



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	482
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykepleie hos kvinner med fødselsdepresjon
Antall ord *:	8016

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleie hos kvinner med fødselsdepresjon

Care for women with postpartum depression

Kandidatnummer: 482

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

Høgskulen på Vestlandet – Campus Stord

Innleveringsdato: 28.04.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Sykepleie hos kvinner med fødselsdepresjon

Bacheloroppgave i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet,

Campus Stord

Kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.22

Antall sider: 46

Antall ord: 8016

Det minste mantraet av dem alle
mens du skriker
Men jeg gjorde det ikke
Jeg tenkte på å klemme deg til stillhet
Men jeg gjorde det ikke
Må jeg skrive dette
Ja
Slenge deg i veggen
Ta for hardt
Slippe deg
Men jeg gjorde det ikke
Gå ut
Gi opp
Gjøre skade
Men jeg gjorde det ikke
Slå de andre babyene, de som sover, som ikke skrek
Få de andre mammaene til å gråte slik jeg gjør nå
Hva ER det jeg tenker
Men jeg gjorde det ikke
Men jeg

(Storrusten, 2017, s. 60)

Sammendrag

Tittel: Sykepleie hos kvinner med fødselsdepresjon

Bakgrunn for valg av tema: Fødselsdepresjon rammer ca. 4000 og 8000 kvinner i Norge per år, og kan forekomme i løpet av noen uker til måneder etter fødselen. Varigheten av fødselsdepresjonen hos kvinner kan både være over en kort og lengre periode. Det er ikke alltid like lett å oppdage tegn på fødselsdepresjon eller å skille det fra nedstemthet og annen type depresjon. Det gjør at mange kvinner reiser hjem etter barselopphold uten tilstrekkelig kartlegging og uten den behandling de har krav på.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere kartlegge og ivareta kvinner med tegn på fødselsdepresjon?

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å se på de faktorene som påvirker kvinner med tegn på fødselsdepresjon, samt å få økt forståelse rundt temaet og se på hvordan sykepleiere kan kartlegge, ivareta og støtte kvinner med fødselsdepresjon.

Metode: Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie, der innholdet er basert på seks forskningsartikler fra to ulike databaser og annen relevant litteratur.

Funn: Tidlig og god kommunikasjon, i tillegg til veiledning er viktig for å oppdage og forebygge tegn på fødselsdepresjon hos kvinner, i en tidligst mulig fase etter fødsel. Kartlegging og oppfølging må også være omsorgsfull og ikke bare teknisk og instrumentell.

Konklusjon: Det trengs mer forskning rundt fødselsdepresjon og spesielt hos unge mødre. Utarbeidelse av bedre kartleggingsverktøy og oppfølgingsmodeller bør også prioriteres. Sosial støtte må fokuseres på i større grad, da den har en stor påvirknings kraft og gir en beskyttende effekt.

Nøkkelord: Fødselsdepresjon, psykisk helse, mestring, sosial støtte.

Summary

Title: Care for women with postpartum depression

Background: Postpartum depression affects about 4,000 and 8,000 women in Norway per year and occurs within a few weeks to months, after giving birth. The duration of postpartum depression can last for a short period or up to longer periods in certain situations. It is not easy to detect postpartum depression or to separate it from other types of depression. Oftentimes, women travel home after giving birth, without adequate mapping and treatment which they are entitled to.

Research question: How can nurses map and care for women with signs of postpartum depression?

Aim: This bachelor thesis aims to identify causes and effects of postpartum depression for women, and to gain a better understanding of the subject. It focuses on how nurses can map, care and support women with postpartum depression.

Method: This thesis is a literature study, where the content is based on six research articles and other relevant literature.

Findings: Early and good communication, and guidance are important for detecting and preventing postpartum depression for women in the earliest possible phase after childbirth. Mapping and follow-up must also be done with care and not just technical and instrumental.

Conclusion: More research is needed on postpartum depression and especially considering adolescent mothers. Development of better screening tools and follow-up models should also be prioritized. Social support should also be more focused on, due to its great impact and because it generates a protective effect.

Keywords: Postpartum depression, mental health, coping, social support

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Avgrensning og presisering.....	9
2.0 Teori	10
2.1 Sykepleieteori.....	10
2.2 Barsekvinne.....	11
2.3 Fødselsdepresjon	11
2.4 Sykepleiers ansvarsområde på føde-/barselavdeling.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie	14
3.2 Fremgangsmåte	14
3.3 Metodekritikk.....	19
3.3.1 Vurdering av egen oppgave.....	19
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	20
3.3.3 Etikk i oppgaveskriving	21
4.0 Resultat.....	22
4.1 Presentasjon av valgte artikler.....	22
4.1.1 Forskningsartikkel 1	22
4.1.2 Forskningsartikkel 2	23

4.1.3 Forskningsartikkel 3	24
4.1.4 Forskningsartikkel 4	25
4.1.5 Forskningsartikkel 5	26
4.1.6 Forskningsartikkel 6	27
4.2 Presentasjon av hovedfunn	28
5.0 Drøfting	29
5.1 Bruk av metaforer	29
5.2 Sosial støtte	30
5.3 Mestringsstrategier	33
5.4 Kartleggingsverktøy	34
6.0 Konklusjon	36
Referanseliste	37
Vedlegg	40
VEDLEGG 1 – INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	40
VEDLEGG 2 - LITTERATURMATRISE	42
VEDLEGG 3 – EPDS SKJEMA	45

1.0 Innledning

Denne bachelor oppgaven starter med å ta for seg en introduksjon og begrunnelse på oppgavens tema, samt avgrensninger og valgt problemstilling vil bli presentert. Videre vil relevant og aktuell teori bli presentert. Deretter kommer det en metodedel som tar for seg hvilken metode som er blitt benyttet og fremgangsmåten i oppgaven. Resultatdelen tar så for seg litteratursøket og data som er med på å gi et grunnlag for oppgaven. Mot slutten av oppgaven vil oppgavens problemstilling bli drøftet. Avslutningsvis, blir det lagt frem en konklusjon som vil svare på oppgavens problemstilling og om det valgte temaet bør bli forsket mer på. Deretter en referanseliste og vedlagte vedlegg.

1.1 Bakgrunn

Ifølge Folkehelseinstituttet (2022), rammes mellom 7 og 13 prosent av fødende kvinner med fødselsdepresjon. Dette utgjør et sted mellom 4000 og 8000 kvinner per år. De som blir rammet opplever at deres tenkning og tolkning av barnets atferd fører de i negativ retning. Det kan resultere i at mødre med fødselsdepresjon oftere opplever at barnet deres er mer krevende enn det andre mødre opplever. Kvinner og mødre i denne situasjonen oppleves også mindre tilgjengelig følelsesmessig ovenfor sine nyfødte (Folkehelseinstituttet, 2022).

