. Fæðingarpunglyndi er heilbrigðisvandamál sem getur haft neikvæð áhrif á móður, ungabarn og alla fjölskylduna. Helstu sálrænu og félagslegu áhættuþættir fæðingarpunglyndis eru ýmis persónueinkenni, eins og truflandi hugsunarháttur, hugsýkiseinkenni, lágt sjálfsálit, vantrú á eigin getu og fullkominarárátta. Skortur á félagslegum stuðningi hefur reynst vera einn af sterkustu áhættuþáttum fæðingarpunglyndis. Streituveldandi atburðir í lífinu, erfiðleikar í nánnum samböndum og þættir tengdir bágri félagslegri og fjárhagslegri stöðu hafa einnig áhrif á þróun fæðingarpunglyndis kvenna. Helstu hindranir þess að konur leiti sér hjálpar eru ákveðnar hugmyndir kvenna um móðurhlutverkið, skortur á þekkingu þeirra um fæðingarpunglyndi, skömm og stimplun sem þær telja sig upplifa frá samfélaginu ásamt hindrunum tengdum heilbrigðisstarfsfólki. Félagráðgjafar geta gegnt mikilvægu hlutverki þegar kemur að stuðningi til þeirra kvenna sem glíma við fæðingarpunglyndi. Þeir geta veitt uppbyggjandi fræðslu til kvenna og aðstandenda þeirra. Þeir búa yfir ákveðinni færni til að framkvæma skimun, mat og inngrip. Hlutverk félagsráðgjafa er einnig þátttaka í rannsóknarvinnu að ýmsum viðfangefnum. Þá má nefna að helstu niðurstöður sýna að meðgöngupunglyndi eða fyrri saga af þunglyndi eru meðal stærstu áhættuþátta fæðingarpunglyndis ásamt skorti á félagslegum stuðningi.

Formáli

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA-prófs í Félagsráðgjöf við Háskóla Íslands og vægi hennar er tólf ECTS einingar. Leiðbeinandi er Ásta Snorradóttir, lektor við félagsráðgjafardeild. Henni vil ég þakka fyrir samstarfið, gagnlega leiðsögn og ábendingar við vinnslu verkefnisins. Einnig vil ég þakka frænku minni Salóme Gísladóttur og systur minni Írisi Angelu Jóhannesóttur fyrir gagnrýninn yfirlestur. Að lokum við ég þakka fjölskyldu minni fyrir þann stuðning og hvatningu sem þau hafa veitt mér í þessu ferli.

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
1 Inngangur	6
2 Lyndisraskanir eftir barnsburð	9
2.1 Sængurkvennagrátur	9
2.2 Fæðingarþunglyndi.....	10
2.3 Fæðingarsturlun	11
3 Sálræni og félagslegir áhættuþættir fæðingarþunglyndis	12
3.1 Persónueinkenni.....	13
3.1.1 Hugsýki	13
3.1.2 Lágt sjálfálit og vantrú á eigin getu	14
3.1.3 Fullkunnarárátta.....	15
3.1.4 Truflandi hugsunarháttur	16
3.2 Streituvaldandi atburðir í lífinu.....	17
3.3 Skortur á félagslegum stuðningi	19
3.4 Gæði þarsambandsins	21
3.5 Félagsleg og fjárhagsleg staða	23
3.5.1 Jaðarsettari hópar	25
4 Hindranir við að konur leiti sér hjálpar	26
4.1 Hugmyndir kvenna varðandi móðurhlutverkið	27
4.2 Skortur á þekkingu.....	27
4.3 Skortur á stuðningi heilbrigðisstarfsfólks	28
4.4 Skömm og stimplun	29
5 Hlutverk félagsráðgjafa og framlag þeirra til mæðra sem glíma við fæðingarþunglyndi	31
5.1 Skimun, mat og inngrip.....	32
5.2 Fræðsla	34
5.3 Rannsóknarstörf	34
6 Umræður og lokaorð.....	36
Heimildaskrá	40

1 Inngangur

Fæðing barns markar tímamót í lífi flestra, að fá nýfætt barn í hendurnar einkennist almennt af hamingju og lífsfyllingu. Sá tími sem á að veita konum tækifæri til jákvæðra breytinga og öðlast persónulegan vöxt. Það er þó einnig tími umrótar í lífi kvenna með meðfylgjandi líffræðilegum, félagslegum og sálrænum breytingum (Barnes, 2014). Þessar breytingar í lífi kvenna geta aukið líkur á tilfinningalegri vanlíðan eins og fæðingarþunglyndi (Dennis og Ross, 2006). Fæðingarþunglyndi er heilbrigðisvandamál sem getur haft neikvæð áhrif á móður, ungabarn og alla fjölskylduna (Dennis og Ross, 2006). Viðhorf móður, vonir og væntingar gagnvart móðurhlutverkinu fara eftir einstaklingsbundnum aðstæðum hennar, sambandi hennar við maka og fjölskyldu, sjálfsmati og löngun hennar til að verða móðir (Barnes, 2014). Kröfur til nýbakaðra foreldra geta verið mismiklar en þá upplifa mæður sérstakar kröfur til sín til að standast þetta stóra og nýja hluverk. Þær fela meðal annars í sér umönnun ungabarnsins allan sólarhringinn ásamt því að þurfa mögulega að sjá um eldri börn, fara með ábyrgð heimilisins og snúa aftur til vinnu eftir fæðingarorlof. Það getur verið erfitt að takast á við þetta álag undir venjulegum kringumstæðum og þá sérstaklega erfitt ef móðir er að upplifa þunglyndiseinkenni eins og depurð, áhugaleysi og einbeitingarörðugleika (O'Hara, 2009).

Töluvert hefur verið um rannsóknir erlendis á fæðingarþunglyndi og vísbendingar benda til þess að ákveðinn hópur kvenna hafa mjög skíra áhættuþætti fyrir fæðingarþunglyndi. Mikilvægt er að rannsaka og skapa vitund um áhættuþætti til þess að hægt sé að bera kennsl á þær konur sem eru í mögulegri hættu að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Þá er hægt að hafa frekara eftirlit með mæðrum eftir fæðingu til að koma í veg fyrir eða grípa snemma inni þróun þess (O'Hara og McCabe, 2013). Mörg tilfelli fæðingarþunglyndis virðast þróast út frá sálrænum og félagslegum aðstæðum kvenna eins og almennt á við um þunglyndi sem þær geta upplifað á lífsleiðinni. Það þýðir hins vegar ekki að sum tilfelli fæðingarþunglyndis geti ekki þróast vegna sérstakra viðbragða við fæðingu barns eða vegna líffræðilegra breytinga sem eiga sér stað við barnsburð (O'Hara, 2009).

Þrátt fyrir að víðtækar rannsóknir hafa ítrekað sýnt fram á sömu áhættuþætti fæðingarpunglyndis, er það oft ógreint og ómeðhöndlað (Dennis og Chung-Lee, 2006). Ógreint og ómeðhöndlað fæðingarpunglyndi getur haft verulegar skaðlegar afleiðingar vegna áhrifa þess á móður og ungabarn (Sampson o.fl., 2013). Margar hindranir geta gert það að verkum að konur leiti sér ekki hjálpar við fæðingarpunglyndi, sem geta bæði verið einstaklingsbundnar og tengst umhverfisþáttum (Bilszta, Ericksen, Buist og Milgrom, 2010; Dennis og Chung-Lee, 2006). Mikilvægt er að skoða hvaða hindranir konur standa frammi fyrir til að hægt sé að þróa aðgerðir til að auka þátttöku mæðra í meðferðum og draga þannig úr neikvæðum afleiðingum þess (Abrams og Curran, 2007).

Markmið og tilgangur með ritgerðinni er að varpa ljósi á helstu sálrænu og félagslegu áhættuþætti fæðingarpunglyndis og þær hindranir sem gera það að verkum að sumar konur sem finna fyrir einkennum fæðingarpunglyndis leita sér ekki hjálpar. Auk þess verður fjallað um starf félagsráðgjafa og skoðað hvernig þeir geta lagt sitt af mörkum er kemur að fæðingarpunglyndi kvenna. Leitast verður verður við að svara eftirfarandi spurningum:

- Hvaða sálrænu og félagslegu þættir geta haft áhrif á þróun fæðingarpunglyndis hjá konum?
- Hvað hindrar mæður við að leita sér hjálpar þegar þær finna fyrir einkennum fæðingarpunglyndis?
- Hvernig geta félagsráðgjafar nýtt sína þekkingu og færni er kemur að skima eftir og hjálpa konum sem finna fyrir fæðingarpunglyndi?

Heimildum ritgerðarinnar var afað úr fræðitímaritum, bókum og síðum af veraldarvefnum. Notast var við gagnasöfn á borð við leitir.is, EbscoHost, ProQuest og Scopus.

Ritgerðinni er skipt upp í sex meginkafla með undirköflum. Í fyrsta kafla er inngangur. Í öðrum kafla verður fjallað um þær lyndisraskanir sem geta komið í kjölfar barnsburðar. Þar verður skýrður greinarmunur á sængurkvennagrátri, fæðingarpunglyndi og fæðingarsturlun. Í næsta kafla verður varpað ljósi á helstu sálrænu og félagslegu áhættuþætti fæðingarpunglyndis sem niðurstöður rannsókna hafa sýnt að eigi sinn þátt í þróun þess. Þar verður byrjað að greina frá ýmsum

persónueinkennum sem áhættuþætti. Ásamt því verður fjallað um streituvaldandi atburði í lífinu, skort á félagslegum stuðningi og erfiðleika í nánnum samböndum sem áhættuþætti. Í lok kaflans verður litið á þætti tengda bágri félagslegri og fjárhagslegri stöðu sem áhættuþætti í þróun fæðingarþunglyndis. Í fjórða kafla verður farið yfir þær hindranir sem gera það að verkum að sumar konur leita sér ekki hjálpar við fæðingarþunglyndi. Þær hindranir sem niðurstöður rannsókna hafa sýnt fram á að hafi áhrif á ákvarðanir þeirra. Í fimmta kafla verður litið á starf félagsráðgjafa, hvað einkennir þeirra sérgrein og hvað þeir geta lagt sitt af mörkum þegar kemur að fæðingarþunglyndi. Í sjötta kafla er umræða og lokaorð þar sem farið verður yfir viðfangsefnið og rannsóknarspurningum svarað.

2 Lyndisraskanir eftir barnsburð

Meðganga og fæðing getur verið tími mikillar gleði og markað nýtt upphaf fyrir margar konur. Hins vegar getur það verið tímabil þar sem þær eru hvað viðkvæmastar, bæði líkamlega og andlega. Það er ekki óalgengt að nýjar mæður upplifa bæði jákvæðar og neikvæðar tilfinningar í kjölfar fæðingu barns. Sumar mæður eru viðkvæmari fyrir breytingum sem eiga sér stað og eru líklegri til að þróa með sér fæðingarþunglyndi (Puryear, 2014). Mikilvægt er að fæðingarþunglyndi sé aðgreint frá öðrum tegundum lyndisraskana sem geta komið fram í kjölfar fæðingu barns. Það er annars vegar sængurkvennagrátur (*e. baby blues*) og hins vegar fæðingarsturlun (*e. postpartum psychosis*) (O'Hara og McCabe, 2013).

2.1 Sængurkvennagrátur

Sængurkvennagrátur er algengasta lyndisröskunin eftir barnsburð og er hún tiltölulega mildari röskun en fæðingarþunglyndi eða fæðingarsturlun. Talið er að allt að 80% kvenna finna fyrir einkennum sængurkvennagráturs. Einkennin samanstanda af óútskýrðum grátri, skyndilegum skapsveiflum, öruglyndi, vægum pirringi og kvíða ásamt truflunum á svefni og matarlyst. Einkennin flokkast ekki sem geðsjúkdómur þar sem flestar konur upplifa væga tilfinningalega geðhæð og lægð sem geta komið fram meðfylgjandi fæðingu barns. Sængurkvennagrátur hefst oftast einum til tveimur dögum eftir fæðingu og getur staðið frá nokkrum klukkustundum til nokkurra daga. Einkennin hverfa yfirleitt með tímanum þar sem móðirin aðlagast breytingunum og reglulegt skipulag kemst á heimilislífið (Hensaw, Foreman og Cox, 2004; Puryear, 2014).

Þar sem sængurkvennagrátur hefur enga marktæka skerðingu á virkni móðurinnar og tímabilið er stutt, er engin sérstök meðferð nauðsynleg (Wisner, Parry og Piontek, 2002). Hins vegar er sængurkvennagrátur talinn vera áhættuþáttur fæðingarþunglyndis og kvíðaraskana og því þarf að hafa eftirlit með konum sem sýna einkenni þess (Hensaw o.fl., 2004). Það er engin skýr vísindaleg rök fyrir því hverjar orsakir sængurkvennagráturs eru. Það er hins vegar talið að hægt sé að tengja sængurkvennagrátur við miklar hormónabreytingar sem eiga sér stað á fyrstu þrem dögum eftir fæðingu. Estrógen og prógesterón gildi kvenna hækka verulega á meðgöngu og falla hratt niður þegar fæðing fylgjunar á sér stað (Puryear, 2014).