Fødselsdepresjon forekommer i løpet av et par uker etter fødselen, men kan også forekomme måneder etter fødselen. Varigheten av fødselsdepresjonen vil også variere fra kvinne til kvinne, da den hos noen bare varer i noen uker, mens hos andre kan vare i flere måneder. Dette er helt avhengig av om kvinnen tidligere har hatt problemer knyttet til depresjon eller andre årsaker som er med på å trigge fødselsdepresjonen (Henriksen, 2010, s 222). Kvinner må få tilstrekkelig hjelp direkte etter fødselen hvor helsepersonell og andre pårørende må følge med på symptomer og tegn på økt sårbarhet forhold til tidlig forekomst av fødselsdepresjon (Lindberg, 2022, s. 188-191). Det er derfor behov for å se nærmere på hvordan kvinner med fødselsdepresjon blir kartlagt og hvordan disse blir ivaretatt under slike omstendigheter.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i opplysninger som kommer frem i forrige avsnitt blir derfor denne problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere kartlegge og ivareta kvinner med tegn på fødselsdepresjon?*

Som problemstillingen sier, så vil hovedfokuset i oppgaven være hva en sykepleier kan gjøre for å kartlegge og ivareta kvinner med antydninger og symptomer på fødselsdepresjon. Målet med oppgaven er å synliggjøre tematikken rundt fødselsdepresjon, ved hjelp av forskning og teori, og gjøre det lettere for sykepleiere ved tidlig kartlegging og ivaretagelse av kvinner med tegn på fødselsdepresjon.

1.3 Avgrensning og presisering

Under svangerskap, fødsel og i barsel møter kvinner ulike helsepersonell. Spesialsykepleiere som jordmor og helsesykepleier er de som har mest tilknytning til kvinner i denne situasjonen. Jordmødre har ansvar for undersøkelser og oppfølging før og under fødsel. Mens, helsesykepleiere på helsestasjon har ansvar for undersøkelser og oppfølging etter fødsel. Som sykepleier forekommer møtet med kvinner i disse omstendighetene oftest på barselavdeling, noe som også blir videre lagt til grunne for i oppgaven. Det blir derfor fokusert på tiden fra ankomst på barsel-/fødeavdeling, under fødsel og frem til hjemreise. Denne bacheloroppgaven skal ta for seg sykepleieoppgaver og ha et sykepleieperspektiv. Når det nevnes sykepleie i oppgaven, er dette sykepleiere med bachelor i sykepleie. Når annet helsepersonell blir nevnt i oppgaven så omhandler dette sykepleier med videreutdanning (spesialsykepleiere) som jordmødre og helsesykepleier. Selv om partnere også kan oppleve noe form for nedstemthet etter fødsel, så er det kvinner og mødre i fertil alder som vil bli hovedfokuset i denne oppgaven.

2.0 Teori

Dette kapitlet tar for seg en kort presentasjon av sykepleieteoretikerne Patricia Brenner og Judith Wrubel, og deres omsorgsteori. Videre, får leseren et innblikk i hva en barselkvinne og fødselsdepresjon er, samt en forklaring og hva betydningen på begrepet. Til slutt avsluttes kapitlet med sykepleiernes ansvarsområde på barsel-/fødeavdeling.

2.1 Sykepleieteori

Sykepleiens viktigste oppgave er ifølge Benner og Wrubel å hjelpe pasienten til å mestre stress og konsekvenser av sykdom, samt å fremme helse. Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori handler om sammenhengen mellom stress, sykdom, mestring, velvære og helse. Samtidig mener de at det er et skille mellom opplevelsen av å være syk og det å ha en sykdom. Sykepleiere har en viktig oppgave ved å vise omsorg ovenfor mennesker i frykt, smerte, død, tap, sorg, vekst, sunnhet og fødsel. Å vise omsorg som sykepleier gjør det enklere å legge merke til ulike tegn på forandring og forbedring hos pasientene og ved deres tilstand. Når man utfører god omsorg fører dette til økt tillit hos pasienten, noe som gjør det lettere for pasienten å ta imot hjelp og dra nytte av den. God kontakt og relasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig få å kunne etablere et godt behandlingsklima (Brenner & Wrubel, 1989, sitert i Kirkevold, 1998, s. 199-215).

Denne teorien er derfor relevant der Brenner og Wrubels omsorgsteori tar for seg at sykepleiere skal vise omsorg ovenfor mennesker som opplever blant annet fødsel, men også at sykepleiere skal være oppmerksomme på og legge merke til tegn på forandring hos pasientene. En god relasjon mellom pasient og sykepleier samt annet helsepersonell skaper mer tillit som igjen fører til bedre behandling av pasienten. Her går punktene som ivaretagelse, observasjoner og kartlegging igjen, som er relevant for oppgaven og problemstillingen.

2.2 Barselkvinne

Barselperioden omtales som perioden fra barnet er født, frem til seks uker etter fødsel. I baredelperioden er det også vanlig å omtale kvinner under svangerskap som en barselkvinne. Under svangerskap og fødsel har kjønnsorganene og kroppen vært igjennom både en anatomisk og fysiologisk endring, noe som gjør at kroppen trenger tid til å rense, gjenoppbygge og restituere seg. Barselkvinner kan også oppleve at humøret er ustabil, hvor de raskt veksler mellom latter og gråt, men også stor mengde med lykke og glede. Ikke alle barselkvinner opplever den første perioden med lykke og glede, men som noe som kommer gradvis med morsrollen. Hudkontakt er noe som er med på å gi god kontakt mellom mor og barn. Det er vanlig at mor opplever en mestringsfølelse i den nye situasjonen de nå står i, samt økt trivsel i den nye morsrollen (Dalhaug, 2022, s. 15-16)

2.3 Fødselsdepresjon

Etter fødsel, men også i noen tilfeller under svangerskapet, er det noen få kvinner som utvikler alvorlige mentale reaksjoner. Slike reaksjoner handler hovedsakelig om to tilstander, postpartum depresjon (fødselsdepresjon, barseldepresjon) og postpartum psykose (fødselspsykose, barselpsykose) (Henriksen, 2010, s. 221). Fødselsdepresjon kan ikke defineres som en diagnose i seg selv, men kan forklares som en betegnelse på depressive plager eller om man har en klinisk depresjon under selve svangerskapet eller etter fødselen (Helsedirektoratet, 2018).

Det er ikke alltid like lett å skille mellom vanlig nedstemthet og en depresjon. Symptomer på fødselsdepresjon kan blant annet være, endring i søvn, dårlig matlyst, konsentrasjonsvansker og mangel på initiativ. Kvinner kan også oppleve at alt føles meningsløst, har mindre interesse til å ta eller å opprettholde kontakt med andre mennesker, økt skyldfølelse og dårlig samvittighet. Det finnes flere årsaker til fødselsdepresjon, noen av årsakene kan blant annet være tidligere depressive plager eller andre psykiske lidelser. Fødselsdepresjon i et tidligere svangerskap øker også muligheten for å få det igjen. I dagens samfunn stilles det også høye krav til blivende mødre. Dette kan også være med på å utvikle økt stress i form av høye forventninger og krav, mangel på søvn og bekymringer knyttet til barnet og fødselen. Andre ting som kan være med på å påvirke fødselsdepresjon er blant annet usikre sosiale og økonomiske forhold, problemer knyttet til partner, familie og andre nære og viktige

relasjoner, samt eventuell misbruk av alkohol og eller andre rusmidler (Henriksen, 2010, s 221-222). Fødselsdepresjon forekommer som oftest i løpet av ett par uker etter fødselen, men kan også forekomme måneder etter fødselen. Varigheten av fødselsdepresjonen vil også variere fra kvinne til kvinne. Hos noen kvinner varer det i noen uker, mens hos andre kan den vare opp til flere måneder. Dette er helt avhengig av om kvinnen tidligere har hatt problemer knyttet til depresjon eller andre årsaker som har vært med på å trigge fødselsdepresjonen (Henriksen, 2010, s 222).

Svangerskap, fødsel og barselstiden medfører store omveltninger både sosialt og psykologisk for begge foreldrene. Det er mye nytt å sette seg inn i, prioriteringene blir annerledes og yrkeslivet hos mødrene blir satt på vent. Som nybakt mor oppstår ofte forventinger til seg selv, og om selve fødselen. Prestasjonspress og høye idealer utenifra, er også med på å skape vanskeligheter når forventingene til seg selv og hos andre ikke blir innfridd. Når barnet er født og i løpet av barnets første leveår vil de aller fleste kvinner, i tillegg til partneren deres, oppleve at følelsene blir mer fremtredende. Mange tar lett til tårene, og opplever at de blir mer sinte og irritable. For å unngå at et slike følelsesutbrudd skal medføre langvarig nedstemthet, så er det viktig at utenforstående i omgivelsene rundt viser forståelse, støtte og omsorg. Nedstemthet og depresjon er en tilstand man ikke kan noe for, men som oppstår med de forandringene som skjer, både de fysiske og psykiske. Muligheten for å bearbeide nedstemthet eller depresjon er størst rett etter fødselen, da følelsene allerede er fremtredende i bevisstheten (Lindberg, 2022, s. 188-191).

2.4 Sykepleiers ansvarsområde på føde-/barselavdeling

På føde-/barselavdeling er sykepleiernes ansvar å ivareta kvinnenens medisinske og psykiske behov, samt observere både kvinner og barn på klinikken. Sykepleiernes ansvar er også å gi tilstrekkelig pleie, omsorg, behandling og å hjelpe de nybakte mødre med å tilpasse seg det nye livet. De har også ansvar for å gi medisiner og administrere dem. På føde-/barselavdelingen har sykepleier, jordmor, barnesykepleier, lege og helsesøster et tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2014, s. 24).

Helsedirektoratet (2014) skriver, «Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien omfatter barselomsorg både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten». Dette gjelder helsepersonell som yter tjenester i svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen og til familier som venter eller har fått barn. Retningslinjene inkluderer den grunnleggende omsorgen og den oppfølgingen barselkvinner og nyfødte barn får. Definert barseltid gjelder i tiden frem til seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014, s. 8).

3.0 Metode

Dette kapittelet vil ta for seg hvilke søkestrategier som er blitt benyttet, samt hvordan og hvorfor de valgte forskningsartiklene er relevante for oppgaven. Metode er en systematisk fremgangsmåte som blir anvendt for å samle inn kunnskap og informasjon som svarer på og belyser en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden forteller oss også om hvordan man bør gå til frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2021, s. 53).

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er studier fra skriftlige kilder som er systematisert. Systematisering av slik kunnskap omhandler å samle inn litteratur og deretter gå kritisk igjennom den valgte litteraturen og til slutt sammenfatte (Thidemann, 2015, s. 79). Hensikten med litteraturstudiet er å gi leserne en ny og god forståelse av den nevnte kunnskapen som problemstillingen etterspør, samt om hvordan man har kommet frem til den nevnte kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). Her vil derfor relevant litteratur knyttet til tema blir presentert og fremgangsmåten vil bli begrunnet. Ved hjelp av metode skal problemstillingen i oppgaven besvares, og det må derfor gjøres et valg om hvilken metode som skal benyttes. Refleksjon og det som kan anses som den ideelle fremgangsmåten og hva som er praktisk gjennomførbart må tas hensyn til under valg av metode (Dalland, 2021, s. 56). Litteraturstudiet er i denne sammenheng en god og relevant måte for å best mulig kunne svare på den valgte problemstillingen i denne oppgaven.

3.2 Fremgangsmåte

Målet med litteratursøk i forskjellige databaser er for å finne den mest relevante forskningen og teorien som svarer på oppgavens problemstilling: *Hvordan kan sykepleie kartlegge og ivareta kvinner med tegn på fødselsdepresjon?*

Databasene som har blitt benyttet i litteratursøket i denne oppgaven er OVID Medline og PubMed. Ved hjelp av rammeverk som PICO og aktuelle søkeord, gjorde det arbeidet enklere med å finne relevant forskning som svarte på oppgavens problemstilling. Videre i søkeprosessen ble det benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å begrense søket, slik at artiklene ble mer relevant, se vedlegg 1. Inklusjonskriteriene i forskningsartiklene som måtte

være oppfylt var blant annet tidsavgrensning (ikke eldre enn 10 år) på forskningen, dette for å få den nyeste oppdateringen på artiklene rundt temaet, språk (norsk, engelsk, svensk, dansk) og at IMRaD-strukturen var fulgt. «IMRaD-strukturen er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Introduction, Methods, Results and Discussion) (Dalland, 2021, 157). Som eksklusjonskriterier, kunne ikke forskningen omhandle annet helsepersonell i form av jordmødre og helsesykepleiere, da de har spisskompetanse innenfor fagfeltet og dermed andre oppgaver og ansvar. De valgte forskningsartiklene ble valgt ut fra inklusjon- og eksklusjonskriteriene, og litteratormatrise, se vedlegg 2. Disse var behjelpelig på å besvare oppgavens problemstilling, og å finne den mest relevante litteraturen. Søkeordene som har blitt anvendt i søkeprosessen er, postpartum depression, mental health, anxiety, nurs, mother, consequence coping, infant, social support, adolescent mothers og fødselsdepresjon, psykisk helse, angst, sykepleie, mor, mestring, nyfødt, sosial støtte, konsekvenser og ungdomsmødre.