2.2 Fæðingarþunglyndi

Fæðingarþunglyndi er tegund þunglyndis sem er ríkjandi á tímabilinu eftir fæðingu barns (O'Hara, 2009). Fæðingarþunglyndi er ekki með sérstakt greiningarviðmið í DSM-5, sem er greiningarkerfi bandarísku geðlæknasamtakana. Almennt er notað sama greiningarviðmið og notað er fyrir meiriháttar þunglyndi. Hins vegar er hægt að tilgreina sérstaklega í DSM-5 að um fæðingarþunglyndi sé að ræða ef einkennin koma fram innan fjögurra vikna frá fæðingu (Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook og Schetter, 2015). Í vísindalegum rannsóknum og klínísku starfi eru þó tímamörkin lengri þar sem horft er á fæðingarþunglyndi í auknum mæli sem sjúkdóm sem getur átt sér stað allt að einu ári eftir fæðingu (O'Hara, 2009). Fæðingarþunglyndi varir í að minnsta kosti tvær vikur, getur skapað verulega skerðingu á virkni móðurinnar og krefst almennt faglegrar meðferðar (Yim o.fl., 2015). Áætlað er að algengi þess sé á bilinu 13-19% (O'Hara og McCabe, 2013) og að breytileiki fari eftir matsaðferðum og lengd þess tímabils sem lagt er mat á (O'Hara og Swain, 1996). Meðal einkenna fæðingarþunglyndis eru depurð, orkuleysi, breytingar á matarlyst, áhugaleysi á athöfnum daglegs lífs, óreglulegur svefn, mikil þreyta, minnkuð geta til að hugsa eða einbeita sér, hugsanir um dauðann ásamt tilfinningum sektarkenndar eða að vera einskins virði (Puryear, 2014).

Áhrif fæðingarþunglyndis fylgir persónuleg þjáning sem dregur úr getu kvenna til áhrifaríkrar og eðlilegrar virkni á mörgum sviðum lífsins, eins og tilfelli meiriháttar þunglyndis sem konur geta upplifað á mismunandi tímum í lífi sínu. Hins vegar þurfa konur sem glíma við fæðingarþunglyndi að standa frammi fyrir ábyrgðarhlutverki gagnvart nýfæddu ungarbarni. Áframhaldandi þunglyndi getur haft slæm áhrif á foreldrahlutverkið og neikvæð áhrif á barnið, bæði til skamms- og langtíma litið (O'Hara og McCabe, 2013). Það getur haft neikvæð áhrif á líkamlega og tilfinningalega heilsu móður, ásamt aukinni hættu á þunglyndisköstum í framtíðinni með meðfylgjandi neikvæðum áhrifum á foreldrahlutverkið (O'Hara og McCabe, 2013). Fæðingarþunglyndi móðurs setur barn í aukna hættu á skertum andlegum þroska og hreyfiþroska, skertri vitrænni hæfni, slæmri sjálfstjórn, lágu sjálfstrausti og hegðunarvandamálum (Patel, Bailey, Jabeen, Ali, Barker og Osiezagha, 2012). Með tilliti til þessara alvarlegu afleiðinga er snemmbúin greining og meðferð áriðandi fyrir heilsu og velferð móður og barns (Robertson o.fl., 2004).

Edinborgar þunglyndiskvarðinn er fullgildur mælikvarði sem notaður er til að skima mæður fyrir fæðingarþunglyndi. Hann er áreiðanlegur og margir heilbrigðisstarfsmenn nota hann til skimunar. Kvarðinn byggir á sjálfsmati, lagður fyrir og svaraður af móður. Hann getur hjálpað til við að bera kennsl á þær konur sem gætu þurft á frekari aðstoð að halda (Puryear, 2014).

2.3 Fæðingarsturlun

Fæðingarsturlun er sjaldgæf geðröskun sem getur valdið verulegum þjáningum fyrir konur og fjölskyldur þeirra (Dias og Jones, 2016). Hún er alvarlegasta mynd af lyndisröskunum eftir barnsburð og konur sem upplifa einkenni þess þarfnast oft innlagnar á sjúkrahús (Heron, McGuinnes, Blackmore, Craddock og Jones, 2008). Fæðingarsturlun er talin hrjá eina af hverjum 1000 konum sem fæða barn (Dias og Jones, 2016). Algeng einkenni geta verið ranghugmyndir, ofskynjanir, furðuleg hegðun, þunglyndi, sæluvíma og tilfinningalegt ójafnvægi sem birtist venjulega innan tveggja vikna frá fæðingu (Heron o.fl., 2006). Algengt er að einkenni svipa til geðhvarfasýki þar sem bæði einkenni sæluvímu og þunglyndis koma fram samtímis og ástand er þá síbreytilegt (Dias og Jones, 2016).

Talið er að líffræðilegir þættir gegna lykilhlutverki í þróun fæðingarsturlunar (Dias og Jones, 2016). Þó batahorfur séu taldar betri samanborið við aðrar tegundir geðrofs greina konur frá miklum áhrifum fæðingarsturlunar á reynslu þeirra af móðurhlutverkinu, sjálfsvitund og tengsl við maka (Robertson og Lyons, 2003). Fyrir margar konur er fæðingarsturlun fyrsta og eina reynsla þeirra af geðrænum vandamálum (Valdimarsdóttir, Hultman, Harlow, Cnattingius, Sparén og Hay, 2009). Að bera kennsl á einkenni og grípa skjótt til viðeigandi meðferðar er afar mikilvægt. Tafir geta leitt til lengri og þyngri kasta sem erfiðara er að meðhöndla ásamt aukinni hættu fyrir bæði móður og barn (Boddy, Gordon, MacCallum og McGuinnes, 2017).

Það er mikilvægt að skilja muninn milli eðlilegrar aðlögunar sem á sér stað eftir fæðingu og alvarlegri einkenna sem krefjast íhlutunar. Snemmbúin meðferð getur gert mæðrum kleift að ná bata fljótt og njóta fyrstu mánaðanna með nýja barni sínu, sem geta bæði verið mikilvægir og krefjandi (Puryear, 2014).

3 Sálrænir og félagslegir áhættuþættir fæðingarþunglyndis

Víðtækar rannsóknir og heimildir eru til um áhættuþætti fæðingarþunglyndis. Sýnt hefur verið fram á fjölmarga þætti sem marktækt tengjast einkenni þess (Robertson, Grace, Wallington og Stewart, 2004). Sumir fræðimenn hafa fundið tengsl milli líffræðilegra þátta og fæðingarþunglyndis þar sem lífeðlisfræðilegar- og hormóna breytingar spila sinn þátt í þróun fæðingarþunglyndis (Milgrom o.fl., 2008). Enn fremur sýna rannsóknir að þættir sem tengjast meðgöngu eða fæðingu geta haft áhrif á þróun fæðingarþunglyndis, svo sem meðgöngueitrun, ótímabær fæðing, óvæntur keisaraskurður og miklar blæðingar við fæðingu (Robertson, o.fl., 2004).

Búið er að koma auga á ýmsa sálræna og félagslega þætti sem hafa áhrif á þróun fæðingarþunglyndis (Patel o.fl., 2012) og í dag er almennt viðurkennt að það séu fyrst og fremst sálrænir og félagslegir þættir sem auka hættu á þróun þess (Boyce og Hickey, 2005). Rannsóknir hafa sífellt sýnt að meðal stærstu áhættuþátta í þróun fæðingarþunglyndis séu meðgöngupunglyndi eða fyrri saga af þunglyndi (O'hara, 2009; Robertson, 2004). Þrátt fyrir það hafa sumar konur sem glíma við fæðingarþunglyndi enga fyrri sögu af geðsjúkdómum (Patel o.fl., 2012).

Nýlega gerðu Norhayati, Hazlina, Asrenee og Wan Emilin (2015) fræðilega úttekt þar sem þeir báru saman niðurstöður rannsókna á áhættuþáttum fæðingarþunglyndis. Niðurstöður sýndu fram á að þunglyndi og kvíði fyrir fæðingu, fyrri geðsjúkdómar, gæði í parsambandi, skortur á félagslegum stuðningi, streituvaldandi atburðir í lífinu og neikvæð viðhorf gagnvart þungun væru stórir áhættuþættir fæðingarþunglyndis. Ásamt því bentu niðurstöður til þess að þættir tengdir bágri félagslegri og fjárhagslegri stöðu væru einnig stórir áhættuþættir (Norhayati o.fl., 2015) en aðrar rannsóknir benda til þess að þessir þættir spila lítið en þó marktækt hlutverk í þróun fæðingarþunglyndis (Robertson o.fl., 2004). Enn fremur hafa rannsóknir sýnt að hægt sé að tengja ákveðin persónueinkenni kvenna við fæðingarþunglyndi (Robertson o.fl., 2004). Nýlega hefur athygli rannsakenda í auknum mæli beinst að hugsanlegum hlutverkum persónueinkenna í þróun fæðingarþunglyndis (Maia o.fl., 2012). Persónueinkenni á borð við hugsýkiseinkenni (*e. neuroticism*), fullkominaráráttu, truflandi hugsunarhátt, lágu

sjálfsáliti og vantrú á eigin getu hafa verið tengd við sjúkdóminn (Milgrom o.fl., 2008; Fulton, Mastergeorge, Steele og Hansen, 2012).

3.1 Persónueinkenni

3.1.1 Hugsýki

Hugsýki (*e. neuroticism*) endurspeglast í viðkvæmni gagnvart áreiti í umhverfinu sem getur leitt af sér sorg, hræðslu, ótta, kvíða, sektarkennd og reiði einstaklings (Klein, Durbin og Shankman, 2009). Ásamt því á hugsýki við þegar einstaklingur finnur sífellt fyrir tilfinningalegri spennu, tilfinningasveiflum og óöryggi (Iliadis o.fl., 2015). Hugsýki er einn þáttur í fimm þátta líkani Costa og McCrae um persónuleikann (*e. the five-factor model*). Fimm þátta líkanið um persónuleikann er líkan sem gerir ráð fyrir því að hægt sé að útskýra persónuleika einstaklinga með fimm yfirþáttum. Aðrir þættir eru víðsýni (*e. openness*), samviskusemi (*e. conscientiousness*), úthverfa (*e. extraversion*) og geðfeldni (*e. agreeableness*). Hver þáttur lýsir mörgum eiginleikum sem geta legið í jákvæða eða neikvæða átt. Rannsóknir sem byggja á fimm þátta líkaninu styðja þá tilgátu að hægt sé að útskýra persónuleikann með fimm yfirþáttum og að þættirnir hafa forspárgildi fyrir ýmsa mikilvæga þætti í lífi fólks, eins og geðheilsu eða velgengni í námi og starfi. Samkvæmt fimm þátta líkaninu eiga einstaklingar sem skora hátt á hugsýki til að vera svartsýnir og horfa frekar á neikvæðu hliðarnar á aðstæðum. Þeir eru viðkvæmir fyrir tilfinningalegum óstöðugleika vegna tilhneigingar til að gera of mikið úr daglegum pirringi sem flestir láta ekki hafa mikil áhrif á sig. Þeir eiga einnig erfitt með að viðhalda félagslegum tengslum og eru í meiri hættu að þróa með sér ýmsa sálfræðilega kvilla (Wood, Wood og Boyd 2011).

Nýleg rannsókn sýndi fram á að sterk tengsl væru á milli þess hafa persónuleika sem einkennist af hugsýki og einkenna fæðingarþunglyndis, bæði sex vikum og sex mánuðum eftir fæðingu. Hugsýki hafði fylgni við fæðingarþunglyndi þegar búíð var að taka út konur sem upplifðu mikið meðgönguþunglyndi og einnig þegar búíð var að stjórna fyrir fyrri sögu af þunglyndi. Það gefur til kynna að persónueinkenni sem einkennast af hugsýki geti átt sinn óháða þátt í þróun fæðingarþunglyndis (Iliadis o.fl., 2015).

3.1.2 Lágt sjálfsálit og vantrú á eigin getu

Rannsóknir hafa sýnt að lágt sjálfsálit er áhættuþáttur fæðingarþunglyndis (Milgrom o.fl., Beck, 2001). Sjálfsálit (*e. self-esteem*) er tilfinningalegt mat einstaklinga á sjálfum sér og hvers virði hann er. Sjálfsálit er einn þáttur sjálfsmyndar (*e. self-concept*) einstaklings sem vísar til allra þeirra hugsana og tilfinninga sem viðkomandi hefur um sjálfan sig (Franck, Vanderhasselt, Goubert, Loeys, Temmerman og De Raedt, 2016). Sjálfsálit getur haft mikil áhrif á hugsanir einstaklinga, skap þeirra og hegðun. Fólk sem greinir frá lágu sjálfsáliti er líklegra að lifa við verri andlega og líkamlega heilsu sem og greina frá fjárhagslegum vandamálum. Það bendir til þess að hafa lágt sjálfsálit grefur undan getu fólks til að setja sér jákvæð markmið og takast á við neikvæð atvik í lífinu (Gerrig og Zimbardo, 2010). Óstöðugt sjálfsálit (*e. self-esteem instability*) hefur verið skilgreint sem sveiflur í sjálfsáliti yfir ákveðinn tíma, sem viðbrögð við daglegri streitu og skapsveiflum. Það endurspeglast í viðkvæmum tilfinningum einstaklings um sjálfan sig og hvers virði hann er. Í nýlegri rannsókn kom í ljós að óstöðugt sjálfsálit, en ekki skortur á sjálfsáliti, hefur marktæk tengsl við þróun fæðingarþunglyndis. Þetta gefur til kynna að mögulega hafa sveiflur í sjálfsáliti sem viðbrögð af streituvöldum, meira forspárgildi um fæðingarþunglyndi frekar en lágt sjálfsálit (Franck o.fl., 2016).