I tabellen (tabell 1) nedenfor kan leseren få et innblikk i og en oversikt over PI(C)O skjemaet som er blitt brukt.

Tabell 1 – PI(C)O skjema

Patient/Problem	Intervention/tiltak	Comparison/alternativer	Outcomes/resultat
Pasient med fødselsdepresjon	Kartlegging og ivaretagelse (sykepleietiltak)		Symptomfri/sykdomsfri

I tabellen under kan man få en oversikt over søkeprosessen i de ulike databasene, og en ordning over hvilke søkeord som fikk flest relevante søkstreff. Hele søkeprosess vil ikke bli lagt fram, bare de mest relevante funnene tillegg til databasene hvor den utvalgte forskningen ble funnet. Tabell 2 og 3.

Tabell 2 – Søk i database OVID Medline

Søk i OVID Medline Database 04.03.22			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Postpartum Depression		6689
2	Nurses		43375
3	Mothers		50793
4	Social Support		76317
5	S1 AND S4		779
6	S1 AND S4	Årstall: 2014-2022 Språk: Norsk, Engelsk, svensk, dansk	332
7	Infant		842402
8	S1 AND S3 AND S4 AND S7		72
9	S1 AND S3 AND S4 AND S7	Årstall: 2014-2022 Språk: Norsk, Engelsk, svensk, dansk	44
10	Anxiety		96632
11	S1 AND S4 AND S10		72
12	S1 AND S4 AND S10	Årstall: 2014-2022 Språk: Norsk, Engelsk, svensk, dansk	41

Etter søk nr. 9 ble artikkelen «*Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships*» av Reid & Taylor (2015) valgt fra OVID Medline.

Etter søk nr. 12 ble artikkelen «*Are «Superwomen» without social support at risk for postpartum depression and anxiety?»* av Arnold & Kalibatseva (2021) tatt fra OVID Medline. Begge artiklene ble vurdert som relevant da de identifiserer relevante sykepleie tiltak som sosial støtte og som er med på å besvare oppgavens problemstilling.

Tabell 3 - Søk i database PubMed

Søk i PubMed Database 07.03.22			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Postpartum Depression		9 943
2	Nurse		259 642
3	Mothers		205 887
4	S1 AND S2 AND S3		312
5	S1 AND S2 AND S3	Årstall: 2014-2022 Fulltekst Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk	140
6	Infant		846 731
7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	Årstall: 2014-2022 Fulltekst Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk	72
8	Mental health		384 550
9	S1 AND S3 AND S6 AND S8		866
10	S1 AND S3 AND S6 AND S8	Årstall: 2014-2022 Fulltekst	579

		Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk Full tekst Språk (se over)	
11	Consequence		684 623
12	S1 AND S3 AND S6 AND S8 AND S11	Årstall: 2014-2022 Fulltekst Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk	53
13	Coping		180 349
14	Social support		472 948
15	S1 AND S13 AND 14	Årstall: 2014-2022 Fulltekst Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk	81
16	Adolescent mothers		33 185
17	S1 AND S3 AND S16		891
18	S1 AND S3 AND S16	Årstall: 2014-2022 Fulltekst Språk: Engelsk, Norsk, svensk, dansk	504

Etter søk i databasen PubMed ble det valgt ut 4 forskningsartikler som svarte og var relevant med tanke på oppgavens problemstilling. Den første artikkelen som ble valgt ut ble funnet etter søk nr. 7 og skrevet av Beck (2020) «*Mother-Infant Interaction During Postpartum Depression: A Metaphor Analysis*». Denne artikkelen identifiserer relevante sykepleietiltak som kartleggingsverktøy og andre hjelpe verktøy som bruken av metafor.

Videre ga søk nr. 12 artikkelen «*Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes*» av Slomian et al. (2019). Denne artikkelen var relevant da den identifiserer sykepleietiltak som kartleggingsverktøy og sosial støtte.

Søk nr. 15 ble artikkelen «*Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach*» av Gutiérrez-Zotes et al. (2015) valgt. Denne artikkelen var relevant da den identifiserer sykepleietiltak som kartleggingsverktøy og sosial støtte og mestringsstrategier.

Til slutt ble artikkelen «*Postpartum depression in adolescent mothers*» av Dinwiddie et al. (2018) valgt som søk nr. 18. Denne artikkelen er relevant da den identifiserer sykepleietiltak som kartleggingsverktøy og det psykososiale hos ungemødre, samt sosial støtte.

3.3 Metodekritikk

Dette avsnittet tar for seg hvilket metodevalg som er foretrukket, samt hvorfor den er blitt valgt. Det tar også for seg mulige svakheter og avgrensinger som kan ha en påvirkning på oppgaven. Man kan dele kildekritikk inn i to ulike sider. Den ene delen handler om å finne den beste litteraturen som svarer best på problemstillingen. Denne delen kaller man kildesøking eller litteratursøking. Den andre delen tar for seg den litteraturen man har valgt å ta med i oppgaven og se på dens troverdighet og faglighet, og at fagligheten i kildegrunnet er godt nok begrunnet og beskrevet (Dalland & Trygstad, 2021, s. 143). Med bakgrunn i det som kommer frem i avsnittet over, så er sykepleietiltakene en «review», og de valgte artiklene inneholder derfor empirisk forskning i form av intervjuer og spørreundersøkelser.

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Innen forskning brukes flere forskjellige metoder eller tilnærming til en problemstilling. En metodisk tilnærming vurderes ofte som den eneste rette, men denne metoden kan bli vurdert svakere enn annen metode og/eller motsatt. Det å kombinere kvantitative og kvalitative metoder, kalt Metodetriangulering, blir brukt for å oppveie svakhetene ved bare å benytte en spesiell metode (Thidemann, 2015, s. 79).

Det ble identifisert flest artikler med kvantitativ metode, og det var utfordrende å finne egnede artikler med kvalitativ metode, som kunne være hjelpelig på å svare på problemstillingen. Hovedtyngden av forskningsartiklene som blir benyttet i oppgaven vil derfor ha en kvantitativ metode. Ifølge Dalland (2021) kan man skille kvalitative og kvantitative metoder slik; en kvalitativ metode er studie som fanger opp forskjellige meninger og opplevelser som ikke er mulig å måle eller tallfeste. Kvantitativ metode gir derimot informasjon og data i form av målbare enheter. Begge de nevnte metodene er med på å øke forståelsen av samfunnet vi lever i på hver sin måte. Det gjelder også hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner handler og samarbeider (Dalland, 2021, s. 54). I søkeprosessen ble det inkludert sosial støtte og angst, dette på grunn av at innledende søk av sosial støtte og angst var gjennomgående begreper i de fleste av artiklene rundt den valgte tematikken. Dette kan være en svakhet, da viktige artikler kan ha blitt utelatt. I søk nr. 18 av forskningsartikler kan leseren se at søket gav et stort antall artikler. Selv med stort antall treff, så ble den aktuelle artikkelen valgt på grunn av at de fleste andre artiklene kunne utelukkes fordi overskriftene omhandlet corona, helsesykepleier og jordmorsperspektiv. Noe som ikke var relevant for oppgavens problemstilling og utenfor sykepleieperspektivet. Det gjorde at antall relevante forskningsartikler ble betydelig redusert.