Albert Bandura kom með kenningu um persónuleikann sem kallast gagnkvæmni í áhrifum (*e. reciprocal determinism*). Bandura taldi að samvirkni milli umhverfis, hegðunar og einstaklingsbundna þátta leiði til mótunar persónuleikans. Að þessir þættir hafa áhrif á hvern annan og spili gagnkvæm hlutverk í þróun persónuleikans. Einstaklingsbundnu þættirnir samanstanda af skoðunum, væntingum og lundafari einstaklings. Bandura taldi að trú á eigin getu (*e. self-efficacy*) væri þar lykilþáttur (Wood o.fl., 2011). Trú á eigin getu vísar til væntinga einstaklings um hversu áhrifaríkar tilraunir hans eru til að ljúka tilteknu verkefni. Hún er metin út frá einstaklingsbundinni trú á eigin getu til að skipuleggja og framkvæma tiltekna hegðun og ná tilteknu markmiði (Zhang og Jin, 2014). Samkvæmt Bandura búast einstaklingar sem hafa vantrú á eigin getu frekar við því að mistakast. Þar af leiðandi reyna þeir að forðast áskoranir og gefast yfirleitt upp á verkefnum sem eru krefjandi. Bandura hefur komist að því að einstaklingar sem hafa vantrú á eigin getu eru líklegri til að hafa upplifað þunglyndi (Wood o.fl., 2011). Trú móður á eigin getu (*e. maternal self-efficacy*) felst í trú hennar til að bregðast við ungabarni sínu með hegðun sem leiðir til áhrifaríkrar umönnunar. Það

felur í sér þekkingu hennar á viðeigandi færni ásamt trú á eigin getu til að framkvæma slíka færni, eins og að fæða og róa barnið. Skynjuð trú á eigin getu getur verið undir áhrifum hugsana, tilfinninga, bjargráða og athafna sem eiga sér stað eftir fæðingu. Rannsóknir hafa sýnt að vantrú móður á eigin getu hefur áhrif á þróun fæðingarþunglyndis. Eftir fæðingu þurfa konur að jafna sig líkamlega, gæta barna sinna og takast þær á við þessi nýju og krefjandi verkefni. Þessi verkefni geta valdið töluverðum þrýstingi sem getur leitt að lágu sjálfáliti og þar af leiðandi vantrú á eigin getu (Fulton o.fl., 2012).

3.1.3 Fullkonnunarárátta

Fullkonnunarárátta er persónueinkenni sem felur í sér að reyna að mæta háum kröfum um árangur ásamt gagnrýnu mati á eigin hegðun. Hún skiptist jafnan í sjálfshverfa fullkonnunarárátta (*e. self-oriented perfectionism*) og félagslega fullkonnunarárátta (*e. socially prescribed perfectionism*). Sjálfshverf fullkonnunarárátta felur í sér miklar en raunhæfar kröfur sem koma frá einstaklingnum sjálfum og viðkomandi beinir að sjálfum sér. Slík fullkonnunarárátta getur verið jákvæð og uppbyggileg. Félagssleg fullkonnunarárátta er hins vegar neikvæð. Hún felur í sér að viðkomandi telur að aðrir geri mjög miklar kröfur og væntingar til sín. Einkennist hún af ströngum kröfum um árangur og fullkonnun, óraunhæfum sjálfskröfum, sjálfsgagnrýni og refsingum á sjálfum sér ef illa gengur. Einstaklingar með félagslega fullkonnunarárátta eiga til að leggja of mikla áherslu á mistök og horfa framhjá árangri. Ef mistök eiga sér stað upplifa þeir sterkar tilfinningar vanmáttar og finna fyrir lágu sjálfáliti (Maia o.fl., 2006). Á meðgöngu og skömmu eftir fæðingu (*e. perinatal period*) þurfa konur að takast á við breytingar frá fyrri hlutverkum og koma til móts við ný hlutverk. Fullkonnunarárátta getur því virkjað sjálfsgagnrýndar efasemdir um eigin getu í að vera góð móðir eða að vera nægilega fær um að sjá vel um barnið. Enn fremur getur það virkjað gagnrýndar efasemdir um að vera ekki fær um að framkvæma fyrri hlutverk á sama hátt og áður (Maia o.fl., 2006). Sjálfsgagnrýni hefur oft í för með sér tilfinningar á borð við sektarkennd, að vera óverðugur og skella skuldinni á sjálfan sig. Slíkar tilfinningar geta ýtt undir fæðingarþunglyndi (Gelabert, Subirà, García-Esteve, Navarro, Plaza og Cuyàs, 2012).

Í nýlegri rannsókn skoðuðu Gelabert og félagar (2012) tengsl milli fullkonnunarárátta og fæðingarþunglyndis. Þeir komust að því að konur með alvarlegt

fæðingarþunglyndi sýndu oftár einkenni mikillar fullkornunaráráttu, samanborið við heilbrigðar konur. Það gefur til kynna að fullkornunarárátta sé sjálfstæður eiginleiki sem tengist fæðingarþunglyndi. Fullkornunarárátta var skoðuð út frá sex víddum. Það voru áhyggjur yfir eigin mistökum, persónulegir staðlar, væntingar foreldra, gagnrýni foreldra, efasemdir um athafnir og skipulagning. Sambandið milli fullkornunaráráttu og fæðingarþunglyndis virtist fyrst og fremst mega rekja til áhyggja yfir eigin mistökum. Þau tengsl voru óháð öðrum þekktum áhættuþáttum eins og hugsýkiseinkennum, sögu um geðræn vandamál, skorti á félagslegum stuðningi og neikvæðum atburðum í lífinu. Enn fremur settu konurnar sér oftár miklar kröfur til eigin frammistöðu í foreldrahlutverkinu með meðfylgjandi sjálfsgagnrýni á hegðun sinni og efasemdum um hvernig þær voru að standa sig. Ásamt því var algengara að þær töldu foreldra sína bera miklar væntingar til sín (Gelabert o.fl., 2012).

3.1.4 Truflandi hugsunarháttur

Rannsóknir hafa sýnt að truflandi hugsunarháttur sé áhættuþáttur fæðingarþunglyndis (Milgrom o.fl., 2008; Robertson o.fl., 2004). Sýnt hefur verið fram á að truflandi hugsanir sem eru meira aðstæðubundnar og einkennast af neikvæðu mati móðurinnar á umskiptunum yfir í móðurhlutverkið hafi áhrif á þróun fæðingarþunglyndis (Church, Brechman-Toussaint og Hine, 2005). Hugræn kenning Beck's um þunglyndi (*e. cognitive theory*) fjallar um að þunglyndir einstaklingar hafa þrjár tegundir af neikvæðu hugsunarmynstri. Í fyrsta lagi neikvæðri túlkun á sjálfum sér, í öðru lagi neikvæðri túlkun á umhverfi sínu og í þriðja lagi neikvæðri túlkun á framtíðinni. Samkvæmt Beck hefur þunglyndur einstaklingur tilhneigingu til að horfa á sjálfan sig sem ófullnægjandi eða gallaðan á einhvern hátt. Hann á einnig til að túlka núverandi atburði á neikvæðan hátt og trú á því að framtíðin muni bera í skauti sér áframhaldandi erfiðleika og þjáningu. Slíkur truflandi hugsunarháttur litar alla reynslu einstaklings og hefur áhrif á þróun annarra einkenna þunglyndis (Gerrig og Zimbardo, 2010).

Trufluð viðhorf kvenna til móðurhlutverksins er hugrænn áhættuþáttur sem einn og sér getur tengst þunglyndi og kvíða á meðgöngu og eftir fæðingu (Sockol og Battle, 2015). Talið er að truflandi hugsanir auka hættu á tilfinningalegum erfiðleikum þegar þær eiga sér stað samhliða ákveðnum streituvöldum (Beck og Haigh, 2014). Settur var saman mælikvarði á viðhorfum kvenna til móðurhlutverksins (*e. Attitudes Toward*

Motherhood (AToM Scale)) í því skyni að auðvelda rannsóknir á sambandi milli slíkra viðhorfa og einkenna þunglyndis og kvíða á meðgöngu eða eftir fæðingu. Hann samanstendur af spurningum er varða hugmyndir kvenna sem tengjast í fyrsta lagi skoðunum annarra (*ef ég geri uppeldismistök munu aðrir telja mig slæma móður; ef barnið mitt grætur munu aðrir halda að ég hugsi ekki nægilega vel um það*). Í öðru lagi hugmyndir sem tengjast ábyrgð móðurs (*ef ég elska barnið mitt ætti ég að vilja eyða öllum mínum tíma með því; góðar mæður setja þarfir barna sinna ávallt í forgang*). Í þriðja lagi hugmyndir sem tengjast upphafningu móðurhlutverksins (*það er rangt að finna fyrir vonbrigðum með móðurhlutverkið; það er rangt að hafa blendnar tilfinningar gagnvart barni sínu; ef mér mistekst í móðurhlutverkinu mistekst mér sem manneskja*). Niðurstöður tveggja rannsókna sem hafa notað þennan mælikvarða komust að því að fyrrnefnd viðhorf mæðra tengdust einkennum þunglyndis og kvíða á meðgöngu og stuttu eftir fæðingu. Jafnvel eftir að hafa stjórnað fyrir öðrum lýðfræðilegum, hugrænum og félagslegum þáttum (Sockol og Battle, 2015; Sockol, Epperson og Barber, 2014). Líklegast eru það streituvaldar sem tengjast foreldrahlutverkinu og daglegri streitu við umönnun barnsins sem virkja slík viðhorf. Þegar móðir upplifir sig ekki koma til móts við viðhorfin getur hún túlkað sig sem slæma móður, sem getur leitt að þunglyndiseinkennum eins og depurð og sektarkennd (Sockol o.fl., 2014).

3.2 Streituvaldandi atburðir í lífinu

Streita er hugtak sem lýsir viðbrögðum einstaklinga gagnvart atburðum sem hægt er að upplifa sem áskorun eða ógn og þarfnast ákveðinnar aðlögunar. Atburðir í lífinu sem kalla fram mestu breytingarnar og þarfnast mikillar aðlögunar í kjölfarið eru taldir mest streituvaldandi, óháð því hvort þeir eru jákvæðir eða neikvæðir. Talið er að það sé fylgni milli fjölda streituvaldandi atburða sem einstaklingur upplifir og heilsufarsvandamála, svo sem þunglyndis (Wood o.fl., 2011). Nálgun Richard Lazarus um hugrænt mat (*e. cognitive appraisal approach*) fjallar um hvernig einstaklingar upplifa og meta streitupætti í umhverfinu. Þessi upplifun og mat gagnvart ákveðnum streitupætti hefur mikil áhrif á hversu mikil streitan verður. Lazarus skipti þessu mati í fyrsta mat (*e. primary appraisal*) og annað mat (*a. secondary appraisal*). Fyrsta mat felur í sér hvort einstaklingur lítur á streitupáttinn sem ógn, atburð sem getur leitt að missi, verið hættulegt eða skaðandi, eða sem áskorun sem hægt er að komast yfir. Að skynja

streitupátt sem áskorun gerir það auðveldara að takast á við streitupáttinn eða þann skaða sem hann hefur nú þegar valdið. Hins vegar að skynja streitupáttinn sem ógn er líklegra að leiða til aukinna streituvíðbragða, neikvæðra tilfinninga eða vanhæfnis til að takast á við aðstæður. Ef einstaklingur lítur á streitupáttinn sem ógn á annað mat sér stað, sem framhald af viðbrögðum í fyrsta mati. Annað mat felur í sér þær bjargarir sem einstaklingur hefur til þess að takast á við streituna, eins og félagslegan stuðning, fjármuni, tíma, orku eða hæfni. Bjargarirnar fara eftir eðli streitupáttarins. Ef einstaklingar hafa til staðar bjargarir sem þeir telja fullnægjandi verður streitan viðráðanlegri en ef slíkar bjargarir væru ekki til staðar (Ciccarelli og White, 2014).

Upplifun kvenna á streituvaldandi atburðum í lífinu fyrir meðgöngu, á meðgöngu eða við fæðingu og álag við umönnun ungbarnsins er almennt tengt við fæðingarþunglyndi (Norhayati o.fl., 2015; O'Hara og Swain, 1996; Robertson o.fl., 2004). Meðganga og fæðing getur verið streituvaldandi atburður í sjálfu sér og streitan sem fylgir því getur leitt til fæðingarþunglyndis (Robertson o.fl., 2004). Reynsla móður af erfiðum veikindum, maki hennar veikist, hún eigi í erfiðu ástarsambandi, sambandsslitum eða skilnaði, fjárhagserfiðleikum, hafi misst einhvern nákominn eða reynsla af öðrum áföllum gerir hana líklegri til að þróa með sér fæðingarþunglyndi (Stone, Diop, Declercq, Cabral, Fox og Wise, 2015). Fundið hefur að streituvaldandi atburðir sem hafa persónulegri þýðingu fyrir konur hafa sterkara forspárgildi um fæðingarþunglyndi en aðrir atburðir. Þannig hafa neikvæðir atburðir sem eiga sér stað í parsambandi, eins og ending ástarsambands, mesta forspárgildið. Það er í samræmi við niðurstöður rannsókna sem hafa sýnt fram á tengsl milli gæða parsambandsins og fæðingarþunglyndis (Wright, Hill, Pickles og Sharp, 2016).