Både primær- og sekundærkilder vil bli tatt i bruk i oppgaven. Primærkilder er blitt benyttet der disse har vært tilgjengelig. En primærkilde beskrives som en original- eller førstehåndskilde. Sekundærkilde har blitt brukt i noen anledninger i oppgaven da primærkilde i denne situasjonen ikke har vært mulig å få tak i. En sekundærkilde kan bli beskrevet som en annenhåndskilde. Ved bruk av sekundærkilde kan noe av betydningen fra primærkilden, blitt endret på og noe som fører til at vinklingene ikke er helt de samme (Dalland, 2021, s. 156).

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

I søkeprosessen rundt forskningsartikler var det et mindretall av forskningsartiklene som var skrevet på norsk. Det gjorde at ved oversettelse av de utvalgte engelske forskningsartiklene, kunne få en litt annen betydning enn opprinnelig. Dette er noe som særlig er blitt fokusert på ved bruk av kilder i oppgaven. På bakgrunn av at det i oppgaven er benyttet oversatte engelske artikler samt noe bruk av sekundærkilde, må det bemerkes at konklusjonen kan ha blitt noe påvirket av dette. Søkeprosessen var ikke bare tidskrevende, men også lang, da det ikke er så mye relevant forskning knyttet til problemstillingen og fra et sykepleieperspektiv.

Når man skal gjennomføre forskningsartikkelsøk så er det viktig å være reflektert og kritisk ved valg av metode og avgrensninger, ved innsamling av data. Det er viktig at metodene skal være troverdig, relevante og gyldige. Dette dekker kravene til validitet og reliabilitet, og handler om at det som brukes må angis korrekt og er relevant. I forhold til dette er det viktig at eventuelle feilmarginer synliggjøres (Dalland, 2021, s. 43).

3.3.3 Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk er en vurdering av forskning opp imot samfunnets normer og verdier. En slik vurdering inkluderer alle sider ved forskningen, fra planlegging til valg av problemstilling. Videre, i forhold til hvilke metode som skal anvendes, samt hvordan resultatene kan brukes og rapporteres. Forskningsetikk handler også om å ivareta personvernet og det å sikre deltagerne i forskningen mot å bli påført unødvendig belastning eller skade (Dalland, 2021, s. 168).

I denne oppgaven blir personvernet ivaretatt. Mye av datamaterialet er allerede anonymisert i både de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene, og en typebeskrivelse blir derfor brukt i oppgaven. Taushetsplikten vil også bli opprettholdt (Dalland, 2021, s. 168-169).

Det vil også i oppgaven bli benyttet referansesystem APA-stil (APA7) (Dalland, 2021, s. 161-162). Forskningsetikk blir ivaretatt ved bruk av riktig kildehenvisning, og at du har oppsøkt primærkilder der det har vært behov.

Det er blitt valgt forskningsartikler som følger forskningsetiske retningslinjer i denne bacheloroppgaven. Sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016) er blitt brukt som et hjelpemiddel, for å få en oversikt om at artiklene oppfyller de inklusjons- og eksklusjonskriterier som er satt. Videre, vil artiklene som er blitt valgt presentert, og som er blitt brukt som et hjelpemiddel på å besvare oppgavens problemstilling.

4.0 Resultat

I dette kapittelet blir det presentert 6 forskningsartikler som skal være med å svare på drøftingen senere i oppgaven. Artiklene består av både kvalitative og kvantitative studier.

4.1 Presentasjon av valgte artikler

4.1.1 Forskningsartikkel 1

Artikkelen, «Mother-Infant Interaction During Postpartum Depression: A Metaphor Analysis» skrevet av Cheryl T. Beck (2020) har som hensikt å identifisere ulike metaforiske uttrykk hos mødre med fødselsdepresjon som beskriver deres interaksjoner med sine spedbarn. Det ble brukt en sekundær kvalitativ dataanalyse av tre tidligere ulike kvalitative datasett for fødselsdepresjon i dette studie, der det var med et utvalg av 31 kvinner. En kryssvalidering ble utført der flere datasett fra ulike studier ble sammenlignet for å komme med en mer generell påstand. Prosedyren for metafor identifikasjons ble også involvert og foretatt. Ut ifra studiet ble det indentifisert åtte ulike metaforer som beskriver interaksjonene mellom mødre og spebarn under fødselsdepresjon. De åtte metaforene var: Fødselsdepresjon er som en; tyv, robot, omsluttende tåke, å være på et billøp, skuespiller, vulkanutbrudd, hud som kryper, eller å møte en vegg. Slike metaforer gir et bedre innblikk og beskrivelse på hvordan mødre har det under en fødselsdepresjon, samt at det hjelper sykepleiere med å identifisere sårbare mor-spedbarn relasjoner ved fødselsdepresjon.

Denne artikkelen er relevant da den går inn på hvordan mødre har det under en fødselsdepresjon og hvordan vi som sykepleiere kan bruke disse metaforene for å identifisere hvordan mødrene har det. Kartlegging som PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) gjennomført av sykepleiere ble også foreslått.

4.1.2 Forskningsartikkel 2

Artikkelen, «Postpartum depression in adolescent mothers» skrevet av Dinwiddie et al. (2017) har som hensikt å beskrive befolkningshelsen (epidemiologi), risikofaktorer, behandling og prognose hos unge mødre med fødselsdepresjon. Det ble også identifisert begrensninger ved tilgjengelig litteratur, samt at det ble foreslått områder for fremtidig studie som er rettet mot fødselsdepresjon i denne gruppen. Artikkelen er en kvantitativ studie som har brukt Medline-litteratursøk på artikler publisert mellom 1996-2015. Studiet klarte å identifisere totalt 134 artikler, men det er bare 57 av de som var relevante og oppfylte kriteriene til studiet. 10 av artiklene omhandlet epidemiologi, 27 om risikofaktorer, 9 målte langtidsresultatet og 21 omhandlet behandlingsstrategier for ungdomsmødre med fødselsdepresjon. Konklusjonen er at det er begrenset med litteratur knyttet til fødselsdepresjon hos unge mødre, men interessen har økt betydelig de siste årene. Det er et behov for mer tilfeldige kartlegginger for å utarbeide flere standardiserte metoder for vurdering og behandling av disse pasientene.