Qobadi, Collier og Zhang (2016) skoðuðu áhrif streituvaldandi atburða á þróun fæðingarþunglyndis sem áttu sér stað allt að einu ári fyrir fæðingu. Þeir notuðu aðferð sem skoðar bæði fjölda streituvaldandi atburða sem viðkomandi hefur upplifað og áhrif hvers streituválds á þróun fæðingarþunglyndis. Í rannsókninni voru mæður spurðar hvort þær höfðu upplifað einhvern af þrettán eftirtöldum atburðum síðustu tólf mánuði fyrir fæðingu; nákominn fjölskyldumeðlimur varð mjög veikur og þurfti að leggjast inn á sjúkrahús, skilnaður við maka/sambýlismann, flutningur um aðsetur, heimilisleysi, ég missti vinnuna, maki eða sambýlismaður missti vinnuna, rifrildi við maka/sambýlismann meiri en venjulega, maki/sambýlismaður sagðist ekki vilja þungun, miklir

fjárhagserfiðleikar, ég lenti í slagsmálum, ég fór í fangelsi eða maki/sambýlismaður fór í fangelsi, einhver mjög nákominn átti við áfengis- vímuefnavanda að stríða, einhver mjög nákominn dó. Þessar spurningar voru einnig flokkaðar í fjögur svið streituvaldandi atburða; fjárhagslegir streituvaldar, streituvaldar tengdir parsambandi, tilfinningalegir streituvaldar og áföll. Rannsóknin sýndi fram á tegundir, fjöldi og umfang streituvaldandi atburða tólf mánuðum fyrir fæðingu hafði veruleg áhrif á þróun fæðingarþunglyndis. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu í fyrsta lagi fylgni milli streituvaldandi atburða og algengi fæðingarþunglyndis. Í öðru lagi að algengi fæðingarþunglyndis hækkaði verulega eftir því hve marga streituvaldandi atburði einstaklingur hafði upplifað og hæst meðal þeirra sem höfðu upplifað fimm eða fleiri. Líkurnar á fæðingarþunglyndi voru sérstaklega miklar meðal mæðra sem greindu frá miklum streituvöldum í parsambandi, þegar búið var að stjórna fyrir öðrum streituvöldum, sem sýnir fram á mikilvægi félagslegs stuðnings fyrir barnshafandi og nýbakaðar mæður. Þær mæður sem upplifðu mikla streituvalda í parsambandi og mikil áföll en litla fjárhagslega streituvalda voru líklegastar til að glíma við fæðingarþunglyndi (Qobadi o.fl., 2016).

3.3 Skortur á félagslegum stuðningi

Félagslegur stuðningur hefur lengi verið þekktur fyrir að hafa umtalsverð áhrif á andlega heilsu og vellíðan (Thoits, 2011). Fræðin gera greinarmun á milli skynjunar á félagslegum stuðningi (*e. perceived support*) og veittum félagslegum stuðningi (*e. received support*). Skynjun á stuðningi er huglæg tilfinning, að viðkomandi geti fengið stuðning frá öðrum einstaklingum í sýnu nánasta félagslega neti. Veittur stuðningur vísar hins vegar til þess stuðning sem er raunverulega gefinn (Nurullah, 2012). Fræðin gera einnig frekari greinarmun á félagslegum stuðningi. Það er í fyrsta lagi tilfinningalegur stuðningur (*e. emotional support*) sem vísar til þess þegar einstaklingur gefur af sér ást, virðingu, samúð og hvatningu og lætur viðkomandi vita að hann er metinn (Thoits, 2011). Tilfinningalegur stuðningur á tímabilinu eftir fæðingu getur lýst sér þannig að móðirin hafi einhvern til staðar til að gefa henni jákvæða endurgjöf eða tala við hana um áhyggjur varðandi barnið og hvetja hana áfram (Reid og Taylor, 2015). Í öðru lagi er það verklegur stuðningur (*e. instrumental support*) sem er þegar einstaklingur er til staðar til að bjóða aðstoð er varðar ábyrgð og önnur vandamál sem krefjast líkamlegs verknaðar

eða fjárhagsaðstoðar (Nurullah, 2012). Það getur verið þegar einstaklingur býður aðstoð við umönnun barnsins eða hjálpar til við húsverk (Reid og Taylor, 2015). Þessar mismunandi gerðir af félagslegum stuðningi virðast hafa mismunandi áhrif á andlega heilsu einstaklinga (Nurullah, 2012).

Fjölskyldur kvenna og stuðningurinn sem er til staðar í félagslegu neti þeirra hefur mikil áhrif á ávinninginn sem þær fá út úr félagslegum stuðningi. Félaglegt net móðurs skiptist í tvo hópa. Í fyrsta lagi er það hópur fólks sem stendur henni næst. Það á til að vera lítill hópur, náinn og viðvarandi og samanstendur af fjölskyldumeðlimum, ættingjum og vinum. Það eru einstaklingar sem konan er bundin tilfinningaböndum og hún lítur á sem mikilvæga og áhrifamikla einstaklinga í sínu lífi. Síðan eru það fjarlægari hópar sem eiga til að vera stærri og samskipti milli einstaklinga formlegri, leitt af reglum og stigveldi. Tengsl milli einstaklinga eiga til með að vera ópersónulegri og geta þeir komið inn í hópinn og farið hvenær sem er að sínum vilja eða annarra. Dæmi um slíka hópa eru vinnustaðir og trúfélög (Thoits, 2011).

Skortur á félagslegum stuðningi hefur reynst vera einn af sterkustu áhættuþáttum fæðingarþunglyndis (Robertson o.fl., 2004). Þá er almennt vísað til þeirrar nauðsynjar að fá traustan stuðning frá maka og öðrum fjölskyldumeðlimum (Reid og Taylor, 2015). Rannsóknir hafa sýnt fram á að konur sem greina frá minni félagslegum stuðningi eru með fleiri einkenni fæðingarþunglyndis en konur með meiri stuðning (Reid og Taylor, 2015). Það getur verið að konur sem glíma við fæðingarþunglyndi vanmeta stuðningsnet sitt þar sem þunglyndir einstaklingar hunsa oft á tíðum hagstæða þætti í lífi sínu og gera of mikið úr neikvæðum þáttum. Hins vegar getur stuðningsnet konu sem fær fæðingarþunglyndi verið minna en hjá meðalmanneskju. Að vera með lélegt stuðningsnet á viðkvæmu tímabili eftir fæðingu sem og tilvik af neikvæðum atburðum getur leitt að neikvæðum tilfinningum og þunglyndi (Zhang og Jin, 2014).

Reid og Taylor (2015) skoðuðu mun milli giftra kvenna, kvenna í sambúð og einstæðra kvenna er varðar hvern þær töldu vera áhrifamesti stuðningsaðilinn á tímabilinu eftir fæðingu. Hvort það væri maki, vinur eða fjölskyldumeðlimur. Stuðningur frá maka virtist vera sérstaklega gagnlegur og skipta mestu máli fyrir giftar konur. Það sama á við um konur í sambúð, sem gefur til kynna að stuðningur frá nánnum aðila sem konan er í sambandi með er mikilvægastur hvernig sem aðstæðurnar eru í sambandinu.

Fyrir einstæðar mæður virðist stuðningur frá föður barnsins skipta minna máli. Fyrir þær er stuðningur frá vinum og fjölskyldu mikilvægastur. Enn fremur greindu einstæðar konur frá minnstum félagslegum stuðningi í heildina. Það gefur til kynna að mögulega skynja einstæðar konur að lítill stuðningur sé til staðar í félagslegu neti þeirra sem leiðir af sér að þær hafa minni samskipti við fjölskyldu, vini eða föður barnsins (Reid og Taylor, 2015).

3.4 Gæði parsambandsins

Náin persónuleg sambönd og stuðningurinn sem er þar til staðar eru undir áhrifum öryggis einstaklings í tilteknu sambandi og almennum væntingum viðkomanda til þess. Þessar væntingar og tilfinningar öryggis litast af fyrri reynslu einstaklinga af tengslum (Stapleton o.fl., 2012). John Bowlby er upphafsmaður tengslakenninga. Hann fjallaði um mikilvægi tilfinningatengsla barna við aðal umönnunaraðila, oftast móður, og þá röskun á tengslum sem á sér stað við aðskilnað og ástvinamissi. Bowlby lagði einnig til að sambönd og tengsl ungabarna, barna og unglunga við umönnunaraðila leiðbeina þeim við skynjun á framtíðarsamböndum og hvernig þau munu hegða sér í þessum tilteknu samböndum. Mary Ainsworth þróaði frekar tengslakenningar Bowlbys. Ainsworth stuðlaði að hugmyndinni um að tengslafyrirmynd ungabarns væri örugg stöð þar sem barnið gæti kannað heiminn. Ásamt því mótaði hún hugtakið um næmi móður við merkjum sem barnið gefur frá sér og hlutverk þess í þróun tengslamyndunar milli móður og ungabarns (Bretherton, 1992). Hún vann víðtæka rannsókn sem nefnist „ókunnar aðstæður“ (*e. strange situation*) þar sem hún fylgdist með móður og barni að leik. Hún skilgreindi viðbrögð barnsins þegar móðirin fór frá því um skamma stund og kom svo aftur. Hún rannsakaði eðli tengsla og tilgreindi fjórar gerðir; örugg tengsl (*e. secure attachment*), tengsl sem einkennast af forðun (*e. avoidant attachment*), tvíbent tengsl (*e. ambivalent attachment*) og óreiðutengsl (*e. disorganized/disoriented attachment*). Þessar tegundir tengsla hafa verið notaðar á frekari rannsóknum bæði á tengslum milli ungabarna og aðal umönnunaraðila og einnig tengslum á fullorðinsárum (Ciccharelli og White, 2014).

Tengslakenningar á fullorðinsárum (*e. adult attachment theory*) gera ráð fyrir því að tengsl í ástarsamböndum eru undir áhrifum tengsla frá frumbersku. Þannig að einkenni tengsla í frumbersku, eins og kenningar Bowlbys og Ainsworth fjalla um, hafa áhrif á

Þróun tengsla sem viðkomandi hefur í samböndum á fullorðinsárum. Talið er að einstaklingar sem finnast þeir öruggari í nánum samböndum munu upplifa jákvæðari og fullnægjandi ástarsambönd í samanburði við þá sem upplifa hræðslu við höfnun eða forðast nálægð (Hazan og Shaver, 1987). Whiffen og Johnson (1998) notuðu tengslakenningar til að útskýra áhrif tengsla við maka á þróun fæðingarþunglyndis. Þeir áætluðu að fæðingarþunglyndi geti þróast þegar þörfum móðurinnar fyrir tengslum er ekki mætt af maka hennar. Þeir sögðu að mæður og feður treysta á hvort annað fyrir stuðning þegar kemur að umskiptum yfir í foreldrahlutverkið og að takast á við streituna sem því fylgir. Þegar bæði móðir og faðir sýna örugg tengsl bregðast þau við þörfum hvers annars fyrir stuðning. Hins vegar ef annað foreldri sýnir tengsl sem einkennast af forðun geta vandamál átt sér stað og skapað álag í sambandinu sem getur verið áhættuþáttur fyrir fæðingarþunglyndi. Þær mæður sem upplifa mikla óánægju í sambandi sínu á tímabilinu eftir fæðingu eða upplifa að maki þeirra taki ekki virkan þátt í umönnun barnsins eru líklegri að þróa með sér fæðingarþunglyndi, samkvæmt Whiffen og Johnson (1998).

Fæðing barns setur nýjar kröfur á herðar foreldra sem krefst aðlögunar í parsambandinu. Það er vel þekkt að erfiðleikar í nánu sambandi tengist verri líðan kvenna á tímabilinu eftir fæðingu (Wynter, Rowe og Fisher, 2014). Stöðugt og styðjandi samband getur verið sérstaklega mikilvægt, einkum meðal kvenna sem eru að eignast sitt fyrsta barn. Þær gætu verið að upplifa tilfinningalegt ójafnvægi og því gæti stuðningur frá maka skipt sköpum. Atburðir sem ógna eða sundra parsambandinu geta verið sérstaklega tilfinningalega erfiðir fyrir móðurina (Wright o.fl., 2016). Skortur á félagslegum stuðningi frá maka leiðir að frekari erfiðleikum innan parsambandsins og alvarlegri þunglyndiseinkennum hjá konum. Skortur á tilfinningalegum stuðningi virðist vera lykilþáttur í óánægju innan sambandsins og auknum átökum milli aðila í sambandinu. Enginn stuðningur eða óánægja með stuðning frá maka eykur hættuna á þróun fæðingarþunglyndis (Boyce og Hickey, 2005). Sumar konur sem fá fæðingarþunglyndi skynja stuðning maka síns verr samanborið við konur sem ekki eru þunglyndar. Þannig að þær eru ólíklegri til að skynja að maki deili sömu áhugamálum og þær og sé reiðubúinn til að veita félagsskap og tilfinningaleg tengsl (Dennis og Ross, 2006).