Denne artikkelen er relevant da ungdomsmødre også går inn under gruppen fertil alder og bør inkluderes i oppgaven. Den tar også for seg kartleggingsverktøy som EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) og PDSS (Postpartum Depression Screening Scale).

4.1.3 Forskningsartikkel 3

Den tredje artikkelen denne bachelor oppgaven tar for seg er, «Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes» skrevet av Slomian et al. (2019). Målet og hensikten i denne artikkelen handler om å evaluere konsekvensene av ubehandlet fødselsdepresjon hos både spedbarn og mor. Dette studiet er en kvantitativ studie som tar utgangspunkt i studier publisert mellom 01. januar 2005 og 17. august 2016. Inkluderings- og eksklusjonskriterier ble også gjennomført. Totalt 122 studier er inkludert i dette studiet. Resultatene av studiet ble videre kategorisert i tre forskjellige underkategorier: Konsekvenser av fødselsdepresjon hos mødre, konsekvenser av fødselsdepresjon hos spedbarn og mor-barn interaksjoner. Det blir konkludert med at fødselsdepresjon hos mødre påvirker både mor og barn negativt i opptil 3 år. Interaksjoner med spedbarnet, partnere og pårørende er noe som også gir negative konsekvenser på mødrenes psykiske helse og livskvalitet. I noen situasjoner kan mor utvikle en kronisk depresjon, som kan være med på å øke risikoen for en negativ utvikling hos barnet. Det er derfor viktig å identifisere og behandle kvinner med symptomer og tegn på fødselsdepresjon.

Denne studien er relevant da den tar for seg viktige begrep og konsekvenser for hva som i verste fall kan forekomme dersom mor utvikler fødselsdepresjon. Den tar også for seg kartleggingsverktøy som EPDS.

4.1.4 Forskningsartikkel 4

Den fjerde forskningsartikkelen som er brukt i denne bacheloroppgaven er, «Are «Superwoman» without social support at risk for postpartum depression and anxiety?» skrevet av Molly Arnold & Zornitsa Kalibatseva (2020). Dette studiet har som hensikt å undersøke sosial støtte som en beskyttende faktor mot perfektjonisme, fødselsdepresjon og angst. I dette studiet blir også sosial støtte sett på som moderator i forhold til sammenhengen mellom perfektjonisme og fødselsdepresjon. Dette kvantitative studiet inkluderte 596 kvinner som er rammet av fødselsdepresjon. Deltakerne som gjennomførte undersøkelsen var kvalifisert med symptomer på fødselsdepresjon, angst, mangel på sosial støtte og perfektjonisme. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 30,89 år og deres spedbarn var i gjennomsnitt 169,44 dager gamle. Studiet kom også frem til fire ulike hypoteser som tok for seg hvordan sosial støtte er med på å påvirke kvinner med symptomer angst og perfektjonisme, samt fødselsdepresjon. Konklusjonen i studiet viser til at sosial støtte virker som en beskyttende faktor mot symptomer på fødselsdepresjon og angst. Funnene viser også til viktigheten av å øke den sosiale støtten til pasientene, samt å redusere presset mødre opplever.

Denne oppgaven er relevant da den tar for seg viktige begrep og tiltak mot symptomer på fødselsdepresjon og angst. Sosial støtte er et annet viktig begrep som vil bli tatt med videre i diskusjonen.

4.1.5 Forskningsartikkel 5

Artikkelen, «Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach» skrevet av Gutiérrez-Zotes et al. (2015) tar utgangspunkt i hvordan personligheten hos mor, sosial støtte, mestringsstrategier og ulike stressende hendelser blir assosiert med symptomer på fødselsdepresjon etter uke 8 og 32 etter fødsel. Dette kvantitative studie er et longitudinell studie noe som betyr at det varte over en lengre periode. I sammenheng med dette studiet deltok 1626 kvinner, der gjennomsnittsalderen var på 31,8 år. Her ble det gjennomført forskjellige vurderinger både i uke 8 og i uke 32 etter fødsel. I disse ukene ble passive mestringsstrategier assosiert med symptomer på fødselsdepresjon. Funnene i denne artikkelen viser at nevrotisme og stress har en klar sammenheng, mens sosial støtte på den annen side viste til begrenset sammenheng mellom nevrotisme og stress. Videre i artikkelen ble deltagerne som falt fra i studiet, av ulike grunner, sammenlignet med de gjenværende deltagerne. De frafalte deltagerne var de yngre kvinnene som viste tegn på større depressive symptomer. Sammen med passiv mestring ble det også rapportert mindre grad av sosial støtte, samt høyere nevrotisme hos de kvinnene som valgte å ikke fortsette i studiet. Aktive mestringsstrategier ble derimot negativt assosiert med symptomer på fødselsdepresjon, men dette bare i uke 8. Konklusjonen sier at ved en tidlig identifisering av fødselsdepresjon, bør kvinnene kartlegges og inkluderes i en evaluering av sosial støtte, mestringsstrategier, nevrotisme og livshendelser.

Denne artikkelen er relevant i denne oppgaven da den tar for seg mange viktige elementer som blir en viktig del i drøftingen senere i oppgaven. Studiet tar også for seg kartlegging som EPDS.

4.1.6 Forskningsartikkel 6

Den sjette og siste forskningsartikkelen er, «Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships» skrevet av Keshia M. Reid & Miles G. Taylor (2015). Hensikten med dette studie er å se sammenhengen mellom sosial støtte, stress og kvinners mentale helse under graviditet og tiden etter fødselen. Det er blitt brukt en kvantitativ metode i denne artikkelen hvor de bruker data fra to ulike studier. Studiet tar for seg ca. 4900 fødsler på 75 forskjellige sykehus i 20 amerikanske byer. Utvalget bestod av 1300 kvinner som er gift og 3600 ugifte kvinner. Funnet i studiet viser at sosial støtte har en beskyttende og er en viktig faktor ved fødselsdepresjon. Dette er sosial støtte i sammenheng med spesielt familie og annen støtte i kvinnens sosiale nettverk. Mangel på sosial støtte og stresseksposering er en utslagsgivende årsak til fødselsdepresjon og mental helse etter fødsel. Konklusjonen tilsier at mengden sosial støtte i kvinnens sosiale nettverk er viktig. I fremtidig forskning bør det vurderes støtte fra individer utenfor det faste partnerskapet, familiært og partneren selv. Det kommer også frem at fremtidig forskning bør inkludere mer omfattende mål for støtte, hvor man bør vurdere kvinner i alle familietyper (gift, ugift, enslig og samboende).