Dýpt sambandsins vísar til skynjun á sambandinu sem jákvætt, mikilvægt og öruggt. Dýpt leggur meiri áherslu á gæði sambandsins frekar en stuðning eða skynjun á stuðningi frá maka. Þegar sambandið er bæði neikvætt og konur finna fyrir óryggi í sambandinu greina þær frekar frá lágu sjálfsáliti, einmanaleika, kvíða eða þunglyndi. Mikilvægi dýptar í sambandi styður móður í umbreytingunni yfir í foreldrahlutverkið. Dagleg streita í sambandinu sem kemur fram til dæmis í rifrildi milli maka geta verið forspárbættir fyrir fæðingarpunglyndi (Page og Wilhelm, 2007).

Átök í sambandi er einnig áhættuþáttur fæðingarpunglyndis. Konur sem fá fæðingarpunglyndi eru líklegri að eiga maka sem reitir þær til reiði, reynir að breyta þeim, er gagnrýninn og þær þurfa að reyna mikið á sig til að forðast ágreining. Þær eru einnig líklegri að eiga maka sem er ósammála þeim um ýmsa þætti er varða umönnun barnsins (Dennis og Ross, 2006). Gagnrýni og þvinganir í sambandi hafa mikil áhrif á líðan einstaklinga. Þegar móðir skynjar maka sinn sem stjórnanda og gagnrýninn er hún líklegri að greina frá alvarlegri þunglyndiseinkennum (Wynter, o.fl., 2014).

Vísbendingar benda til þess að alvarleiki fæðingarpunglyndis tengist mismun er varðar væntingar kvenna til maka síns sem þær mynda á meðgöngu. Sumar konur upplifa alvarlegri einkenni fæðingarpunglyndis ef þær meta að stuðningur frá maka eftir fæðingu sé í ósamræmi við væntingar sem þær gerðu sér upp á meðgöngu. Væntingar móður til maka geta verið að hann taki þátt í umönnun barnsins, hjálpi til við húsverk, sýni ást og umhyggju og veiti almennan stuðning. Því getur líðan móður verið undir áhrifum þess hvernig maki stendur sig í hlutverkinu miðað við væntingar hennar og hversu mikinn stuðning hann sé að veita henni. Slíkt ósamræmi í væntingum hefur áhrif á gæði þarsambandsins sem getur haft áhrif á þróun fæðingarpunglyndis (Gremigni, Mariani, Marracino, Tranquilli og Turi, 2011).

3.5 Félagsleg og fjárhagsleg staða

Bág félagsleg og fjárhagsleg staða vísar til fjárhagslegra erfiðleika, atvinnuleysi, minni menntun og almennt verri lífskjör (Beach, Jones og Franklin, 2009). Þær konur sem búa við bága félagslega og fjárhagslega stöðu eru líklegri að fá of lág laun, búa í slæmu húsnæði eða þurfa að nota óáreiðanlegar almenningssamgöngur. Það virðist því líklegt að kona með nýfætt barn sem þarf að takast á við ófullnægjandi lífsskilyrði getur verið í aukinni hættu að þróa með sér fæðingarpunglyndi (Segre, O'Hara, Arndt og Stuart,

2007). Bág félagsleg og fjárhagsleg staða kvenna gerir það að verkum að þær hafa minni bjargir til að takast á við daglegt líf sem getur ýtt undir streitu þeirra og haft áhrif á þróun fæðingarpunglyndis. Konur með mjög lágar tekjur eru oft neyddar til að lifa frá degi til dags án helstu nauðsynja eins og húsaskjól, matar og fata. Í minna alvarlegri tilfellum, en samt sem áður þar sem konur búa við skort, þurfa þær að takast á við streitufullar aðstæður. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu gæti verið ábótavant, þær gætu búið í ófullnægjandi húsnæði eða óöruggu hverfi. Í þessum aðstæðum getur fæðing barns verið streituvaldandi atburður sem eykur enn frekar fjárhagslega erfiðleika (Segre, o.fl., 2007).

Segre, O'Hara, Arndt, and Stuart (2007) gerðu rannsókn sem skoðaði sérstaklega félagslega og fjárhagslega stöðu kvenna í tengslum við fæðingarpunglyndi. Niðurstöður sýndu að vera fjárhagslega verr settur hafði verulegt forspárgildi fyrir fæðingarpunglyndi. Þær konur sem höfðu verið greindar með fæðingarpunglyndi voru oftar yngri konur, með lægri tekjur, ógiftar, minna menntaðar og áttu fleiri börn. Mikilvægt er samt að nefna þótt lágar tekjur sé áhættuþáttur voru ekki allar konur í lágtekjuhópi að glíma við fæðingarpunglyndi. Það bendir til að fjárhagslegir erfiðleikar sé ekki einn og sér fullnægjandi þáttur til að spá fyrir um fæðingarpunglyndi (Segre o.fl., 2007).

Goyal, Gay og Lee (2010) skoðuðu áhrif bágrar félagslegrar og fjárhagslegrar stöðu á þróun fæðingarpunglyndis meðal kvenna sem voru að eignast sitt fyrsta barn. Skoðaðir voru fjórir áhættuþættir félagslegrar og fjárhagslegrar stöðu. Það voru í fyrsta lagi að hafa lágar tekjur, í öðru lagi slæm menntunarstaða, í þriðja lagi atvinnuleysi og í fjórða lagi að vera ógift. Skoðuð voru þunglyndiseinkenni kvenna á síðustu stigum meðgöngu og einum, tveimur og þremur mánuðum eftir fæðingu. Niðurstöður sýndu fram á að þær konur sem bjuggu við alla fjóra áhættuþættina voru ellefu sinnum líklegri að þjást af fæðingarpunglyndi þremur mánuðum eftir fæðingu en konur sem upplifðu engan af ofangreindu þáttum. Bág félagsleg og fjárhagsleg staða tengdist auknum þunglyndiseinkennum tveimur til þremur mánuðum eftir fæðingu, en ekki einum mánuði eftir fæðingu. Hægt er að færa rök fyrir því þar sem allar nýbakaðar mæður fara í gegnum svipaðar líffræðilegar breytingar eftir fæðingu og eru að aðlagast móðurhlutverkinu. Þar að auki hafa flestar nýjar mæður ákveðinn stuðning á fyrstu

vikunum eftir fæðingu frá fjölskyldu og vinum. Hins vegar á öðrum og þriðja mánuði eftir fæðingu sýndu konur með bága félagslega og fjárhagslega stöðu marktækt meiri þunglyndiseinkenni en konur í betri stöðu. Þetta má rekja til skorts á bjargráðum sem aðgengileg eru konum í bágri félagslegri og fjárhagslegri stöðu, þar með talið aðgengi að læknishjálpi, samgöngum og stuðningi frá maka. Líklegt er einnig að félagslegi stuðningurinn sem var konunum til boða á fyrstu vikum eftir fæðingu hafi minnkað (Goyal o.fl., 2010).

3.5.1 Jaðarsettari hópar

Hægt er að tengja slæma félagslega og fjárhagslega stöðu við konur af ólíkum þjóðaruppruna, eins og innflytjendur og flóttakonur, þar sem þær búa oft á tíðum við verri félagsleg og fjárhagsleg skilyrði. Flestar rannsóknir á fæðingarþunglyndi snúa að almennum borgurum. Minna hefur verið fjallað um konur sem eru innflytjendur eða flóttakonur og þörf þeirra á félagslegum stuðningi, þeim hindrunum sem þær standa frammi fyrir og hvernig aðstoð er viðeigandi í slíkum tilfellum. Þessi hópur kvenna stendur frammi fyrir svipuðum menningarlegum, tungumála og efnahagslegum hindrunum í hjálparleit við fæðingarþunglyndi. Haldið hefur verið fram að miklar kröfur móðurhlutverksins samhliða fátækt og lágu menntunarstigi geri konur sem eru innflytjendur eða flóttakonur líklegri til þess að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Oft standa þær einnig frammi fyrir mörgum öðrum áhættuþáttum sem gætu haft áhrif á andlega heilsu þeirra. Þær hafa mögulega lent í streituvaldandi reynslu fyrir flutninginn, kljást við tungumálaörðugleika, eru í minnihutastöðu, skortir félagslegan stuðning, hafa verri líkamlega heilsu og eiga erfitt með að aðlagast nýrri menningu. Þessar konur, sem eru nú þegar í mikilli hættu fyrir að þróa með sér andleg veikindi eftir fæðingu, eiga mögulega erfiðara með að fá aðgang að þjónustu jafnvel þegar þjónustan er almennt í boði í samfélaginu (O'Mahony, Donnelly, Raffin Bouchal og Este, 2013).

4 Hindranir við að konur leiti sér hjálpar

Fæðingarþunglyndi er oft viðráðanlegur sjúkdómur. Því fyrr sem borið er kennsl á einkennin því minna alvarlegri verða þau og því fyrr getur konan náð bata (Puryear, 2014). Jafnvel þótt áreiðanleg og gild mælitæki eru í boði til að greina einkenni, eru vísbendingar fyrir því að lítil fylgni sé milli greiningar og veittri geðheilbrigðisþjónstu. Margar konur sem hægt er að greina sem þunglyndar og er boðið upp á frekara mat eða árangursríka meðferð afpakka það. Rannsóknir benda til þess að aðeins 18-36% kvenna samþykkja tilvísun fyrir geðheilbrigðismati sem hafa verið skimaðar jákvætt fyrir fæðingarþunglyndi (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz og Carrier, 2015). Til að konur leiti sér hjálpar eða þiggi aðstoð þurfa þær að viðurkenna fyrir sjálfum sér að einkennin eru ekki eðlileg og hafa viljann til breytinga (Sword, Busser, Ganann, McMillan og Swinton, 2008). Skimun mun ekki leiða til betri útkomu fyrir konur ef þær samþykkja ekki tilvísun um frekara mat eða meðferð (Feeley o.fl., 2015).

Margar konur sem eru með einkenni fæðingarþunglyndis ræða ekki við neinn um tilfinningalega erfiðleika sína. Af þeim sem leita stuðnings frá nákomnum eru margar sem leita sér ekki aðstoðar heilbrigðisstarfsfólks. Í rannsókn Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen og Gunn (2009) kom í ljós að 41% kvenna sem fundu fyrir einkennum fæðingarþunglyndis og/eða kvíða leituðu sér ekki hjálpar heilbrigðisstarfsmanns og 11% höfðu ekki rætt við neinn. Þær konur sem völdu að ræða ekki tilfinningalega erfiðleika sína við heilbrigðisstarfsmann gáfu mismunandi ástæður. Þrjár algengustu ástæðurnar voru í fyrsta lagi að geta tekist á við erfiðleikana á eigin vegum, í öðru lagi að vera of upptekin til að leita sér hjálpar og í þriðja lagi að þær skömmuðust sín of mikið eða höfðu engan sem þeim fannst þægilegt að tala við (Woolhouse o.fl., 2009).

Dæmi um hindranir sem geta komið í veg fyrir áhrifaríkar meðferðir eru ýmis skipulagsvandamál svo sem aðgengi að meðferðum, kostnaður, enginn nákominn til staðar til að annast barnið eða skortur á tíma vegna ábyrgðar heimilis og vinnu (O'Hara, 2009). Fleiri hindranir sem koma í veg fyrir að konur leiti sér hjálpar geta verið slæmur svefn, líkamleg óþægindi eftir fæðingu, vanhæfni til að hugsa rökrétt og breytt líkamsímynd (Bilszta o.fl., 2010). Rannsóknir hafa sýnt að sumar konur sem glíma við fæðingarþunglyndi eiga erfitt með að uppfylla hugmyndir sínar um móðurhlutverkið og á sama tíma að reyna að leynd þörfum sínum. Talið hefur verið að skortur á þekkingu á

fæðingarpunglyndi eða samþykki á goðsögnum sé veruleg hindrun og gerir konur ófærar um að viðurkenna einkenni þunglyndis. Ásamt því eru þættir sem tengjast heilbrigðisstarfsfólki sem geta hindrað að konur leiti sér frekari hjálpar. Skömm og ótti við að vera stimpluð með geðsjúkdóm hafa einnig verið áberandi atriði í ákvörðun kvenna að leita eða þiggja aðstoð (Dennis og Chung-Lee, 2006).

4.1 Hugmyndir kvenna varðandi móðurhlutverkið

Sumar konur sem upplifa fæðingarpunglyndi greina frá ósamræmi milli væntinga sem þær gera sér um móðurhlutverkið og þeim raunveruleika sem fylgir því að verða foreldri. Margar konur telja að móðurhlutverkið verði áreynslulaust, þær eiga sjálfkrafa að vita hvernig á að annast barnið og um leið njóta þess stöðugt að vera móðir. Þegar væntingar koma ekki saman við raunveruleikann, sérstaklega þegar ekki var búist við erfiðleikum við að aðlagast móðurhlutverkinu, getur það hindrað að konur leiti sér hjálpar. Þær reyna að halda ímynd sinni eða virðast á yfirborðinu vera færar um að takast á við kröfur foreldrahlutverksins til að koma í veg fyrir að aðrir áliti þær misheppnaðar. Sumar konur setja mjög háar væntingar til sjálfs síns, eru mjög stoltar og upplifa mikla sektarkennd við að mistakast við umönnun barnsins eða í uppeldinu. Þær kenna þá sjálfum sér um þegar þær standast ekki sínar eigin kröfur eða annarra (Bliszta, o.fl, 2010).