Denne artikkelen er relevant da den tar for seg sammenhengen mellom sosial støtte og fødselsdepresjon, samt viktigheten av familiærstøtte og støtte i nært sosialt nettverk.

4.2 Presentasjon av hovedfunn

Hovedfunnene i de valgte artiklene og studiene viser til flittig bruk av screeningsverktøy, konsekvenser rundt fødselsdepresjon både hos mor og barn, men også de viktige begrepene som er med på å forebygge, forhindre eller lette på depresjonen. Begrepene som gjentar seg i de valgt studiene er EPDS-skjema, sosial støtte, mestring, humør og følelser. I den ene artikkelen blir det også lagt frem ulike metaforer som skal hjelpe kvinnene med å forklare hvordan de opplever de ulike situasjonene. Disse metaforene er også med på å hjelpe sykepleierne å kartlegge kvinnene. Denne oppgaven skal ta for seg kvinner i fertil alder, og derfor har valget av en artikkel som omhandler ungdomsmødre med fødselsdepresjon vært viktig å få med. På bakgrunn av funnene i de valgte artiklene vil oppgaven legge vekt på de nevnte begrepene som gjentar seg i artiklene og som kan bli brukt som et hjelpemiddel for å svare på oppgavens problemstilling. Sykepleietiltakene som vil bli drøftet er, bruk av metaforer, sosial støtte, mestringsstrategier og kartleggingsverktøy.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal oppgavens problemstilling bli besvart ved hjelp av drøfting.

Drøftingsdelen vil bli delt inn i fire ulike underpunkter, bruk av metaforer, sosial støtte, mestringsstrategier og kartlegging. Disse underpunktene er sykepleietiltak som kommer frem som hovedpunktene i de seks forskningsartiklene. Så, «*hvordan kan sykepleiere kartlegge og ivareta kvinner med tegn på fødselsdepresjon?*».

5.1 Bruk av metaforer

Tegn på fødselsdepresjon er ikke alltid være like lett å oppdage. Ifølge Beck (2020) kan sykepleiere og annet helsepersonell, ved bruk av åtte ulike metaforer, hjelpe mødre med fødselsdepresjon til å kommunisere, uttrykke seg og beskrive hvordan de opplever situasjonen de står i. Bruk av metaforer, mener også Natterøy og Rehnsfeldt (2020), kan bidra til en felles forståelse ved eksistensielle spørsmål, i tillegg til å skape et omsorgsfullt felleskap der man kan lindre en eventuell lidelse (s. 254). Eksempler på metaforer som kan bli brukt som et kommunikasjonsverktøy ved fødselsdepresjon, er ifølge Beck (2020), metaforer som beskriver fødselsdepresjonen er som, en tyv, en vegg, en robot, en omsluttende tåke, en vulkan i utbrudd, klypende hud eller som å delta på ett billøp.

Metaforisk tenkning kan uttrykke både negative og positive følelser. Som forsket på i studien til Natterøy og Rehnsfeldt (2020) om metaforer og metaforisk tenkning, kan utfallet ved bruk av metaforer føre til positive og negative følelser hos pasienten. På den ene siden kan metaforisk tenkning uttrykke opplevelser ved uutholdelig lidelse, som fortvilelse, frykt, håpløshet og der man kunne oppleve å være deprimert. På den andre siden kunne det oppleves og gi uttrykk for vekst, håp, felleskap og styrke. Videre forteller Natterøy og Rehnsfeldt (2020) at konsekvensene rundt metaforisk tenkning og metaforer har med måten den brukes på, som både kan være helsedempende og helsefremmende konsekvenser (s. 254).

I likhet med det Beck (2020) skriver i sin artikkel, så er viktigheten av kommunikasjon mellom pasient-sykepleier og annet helsepersonell viktig. På en annen side forteller Natterøy og Rehnsfeldt (2020) at oppmerksomt bruk av metaforer kan være en fundamental handling når det gjelder å bringe omsorgsfull kommunikasjon til et nytt nivå, dette i form av å skape et felleskap og at en ny livsforståelse kan senere oppstå (s. 254).

Sammensetningen av sykepleier og pasient i empowermentprosessen betyr at den består av to ulike eksperter. Pasienten er ekspert på seg selv og om sitt eget liv, mens sykepleieren er ekspert på det faglige. Et slikt samarbeid er viktig da pasienten skal kunne være med på å medvirke, bli lyttet til og bli tatt på alvor, samt å være delaktig i sin egen bedringsprosess (Tveiten, 2020, s. 239-243). Ut ifra Tveiten (2020) beskriver Benner og Wrubels omsorgsteori at pasienten er ekspert på seg selv, de forklarer at et menneske er en selv-fortolkende person som formes, og som former seg selv. Benner og Wrubels omsorgsteori handler om å være et omsorgsfullt mellommenneske og om å bry seg og ha tillit til andre, samt å yte og motta hjelp og skape den tilliten slik at en føler seg brydd om. Videre forteller Benner og Wrubel at det hele tiden skjer forandringer i de omstendighetene mennesker befinner seg i. Dette i forbindelse med nye, men også ukjente situasjoner (Benner & Wrubel, 1989, sitert i Kirkevold, 1998, s. 200-202). Med tanke på at pasienten er sin egen ekspert, og ut ifra Benner og Wrubels teori, så er god kommunikasjon og relasjon til sykepleier og annet helsepersonell viktig. I sammenheng med dette kan sykepleietiltak som å skape relasjoner, god kommunikasjon og gi god omsorg være med på å gi støtte i en ellers forandret hverdag og i den nye og ukjente situasjonen foreldrene nå står i (Lindberg, 2022, s.188-191).

5.2 Sosial støtte

Kvinner kan ikke få barn før den fertile alderen, som er etter at man har kommet i puberteten og frem til kvinnen er kommet i overgangsalderen. En partner, familie, venner og andre eventuelle støttespillere er viktig, og spesielt ved tegn på og/eller utvikling av fødselsdepresjon. I artikkelen til Dinwiddie et al. (2017) blir det presentert og diskutert rundt begrensningen og mangelen på sosial støtte hos unge mødre (18 år og yngre) med fødselsdepresjon. Ut ifra artikkelen kom forfatterne frem til at fødselsdepresjon er mer utbredt hos unge mødre enn hos voksne mødre. På den ene siden blir det lagt fram at tidligere depresjon, eventuelt misbruk, lavere økonomisk status og fraværende sosial støtte fra familie og venner øker risikoen for fødselsdepresjon betydelig. På en annen side viser også studiet til stor forskjell på de kvinnene som fikk hjelp og støtte fra skolen, noe som gjorde at risikoen for fødselsdepresjon ble betydelig redusert nettopp på grunn av forebyggende behandling og sosial støtte fra skolesystemet (Dinwiddie et al., 2017).