Reynsla af fæðingarpunglyndi nær til þráhyggjuhugsana, yfirgnæfandi einmanaleika ásamt tilfinningum að hafa brugðist eða mistekist í foreldrahlutverkinu. „Goðsagnir um móðurhlutverkið” sem eru ríkjandi í samfélögum geta haft neikvæð áhrif á konur. Sú trú að verða móðir sé náttúrulegur atburður, þar sem móðirin sjálfkrafa og skilyrðislaust elskar ungabarn sitt og í eðli sínu er fær um að uppfylla þarfir barnsins. Þær konur sem telja sig hafa brugðist barni sínu varðandi þessar væntingar missa sjálfstraust og finnast þær stimplaðar sem slæmar mæður eða að þær elska ekki eða veiti barni sínu ekki umhyggju. Þessar hugmyndir geta komið í veg fyrir konur leiti sér hjálpar (Bilszta o.fl., 2010).

4.2 Skortur á þekkingu

Lítill þekking á geðheilbrigðismálum og samfélagslegri þjónustu á því sviði hindrar einstaklinga við að leita sér hjálpar við geðsjúkdómum (Highet, Gemmill og Milgrom,

2011). Sumar mæður skortir þekkingu á fæðingarpunglyndi og eru því ekki meðvitaðar um að þær glími við sjúkdóminn (Dennis og Chung-Lee, 2006). Sumar konur telja tilfinningar sínar vera eðlilegar og vonast til þess að vinna úr þeim með tímanum og aðrar telja tilfinningaleg vandkvæði sín ekki vera læknisfræðilegt vandamál (Woolhouse o.fl., 2009). Mörgum konum finnst erfitt að greina fæðingarpunglyndi frá eðlilegri sálfræðilegri aðlögun rétt eftir barnsburð. Að móðir sé ekki fær um að bera kennsl á eða greina á milli hvort tilfinningar hennar eru hluti af eðlilegri aðlögun í tengslum við foreldrahlutverkið eða hvort hún sé þunglynd er talin meiriháttar hindrun við að leita sér hjálpar. Mæður vita oft ekki hvaða þjónusta er í boði til að hjálpa þeim eða hvernig sú þjónusta gæti mætt sérstökum þörfum þeirra. Þessi óvissa er aukin með einkennum þunglyndis, tilfinningar þeirra geta verið algjörlega yfirþyrmandi og þeim skortir hvatningu og getu til jákvæðrar ákvarðanatöku. Þessar tilfinningar geta gert það að verkum að konur eru líklegri til að afneita þunglyndiseinkennum sínum (Bilszta o.fl., 2010).

Konur sem gera sér ekki grein fyrir því að þær eru að upplifa fæðingarpunglyndi eru oft ófærar eða ekki viljugar að afhjúpa tilfinningar sínar við maka, fjölskyldu eða vini. Enn fremur hafa rannsóknir bent á að fjölskyldumeðlimir eru oft ófærir um að veita aðstoð eða stuðla að því að móðirin leiti sér hjálpar vegna skorts á skilningi um fæðingarpunglyndi (Dennis og Chung-Lee, 2006). Möguleikinn að geta rætt við fjölskyldumeðlimi eða vini um vandamál sín eftir fæðingu eða hafa stuðning við umönnun barnsins hafa verið greindir þættir sem hafa áhrif á hvort konan leiti sér hjálpar (Sword o.fl., 2008). Erfiðleikar í nánnum samböndum geta einnig haft áhrif. Konur með einkenni fæðingarpunglyndis greina síður frá því að hafa verið hvattar af maka til að leita sér hjálpar eða fengið frá honum viðeigandi stuðning. Maki getur verið ómeðvitaður um að konan þarfnast hjálpar, sem getur verið afleiðing lélegra samskipta eða skorts á þekkingu um fæðingarpunglyndis. Ásamt því geta fordómar hindrað maka til að hvetja konu sína til að leita sér hjálpar (Dennis og Ross, 2006).

4.3 Skortur á stuðningi heilbrigðisstarfsfólks

Heilbrigðisstarfsfólk gegnir mikilvægu hlutverki í að stuðla að því að konur leiti sér hjálpar en geta líka hindrað það að konur fái viðeigandi meðferð. Rannsóknir hafa sýnt að heilbrigðisstarfsfólk er oft á tíðum veruleg hindrun er kemur að því að konur leiti sér

frekari meðferðar við fæðingarþunglyndi, þar sem framkvæmd óviðeigandi mats ásamt ófullnægjandi þekkingu starfsmanna um fæðingarþunglyndi getur haft áhrif. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu og eðli sambands milli móður og heilbrigðisstarfsmanns getur haft áhrif á hvort mæðrum er útveguð viðeigandi meðferð. Sumum konum finnst heilbrigðissfólk hafa þá tilhneingingu til að gefa einkennum lauslega athygli eða jafnvel gera lítið úr og hafna þeim. Sú upplifun að heilbrigðisstarfsfólk gerir lítið úr tilfinningum og einkennum móður orsakar að hún verði hikandi við að sækja sér meðferð. Sumar konur finna fyrir vonbrigðum, gremju, niðurlægingu og reiði vegna samskipta þeirra við heilbrigðisstarfsfólk. Þegar konur finna fyrir áhugaleysi eða yfirlætislegum viðhorfum heilbrigðisstarfsfólks í sinn garð getur það haft í för með sér að þeim finnist þær einskins virði og tilfinning sektarkenndar að geta ekki tekist á við erfiðleikana eykst (Dennis og Chung-Lee, 2006).

Þegar heilbrigðisstarfsfólk býður upp á óviðeigandi meðferð við fæðingarþunglyndi getur það haft áhrif á hvort þær leiti frekari aðstoðar. Þetta á oft við um lyfjagjafir en margar konur vilja ekki taka lyf við fæðingarþunglyndi. Sumar eru hræddar við aukaverkanir á meðan aðrar hafa kannski slæma reynslu af lyfjagjöf við þunglyndi og finnast sú ráðgjöf ekki henta sér. Skortur á samskiptum fagaðila milli stofnanna innan heilbrigðiskerfisins getur einnig hindrað að konur að fái viðeigandi hjálp. Langir biðtímar eða takmarkað framboð á þjónustu geta orsakað þennan skort á samskiptum (Sword, o.fl., 2008).

4.4 Skömm og stimplun

Stimplun beinist að hópum eða einstaklingum með ákveðin sérkenni og getur bæði verið falin eða sýnileg. Eiginleikar einstaklings, reynsla hans eða hegðun sem er stimpluð er breytileg eftir tíma og eftir því samfélagi eða menningu sem viðkomandi býr. Stimplun felur í sér að vera stimplaður sem eitthvað frábrugðið hinu æskilega af öðrum í samfélaginu. Það getur leitt að félagslegri útskúfun og verri stöðu einstaklings þar sem hann missir ákveðið vald. Hún getur því ógnað persónulegri og félagslegri sjálfsmynd viðkomandi (Russo og Tartaro, 2008). Að leita eftir hjálp við geðsjúkdómum, eins og fæðingarþunglyndi, opnar fyrir það að geta orðið fyrir stimplun. Þannig að ákveðinn léttir fylgir því að sækja meðferð en hættan á stimplun er meiri. Meðferðin getur bætt

lífsgæði einstaklingsins á meðan stimplunin getur dregið úr henni (Gerrig og Zimbardo, 2010).

Ótti kvenna við að viðurkenna tilfinningaleg vandamál sín og skömmin og stimplunin sem því fylgir er talin hindrun við að konur leiti sér hjálpar. Sumar konur tala um að vera hræddar við þunglyndið og þessi ótti sé oft orsakaður af skynjun þeirra að þær þurfa að vera sterkar og skipulagðar (Bilszta o.fl., 2010). Sumar konur finna oft fyrir skömm og að þær séu að bregðast sem mæður sem getur verið hindrun við að þær leiti sér hjálpar (Sword o.fl., 2008). Eitt mest truflandi einkenni fæðingarþunglyndis getur verið sú tilfinning að finna ekki fyrir tengslum né kærleika til barns síns. Móðurinni finnst hún fjarlæg sem er hið gagnstæða við hvernig henni ætti raunverulega að líða. Skömm og sektarkennd fylgir þessari tilfinningu ásamt trú um að hún sé slæm móðir og hefði aldrei átt að eignast barn. Þessar hugsanir eru oftast faldar vegna skammar sem móðirin upplifir og skynjar sem skort á ást fyrir barn sitt (Puryear, 2014). Margar konur óttast að þær verði stimplaðar sem einstaklingur með geðsjúkdóm eða óhæfar eða slæmar mæður ef þær leita sér hjálpar (Sword o.fl., 2008). Sumum finnst jafnvel verra að vera stimpluð sem slæm móðir en að vera stimpluð sem þunglynd. Þetta hefur getur haft í för með sér að konur afneita því hversu illa þeim líður og leiti sér síður hjálpar (Bilszta o.fl., 2010). Sumar konur eru einnig hræddar um að ef þær greina frá tilfinningum sínum verði barnið þeirra tekið af þeim. Sumar trúa því að þær séu byrði fyrir fjölskyldu sína ef þær greina frá einkennum eða horft verði á þær sem veikburða einstaklinga (Dennis og Chung-Lee, 2006).

5 Hlutverk félagsráðgjafa og framlag þeirra til mæðra sem glíma við fæðingarþunglyndi

Hægt er að skilgreina félagsráðgjöf sem starfsgrein sem leggur áherslu á að hjálpa einstaklingum leysa persónuleg, félagsleg og samfélagsleg vandamál og koma í veg fyrir félagslegt ranglæti (Farley, Smith og Boyle, 2009; Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Undirstaða í vinnu félagsráðgjafa er að bera virðingu fyrir manngildi hvers og eins og trú á því að hver einstaklingur geti nýtt sína hæfileika til fullnustu (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Þeir aðstoða fólk að bæta sig í mannlegum samskiptum, auka getu sína til að tengjast öðrum og vera virkir í samfélaginu (Farley o.fl., 2009).

Félagsráðgjafar vinna út frá heildarsýn og leggja áherslu á einstaklinginn og allt hans umhverfi. Vandamál einstaklingsins er sett í samhengi við félagslegt umhverfi hans, fjölskyldu og heimili, nærsamfélagið, stórsamfélagið, menningu, gildi og fjölskyldusögu. Með heildarsýn að leiðarljósi leitast félagsráðgjafar eftir að hjálpa fólki til sjálfshjálpar. Til þess að gera það nota þeir valdeflingu í starfi sínu og vinna með einstaklingum þannig að þeir nái að nýta sínar eigin leiðir, bjargir og styrkleika. Þeir veita tilfinningalegan stuðning, deila þekkingu sinni og hjálpa einstaklingum með skilning, samhyggð og samvinnu að leiðarljósi. Félagsráðgjafar mæta einstaklingum þar sem þeir eru staddir með hjálp þeirrar þekkingar sem vöð er á (Farley o.fl., 2009). Eitt af frumskyldum félagsráðgjafa er að gæta hagsmuna og réttinda skjólstæðinga sinna þegar þeir geta það ekki sjálfir (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu er eitt sérsvið félagsráðgjafa og vinna þeir á sjúkrahúsum og ýmsum stofnunum þar sem konur og börn eru skjólstæðingar (Brynja Óskarsdóttir, 2006). Þeir vinna meðal annars á kvennasviði Landsspítala þar sem þeir veita konum og fjölskyldum þeirra aðstoð er varðar ýmis vandamál á meðgöngu, við barnsburð eða í veikindum (Guðbjörg Edda Hermannsdóttir og Svava Stefánsdóttir, 2006). Allir veitendur heilbrigðisþjónustu sem hafa samskipti við nýbakaðar mæður þurfa að vera vakandi fyrir þeim möguleika að móðir gæti verið að glíma við fæðingarþunglyndi. Traust, opin samskipti og áframhaldandi samband við heilbrigðisstarfsmann getur auðveldað móður að greina frá einkennum sínum (Sword o.fl., 2008).

5.1 Skimun, mat og inngrip

Félagsráðgjafar hafa góða undirstöðuþekkingu sem nýtist við framkvæmd skimunar og mats á sálrænum og félagslegum áhættuþáttum og þörfum kvenna, með það að leiðarljósi að grípa snemma inn í ferli fæðingarpunglyndis sé það til staðar. Fagleg skulbinding félagsráðgjafa felur meðal annars í sér valdeflingu viðkvæmra hópa og einstaklinga í áhættuhópum (Bentley, Price og Cummings, 2014). Þeir hafa sérfræðiþekkingu á að vinna með og berjast fyrir þeim sem minnst mega sín. Þeir eru líklegastir að vinna með þeim hópi hvenna sem eru allra viðkvæmstar og ólíklegastir til að leita sér hjálpar við fæðingarpunglyndi, að öllum líkindum meira en aðrir heilbrigðisstarfsmenn. Félagsráðgjafar eru líklegastir að vinna með tekjulágum konum, konum frá öðrum þjóðaruppruna, einstæðum konum, konum sem sækja opinbera aðstoð og sem hafa sögu af geðsjúkdómum eða vímuefnavanda. Þessar konur hafa að öllum líkindum sína félagslegu erfiðleika og eru mögulega í samskiptum við félagsráðgjafa. Því hafa félagsráðgjafar, bæði sem starfa innan félags- og heilbrigðisþjónustu, sérstakt tækifæri til að skima eftir og ná til þessara kvenna til þess að fá þær til að leita sér hjálpar (Sampson o.fl., 2013).

Eitt af hlutverkum félagsráðgjafa er að meta vanda fólks og finna lausnir (Farley o.fl., 2009). Meðal verkefna félagsráðgjafa í heilbrigðisþjónustu er að leysa vandamál kvenna sem tengjast álagi og í veikindum. Þeir veita félagslega ráðgjöf og stuðning við lausn á ýmsum félagslegum vandamálum sem geta komið upp í kjölfar veikinda, eins og fjárhagsvanda og húsnæðisvanda. Félagsráðgjafar skoða félagslegar aðstæður í samvinnu við einstaklinga og fjölskyldur og gera greiningu á réttindum og högum þeirra (Guðbjörg Edda Hermannsdóttir og Svava Stefánsdóttir, 2006).

Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafa þekkingu á öllum meðferðarmöguleikum sem eru til staðar sem sýnt hafa árangur við fæðingarpunglyndi, styðja konur í að taka upplýsta ákvörðun og passa að meðferð samsvari óskum og þörfum kvenna (Sword o.fl., 2008). Félagsráðgjafar leggja áherslu á samfélagið og þær bjargir sem það býr yfir. Þeir hafa þekkingu á úrræðum samfélagsins og kunna að nota þau til að stuðla að velferð einstaklinga og hjálpa þeim að leysa persónuleg vandamál. Tilvísanir í úrræði er stór þáttur í starfi félagsráðgjafa og eiga þeir í miklum samskiptum og samvinnu við aðrar starfsstéttir í þágu skjólstæðinga (Farley o.fl., 2009). Eitt af hlutverkum félagsráðgjafa

Þegar kemur að fæðingarþunglyndi kvenna er að vísa konum til áframhaldandi ráðgjafarþjónustu eða viðeigandi meðferð við fæðingarþunglyndi. Ásamt því að kynna þeim fyrir mögulegum stuðningshópum sem snúa að fæðingarþunglyndi (National Association of Perinatal Social Workers, 2009). Félagsráðgjafar hafa einnig þekkingu til að að hvetja konur sem glíma við fæðingarþunglyndi að taka þátt í sameiginlegri ákvarðanatöku er varðar þarfir þeirra og meðferð (Bentley o.fl., 2014). Mikilvægt er samt að hafa í huga að eitt af frumskyldum félagsráðgjafa er að virða rétt einstaklinga til einkalífs og sjálfstæðrar ákvörðunar, svo lengi sem það valdi ekki öðrum skaða (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Félagsráðgjafar hafa þekkingu á fjölskyldu- og hópavinnu. Hópavinna er aðferð þar sem unnið er með fólki í hópum, tveim eða fleirum, með það að markmiði að þróa færni, persónulegan vöxt, bæta félagslega virkni og takast á við ákveðin verkefni. Hópavinna er byggð á þeirri þekkingu að einstaklingar þurfa á hvor öðrum að halda og þeim gagnkvæmum tengslum sem eru til staðar. Í hópavinnu er reynt að draga úr eða koma í veg fyrir hindranir til félagslegra samskipta og ná fram æskilegu markmiði. Félagsráðgjafar leggja áherslu á fjölskyldueininguna og áhrif hegðunar innan hennar. Þeir reyna að skilja meginreglur á bakvið fjölskyldusamskipti og vinna með fjölskylduna sem eina einingu til að bæta félagslega virkni hennar (Farley o.fl., 2009). Þegar kemur að fæðingarþunglyndi kvenna verða móðirin, barnið og fjölskyldan skjólstæðingar félagsráðgjafans (Bentley o.fl., 2014). Alvarleg veikindi á borð við fæðingarþunglyndi krefjast oft endurskipulagningar innan fjölskyldunnar og hún þarf að koma til móts við nýjar aðstæður. Hlutverk félagsráðgjafa er meðal annars að veita stuðning og bæta samskipti innan fjölskyldunnar og utan hennar (Björg Karlsdóttir, Ólöf Unnur Sigurðardóttir og Sveinbjörg J. Svavarsdóttir, 2006). Þeir veita einnig inn grip sem miða meðal annars að því að byggja upp félagslegan stuðning móðurinnar ásamt því að hjálpa foreldrum að þróa viðeigandi foreldrafærni (Bentley o.fl., 2014). Mikilvægt getur verið að meta parsambandið og finna lausnir á samskiptum, sérstaklega ef parið er að upplifa aðra streituvaldandi atburði eða eru með ungabarn sem sýnir erfiða skapgerð. Hjálpa þeim að aðlagast nýjum aðstæðum og þeim verkefnum sem þau standa frammi fyrir (Wynter o.fl., 2014).

5.2 Fræðsla

Sýnt hefur verið fram á að aukin þekking á geðheilbrigðismálum meðal almennings dragi bæði úr fordómafullum viðhorfum og félagslegri fjarlægð einstaklinga með geðsjúkdóma. Vísbendingar benda til þess að hægt sé að tengja aukna vitundavakningu við seiglu í fjölskyldum þar sem geðsjúkdómar eru til staðar. Ásamt því að þeir sem búa yfir þekkingu á sjúkdómnum sem um ræðir hafa jákvæðari viðhorf til hjálparleitar. Vitundavakning á meðal kvenna, fjölskyldu þeirra og félagslegs nets er því líkleg til að vera mikilvægur þáttur í að stuðla að því að komið sé auga á fæðingarþunglyndi snemma og konan leiti sér viðeigandi hjálpar (Highet o.fl., 2011).

Stór þáttur í starfi félagsráðgjafa er að sinna forvörnum, fræðslu og stuðla að félagslegum úrbótum. Félagráðgjafar leggja áherslu á að fyrirbyggja persónuleg og félagsleg vandamál einstaklinga og hópa og koma í veg fyrir félagsleg vandamál í samfélaginu. Áhersla á forvarnir hefur vaxið innan félagsráðgjafar síðustu áratugi þar sem bæting á lífsskilyrðum allra í samfélaginu eru í brennidepli (Farley o.fl., 2009). Fram kemur í síðareglum félagsráðgjafa að eitt af félagslegum skyldum þeirra er að miðla þekkingu sinni til annarra, hvort sem það eru aðrir félagsráðgjafar, namar, aðrir fagaðilar eða almenningur (Félagráðgjafafélag Íslands, e.d.). Eitt af hlutverkum félagsráðgjafa er að fræða einstaklinga og fjölskyldur um aðstæður sem geta komið upp þegar einhver veikist og hvernig hægt er að bregðast við á uppyggilegan hátt. Ásamt því veita þeir fræðslu í fyrirlesturum, greinaskrifum í blöð og tímarit sem og viðtölum í fjölmiðlum (Björg Karlsdóttir o.fl., 2006). Félagráðgjafar sem starfa innan heilbrigðisþjónustu eru í góðri stöðu til að tryggja að konur og fjölskyldur þeirra fái fræðslu um fæðingarþunglyndi og veita þeim upplýsingar um hvernig hægt er að nálgast þjónustu. Þeir geta frætt konur, maka þeirra og fjölskyldu um fæðingarþunglyndi, áhættuþætti þess og mismunandi einkenni. Þeir geta einnig veitt stuðning og fræðslu til lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks er varðar sálræna og félagslega þætti fæðingarþunglyndis (National Association of Perinatal Social Workers, 2009).

5.3 Rannsóknarstörf

Þekkingagrunnur félagsráðgjafa er byggður á niðurstöðum rannsókna, kenningum og tilgátum sem þarf að sannreyna með vísindalegum aðferðum og reynslu sem þeir öðlast í starfi. Félagráðgjafar þurfa að tileinka sér faglega og siðfræðilega þekkingu og gildi til

að beita þekkingunni í daglegu starfi, þar sem félagsráðgjafinn sjálfur er tækið í faglegri þjónustu (Farley o.fl., 2009). Takmarkað er til af rannsóknum og heimildum um fæðingarþunglyndi innan félagsráðgjafar. Það kemur á óvart þar sem fæðingarþunglyndi snertir mörg málefni sem félagsráðgjafar leggja áherslu á, svo sem geðheilsu fólks, félagslega virkni, fjölskylduvelferð, aðgengi að þjónustu og barnavernd (Abrams og Curran, 2007). Í siðareglum félagsráðgjafa kemur fram að það sé hluti af ábyrgðar- og hæfnisskyldum félagsráðgjafa að stunda fræðslu- og rannsóknarstörf og fylgjast með nýjungum í starfi. Auk þess eiga þeir að hafa frumkvæði að því að þróa og hrinda í framkvæmd nýjum hugmyndum innan félagsráðgjafar (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Með heildarsýn að leiðarljósi, þar sem áherslan er lögð á vistfræðilega þætti og samspil líffræðilegra, sálræna og félagslegra þátta, gefur félagsráðgjöfum tækifæri á að rannsaka og meta fæðingarþunglyndi á heildrænan hátt (Abrams og Curran, 2007).

6 Umræður og lokaorð

Í ritgerðinni var fjallað um helstu sálrænu og félagslegu áhættuþætti fæðingarpunglyndis. Niðurstöður sýna að ýmsir sálrænir og félagslegir þættir hafa áhrif á þróun fæðingarpunglyndis. Þá má fyrst nefna að meðgöngupunglyndi eða fyrri saga af þunglyndi er meðal stærstu áhættuþátta fæðingarpunglyndis (O'Hara, 2009; Robertson o.fl., 2004). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á að ýmis persónueinkenni hafa áhrif á þróun fæðingarpunglyndis eins og hugsýkiseinkenni, fullkomnunarárátta, truflandi hugsunarháttur, skortur á sjálfsáliti og vantrú á eigin getu (Milgrom o.fl., 2008; Fulton o.fl., 2012).

Upplifun kvenna á streituvaldandi atburðum í lífinu fyrir meðgöngu, á meðgöngu eða við fæðingu hefur almennt verið tengt við fæðingarpunglyndi (Norhayati o.fl., 2015; O'Hara og Swain, 1996; Robertson o.fl., 2004). Tilfinningalegir og félagslegir atburðir á borð við að móðir upplifi veikindi, maki hennar veikist, hún eigi í erfiðu ástarsambandi, glími við fjárhagserfiðleika, hafi misst einhvern nákominn eða önnur álíka áföll (Stone o.fl., 2015). Fyrri rannsóknir hafa einnig sýnt að streituvaldandi atburðir sem hafa persónulegri þýðingu fyrir konuna hafi sterkara forspárgildi um fæðingarpunglyndi en aðrir atburðir (Wright o.fl., 2016).

Skortur á félagslegum stuðningi hefur verið talinn einn af stærstu áhættuþáttum fæðingarpunglyndis (Robertson o.fl., 2004). Þá er almennt vísað til þeirra nauðsynjar að fá traustan stuðning frá maka og öðrum fjölskyldumeðlimum (Reid og Taylor, 2015). Erfiðleikar í nánú sambandi við maka getur verið stór þáttur á líðan kvenna á tímabilinu eftir fæðingu, sem er í samræmi við rökstuðning á mikilvægi félagslegs stuðnings frá maka (Wynter o.fl., 2014). Skortur á tilfinningalegum stuðningi frá maka virðist vera lykilþáttur að óánægju sem getur myndast í nánú samböndum (Boyce og Hickey, 2005). Sambönd sem einkennast af átökum sem og gagnrýnni og stjórnandi hegðun maka setur konur í aukna hættu að þróa með sér fæðingarpunglyndi (Wynter o.fl., 2014).

Þættir tengdir bágri félagslegri og fjárhagslegri stöðu hafa einnig forspárgildi fyrir fæðingarpunglyndi. Konur sem búa við fjárhagslega erfiðleika, atvinnuleysi, minni menntun eða almennt verri líf skjör eru líklegri til að þróa með sér fæðingarpunglyndi (Beach o.fl., 2009; Segre o.fl., 2007). Í rannsókn Goyal, Gay og Lee (2010) kom í ljós að konur sem tilheyrðu öllum þessum félagslegu þáttum; voru ógiftar, atvinnulausar, höfðu lágar tekjur, og

takmarkaða menntun, voru ellefu sinnum líklegri til að þróa með sér fæðingarþunglyndi en konur sem upplifðu enga af þessum fyrrnefndu þáttum.

Þótt almennt sé talið í dag að sálrænir og félagslegir áhættuþættir spili stærstan þátt í þróun fæðingarþunglyndis er mikilvægt að hafa í huga að fæðingarþunglyndi er margþættur sjúkdómur. Margir þættir geta orsakað fæðingarþunglyndi eins og erfðafræðilegir, líffræðilegir, sálrænir og félagslegir þættir. Samspil þeirra getur verið flókið ásamt því að sumir þættir geta verið miðlarar áhrifa (Maia o.fl. 2012; Boyce og Hickey, 2005). Mikilvægi rannsókna á fæðingarþunglyndi og helstu áhrifavöldum gefa hins vegar aukin kost á að bera kennsl á konur í mögulegri hættu að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Getur það veitt aukið tækifæri til að koma í veg fyrir eða grípa snemma inni þróun þess (O'Hara og McCabe, 2013). Vegna þeirra afleiðinga sem fæðingarþunglyndi getur haft í för með sér á móður, ungabarn og alla fjölskylduna er mikilvægt að koma auga á sjúkdóminn snemma og veita viðeigandi meðferð (Robertson o.fl., 2004). Fæðingarþunglyndi er þó oft ógreint og ómeðhöndlað og eru margar hindranir sem geta gert það að verkum að sumar konur eru óviljugar að leita sér hjálpar eða þiggja aðstoð (Dennis og Chung-Lee, 2006; Bilszta o.fl., 2010). Ákveðnar hugmyndir kvenna varðandi móðurhlutverkið og óraunhæfar væntingar geta verið hindrun við hjálparleit. Þegar væntingar kvenna sem þær gera sér upp um móðurhlutverkið koma ekki saman við raunveruleikann geta þær upplifað mikla sektarkennd og það komið í veg fyrir að þær leiti sér hjálpar (Bilszta o.fl., 2010). Sumum mæðrum skortir þekkingu á fæðingarþunglyndi og eru því ekki meðvitaðar um það að þær glími við sjúkdóminn (Dennis og Chung-Lee, 2006). Það er talin stór hindrun þegar móðir er ekki fær um að greina á milli hvort tilfinningar hennar eru hluti af eðlilegri aðlögun í tengslum við foreldrahlutverkið eða hvort hún sé þunglynd. Ásamt því vita mæður oft ekki hvaða þjónusta er í boði til að hjálpa þeim eða hvernig sú þjónusta getur mætt sérstökum þörfum þeirra (Bilszta o.fl., 2010). Heilbrigðisstarfsmenn geta einnig verið ákveðin hindrun að kona fái viðeigandi hjálp eða leiti sér frekari aðstoðar. Þar getur framkoma heilbrigðisstarfsmanns, skortur á þekkingu hans og óviðeigandi mat haft áhrif (Dennis og Chung-Lee, 2006). Sumar konur óttast að þær verði stimplaðar með geðsjúkdóm eða sem óhæfar eða slæmar mæður ef þær leita sér hjálpar, sem getur gert það að verkum að þær afneita hversu illa þeim líður raunverulega (Sword o.fl., 2008).

Niðurstöður og umfjöllun um stærstu hindranir fæðingarpunglyndis sýna fram á mikilvægi þess að konur fái rétta fræðslu til að skilja og bera kennsl á einkenni sjúkdómsins. Aukin þekking meðal kvenna um fæðingarpunglyndi getur stuðlað að því að konur leiti sér frekar hjálpar eða samþykki stuðning þegar þær finna fyrir einkennum. Þörf er á betri skilningi og nærgætni heilbrigðisstarfsfólks í garð kvenna sem glíma við þennan erfiða sjúkdóm. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að kynna sér og þekkja einkenni af mögulegum ranghugmyndum kvenna, geta útskýrt að væntingar þeirra til móðurhlutverksins séu óraunhæfar og það sé í lagi að gera mistök. Foreldrahlutverkið sé langt lærdómsferli og mæður eigi ekki að burðast með samviskubit yfir eigin vanmætti. Viðhorf frá samfélaginu um hina fullkomnu móður og fordómar gagnvart geðrænum sjúkdómum geta því veruleg sálræn áhrif á konur sem glíma við sjúkdóminn (Sword o.fl., 2008; Bilszta o.fl., 2010).

Félagsráðgjafar eru þeir fagaðilar sem eru hvað líklegastir til að vinna með og veita þeim hópi kvenna stuðning sem eru allra viðkvæmastar og ólíklegar til að leita sér hjálpar við fæðingarpunglyndi. Félagráðgjafar hafa tækifæri með vinnu sinni til að skima eftir og hvetja þessar konur til að leita sér hjálpar (Sampson o.fl., 2013). Félagráðgjafar hafa þekkingu á úrræðum sem eru til staðar í samfélaginu og geta vísað konum í áframhaldandi ráðgjafarþjónustu eða viðeigandi meðferð við fæðingarpunglyndi (Farley o.fl., 2009; National Association of Perinatal Social Workers, 2009). Félagráðgjafar veita inngríp sem miðar meðal annars að því byggja upp félagslegan stuðning móðurinnar, bæta samskipti innan fjölskyldunnar og hjálpa foreldrum að þróa viðeigandi foreldrafærni (Bentley o.fl., 2014). Enn fremur er stór þáttur í starfi félagsráðgjafa að sinna forvörnum, fræðslu og rannsóknarstörfum. Þeir geta tryggt að konur og fjölskyldur þeirra fái fræðslu um fæðingarpunglyndi, áhættuþætti þess og mismunandi einkenni (Farley o.fl., 2009; Félagráðgjafarfélag Íslands, e.d.).

Við lestur heimilda og að bestu vitund höfundar hefur ekki verið framkvæmd rannsókn á hindrunum við hjálparleit hér á landi. Gagnlegt væri að vinna með helstu niðurstöður úr þeim rannsóknum sem fjallað hefur verið um af höfundi í ritgerðinni og rannsaka á hóp kvenna sem glíma við eða hafa glímt við fæðingarpunglyndi hérlendis. Að mati höfundar gæti það stuðlað að því að framfarir ættu sér stað og að þróaðar yrðu aðgerðir til að auka þátttöku mæðra í meðferðum við fæðingarpunglyndi. Með það að leiðarljósi væri mögulega hægt að draga úr afleiðingum ómeðhöndlaðs fæðingarpunglyndis á lýðheilsu samfélagsins.

Nafn höfundar

Heimildaskrá

- Abrams, L. S. og Curran, L. (2007). Not just a middle class affliction: crafting a social work research agenda on postpartum depression. *Health & Social Work, 32*(4), 289-296.
- Barnes, D. L. (2014). The psychological gestation of motherhood. Í D. L. Barnes (ritstjóri), *Women's reproductive mental health across the lifespan* (bls 75-90). Switzerland: Springer International Publishing.
- Beach, S. R. H., Jones, D. J. og Franklin, K. J. (2009). Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. Í I. H. Gotlib og C. L. Hammen (ritstjórar), *Handbook of depression* (bls 467-491). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. og Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1-24.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression; an update. *Nursing Research, 50*, 275-285.
- Bentley, K. J., Price, S. K. og Cummings, C. R. (2014). A psychiatric medication decision support guide for social work practice with pregnant and postpartum women. *Social Work, 59*(4), 303-313.
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A. og Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27*(3), 44-54.
- Björg Karlsdóttir, Ólöf Unnur Sigurðardóttir og Sveinbjörg J. Svavarsdóttir (2006). Geðheilbrigði og félagsleg tengsl. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagaráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls 172-186). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Boddy, R., Gordon, C., MacCallum, F. og MacGuinness, M. (2017). Men's experiences of having a partner who requires Mother and Baby Unit admission for first episode postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing, 73*(2), 399-409.
- Boyce, P. og Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(8), 605-612.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*(5), 759-775.
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L. og Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders, 87*(1), 65-72.

- Ciccarelli, S. K. og White, J. N. (2014). *Psychology: An exploration*. England: Pearsons Education.
- Dennis, C. L. og Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C. L. og Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Dias, M. C. og Jones, I. (2016). Perinatal psychiatry. *Psychiatric Aspects of General Medicine*, 44(12), 720-723.
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2009). *Introduction to social work*. Boston: Allyn & Bacon.
- Feeley, N., Bell, L., Hayton, B., Zelkowitz, P. og Carrier, M. E. (2016). Care for postpartum depression: what do women and their partners prefer? *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(2), 120-130.
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.) *Síðareglur íslenskra félagsráðgjafa*. Sótt 11. apríl 2017 af http://www.felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa/
- Franck, E., Vanderhasselt, M. A., Goubert, L., Loeys, T., Temmerman, M. og De Raedt, R. (2016). The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: a prospective study testing a diathesis-stress account. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 15-22.
- Fulton, J. M., Mastergeorge, A. M., Steele, J. S. og Hansen, R. L. (2012). Maternal perceptions of the infant: relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 329-338.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E. o.fl. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 17-25.
- Gerrig, R. J. og Zimbardo, P. G. (2010). *Psychology and life*. Boston: Allyn & Bacon.
- Goyal, D., Gay, C. og Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.
- Gremigni, P., Mariani, L., Marracino, V., Tranquilli, A. L. og Turi, A. (2011). Partner support and postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(3), 135-140.
- Guðbjörg Edda Hermannsdóttir og Svava Stefánsdóttir. (2006). Félagsráðgjöf á kvennasviði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls 199-210). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

- Hazan, C. og Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hensaw, C., Foreman, D. og Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3/4), 267-272.
- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, E. R., Craddock, N. og Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 348-353.
- Highet, N. J., Gemmill, A. W. og Milgrom, J. (2011). Depression in the perinatal period: awareness, attitudes and knowledge in the Australian population. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(3), 223-231.
- Iliadis, S., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L. o.fl. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 539-546.
- Klein, D. N., Durbin, C. E. og Shankman, S. A. (2009). Personality and mood disorders. Í I. H. Gotlib og C. L. Hammen (ritstjórar), *Handbook of depression* (bls 467-491). New York: The Guilford Press.
- Maia, B., Pereira, A., Marques, M., Bos, S., Soares, M., Valente, J. o.fl. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 459-468.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. o.fl. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 147-157.
- National Association of Perinatal Social Workers. (2009). *Standards for perinatal social workers working with patients experiencing post partum depression*. Sótt 13. mars 2017 af <http://www.napsw.org/assets/docs/postpartum-depression-standards.pdf>
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee A. R. og Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided support: a review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- O'Hara, M. W. og McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
- O'Hara, M. W. og Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.

- O'Mahony, J., Donnelly, T., Raffin Bouchal, S. og Este, D. (2013). Cultural background and socioeconomic Influence of Immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(2), 300-314.
- Page, M. og Wilhelm, M. S. (2007). Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemporary Family Therapy, 29*(4), 237-351.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker N. C. og Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved, 23*(2), 534-542.
- Puryear, L., J. (2014). Postpartum adjustment: what is normal and what is not. Í D. L. Barnes (ritstjóri), *Women's reproductive mental health across the lifespan* (bls 109-122). Switzerland: Springer International Publishing.
- Qobadi, M., Collier, C. og Zhang, L. (2016). The effect of stressful life events on postpartum depression: findings from the 2009–2011 mississippi pregnancy risk assessment monitoring system. *Maternal and Child Health Journal, 20*, 164-172.
- Reid, K. M. og Taylor, M. G. (2015). Social support, stress and maternal postpartum depression: a comparison of supportive relationships. *Social Science Research, 54*, 246-262.
- Robertson, E. og Lyons, A. (2003). Living with puerperal psychosis: a qualitative analysis. *Psychology And Psychotherapy-Theory Research And Practice, 76*, 411-431.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. og Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295.
- Russo, N. F. og Tartaro, J. (2008). Women and mental health. Í F. L. Denmark og M. A. Paludi (ritstjórar), *Psychology of women: a handbook of issues and theories* (bls 440-483). United States of America: Praeger Publishers.
- Sampson, M., Zayas, L. H. og Seifert, S. B. (2013). Treatment engagement using motivational interviewing for low-income, ethnically diverse mothers with postpartum depression. *Clinical Social Work Journal, 41*(4), 387-394.
- Segre, L., O'Hara, M., Arndt, S. og Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(4), 316-321.
- Sockol, L. E. og Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health, 18*(4), 585-593.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N. og Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 199-212.

- Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel C. J. o.fl. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology, 26*(3), 453-463.
- Stone, S. L., Diop, H., Declercq, E., Cabral, H. J., Fox, M. P. og Wise L. A. (2015). Stressful events during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Journal of Women's Health, 24*(5), 384-393.
- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T. og Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1161-1173.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior, 52*(2), 145-161.
- Valdimarsdóttir, U., Hultman, C. M., Harlow, B., Cnattingius, S., Sparén, P. og Hay, P. (2009). Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: A Population-Based Study. *PLoS Medicine, 6*(2), 194-201.
- Whiffen, V. E. og Johnson, S. M. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(4), 478-493.
- Wisner, K. L., Parry, B. L. og Piontek, C. M. (2002). Clinical practice: Postpartum depression. *The New England journal of medicine, 347*(3), 194-199.
- Wood, S. E., Wood, E. G. og Boyd, D. (2011). *The world of psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S. og Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health, 12*(2), 75-83.
- Wright, N., Hill, J., Pickles, A. og Sharp, H. (2015). The specific role of relationship life events in the onset of depression during pregnancy and the postpartum. *PloS One, 10*(12), 1-12.
- Wynter, K., Rowe, H. og Fisher, J. (2014). Interactions between perceptions of relationship quality and postnatal depressive symptoms in australian, primiparous women and their partners. *Australian Journal of Primary Health, 20*(2), 174-181.
- Yim, I. S., Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J. og Schetter, C. D. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for intergration. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 99-137.
- Zhang, Y. og Jin, S. (2014). The impact of social support on postpartum depression: the mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology, 21*(5), 720-726.