Sosial støtte er et sentralt begrep innen mestring av ulike livshendelser. I boken, «Forståelse av mennesker», skriver Renolen (2015) at mennesker er avhengig av at noen støtter oss

gjennom hele livet. Sosial støtte kan deles inn i to forskjellige innfallsvinkler, den objektive, som er den tilgjengelige støtten fra familie, venner og andre, og subjektive støtten som er personen selv sin opplevelse av støtten. Dersom en person er i en vanskelig livssituasjon, er sosial støtte et viktig og verdifullt tiltak. Kvantitet og kvalitet i sosiale nettverk er forskjellig, i forskjellige krisesituasjoner har mange opplevd at deler av nettverket sitt, har valgt å trekke seg unna. Det er da man ser hvem som virkelig framtrer som virkelige venner. Det finnes ulike former for sosial støtte. At støtten er håndgripelig, betyr at støtten er godt ment, men blir oppfattet som ikke relevant av mottager. Vurderingsstøtte er en form for støtte der situasjonen kan sees på fra en annen synsvinkel. Emosjonellstøtte er støtte hvor en mottar sympati, verdsettelse, aksept og økt opplevelse av tilgjengelighet, i tillegg til at følelsen av å føle seg elsket blir sterkere (Renolen, 2015, s. 175-176). Sosialnettverksstøtte har mye å si ved alvorlige livshendelser og kriser, og blir derfor sett på som et nøkkelement ved empowerment, rehabilitering og mestring. Sosial nettverksstøtte kan forklares som en økonomisk, emosjonell og praktisk hjelp, samt kommunikasjon med andre individer som familiemedlemmer, nabo, venner og kollegaer. Sosial støtte er også svært viktig både for personers fysiske og psykiske helse og livskvalitet (Hauken, 2018, s. 192-193).

Sosial støtte er en viktig prosess for foreldre gjennom hele svangerskapet, fødselen og barseltiden. Dette gjelder også sykepleiere og annet helsepersonell på barsel/fødeavdelingen. I følge Benner og Wrubel er sykepleiers oppgaver å støtte og hjelpe pasientene til å skape forståelse og mening i situasjonen pasienten står i. Videre forteller de at ved å tolke og delta på de viktige sidene rundt situasjonen, så blir disse meningene formet. Benner og Wrubel uttrykker også at sykepleierne skal kunne hjelpe pasientene med å mobilisere håp, ved hjelp av de sosiale åndelige og de følelsesmessige ressursene pasientene har tilgjengelig (Brenner & Wrubel, 1989, sitert i Kirkevold, 1998, s. 208). En helsefremmende fødsels- og barselomsorg legger til rette for å fremme den normale fødselsprosessen og den kommende barseltiden. I løpet av de siste årene har liggetiden og barseloppholdet, ifølge Haugan og Rannestad (2018) på sykehus blitt redusert betraktelig, sett bort i fra kompliserte fødsler (s. 147). Korte barselopphold fører til et større sprik mellom utskrivelses tidspunktet av mor og det nyfødte barnet, til oppfølging fra helsestasjonen. Et slikt sprik uten oppfølging kan påvirke familiens helse negativt. Helsetjenestenes oppgave er å styrke familiens egen støtte og ressurser, og avdekke om disse ressursene svikter eller er få, samt å ha oppmerksomhet på familiens mestringsmuligheter (Haugan & Rannestad, 2018, s. 147). Ifølge Lindberg (2022) er sosial støtte med på å minske risikoen på vedvarende nedstemthet, og der forståelse og omsorg

sammen med sosial støtte fra omgivelsene er viktig for kvinnens økte følelsesnærhet, noe Arnold og Kalibatseva (2020) er enige i, i sin artikkel. Videre informerer de nevnte forfatterne at sosial støtte opptrer som en beskyttende faktor mot fødselsdepresjon, der økt sosial støtte gir redusert depresjon og angst symptomer, samt redusert press på mødre. Videre i artikkelen kommer de også frem til at det økte presset hos mødre, samt perfektjonisme, henger sammen med mangel på sosial støtte og veiledning. Dette så Arnold og Kalibatseva (2020) ut ifra fire ulike hypoteser der de så på sammenhengen mellom sosialstøtte, perfektjonisme, fødselsdepresjon og angstsymptomer (Arnold & Kalibatseva, 2020). Sammenheng med ulike faktorer er også noe som blir sett på i artikkelen til Slomian et al. (2019). Her ser forfatterne på hvilke konsekvenser som kan oppstå av mors fødselsdepresjon og hvordan det kan påvirke barnet. Videre og ut ifra 122 ulike studier kom de frem til at fødselsdepresjon hos mor, ikke bare påvirke mor selv, men også det nyfødte barnet. Konsekvenser av dette kan påvirke barnet med blant annet vansker på utviklingen atferdsmessig, det språklige, den fysiske helsen, søvn, det motoriske og de kognitive, og ikke minst det sosiale. Mor-barn relasjonen vil også bli påvirket, tatt dette i betraktning kan man assosiere sosial støtte, relasjonsvansker og lavere sosial funksjon med fødselsdepresjon. Videre forteller Slomian et al. (2019) at det er store forskjeller på det sosiale på de deprimerte og de ikke deprimerte mødre. I likhet med Arnold og Kalibatseva (2020) diskuterer Slomian et al. (2019) viktigheten av den beskyttende effekten sosial støtte har på fødselsdepresjon. I tillegg blir det forklart at mors «self-efficacy» blir stimulert av sosial støtte, som også er en nøkkelrolle i prosessen som nybakte foreldre (Slomian et al., 2019).

Giftede kvinner og samboende er ofte mer stabil både økonomisk, og har lavere gjennomsnittsverdier av depresjon i motsetning til ugifte og enslige, noe som kommer tydelig frem i artikkelen til Reid og Taylor (2015). Det er store forskjeller på mødre med fødselsdepresjon utifra deres familiære status og i forhold til hvilken grad av sosial støtte kvinnene får. Det blir i tillegg drøftet i artikkelen at giftede og samboende opplevde støtte fra en intimpartner, noe som enslige kvinner ikke opplever og hadde en mer fraværende partnerstøtte. Sosial støtte fra venner og annen familie varierer også, men igjen opplever her giftede og samboende kvinner en mer økt støtte. Tatt dette i betraktning gir intim partnerstøtte, vennestøtte og familiestøtte betraktelig mindre risiko for fødselsdepresjon. Dette uavhengig av familiestatus (Reid & Taylor, 2015).

5.3 Mestringsstrategier

Mestring er det som skjer her og nå i den aktuelle situasjonen, samt det å forholde seg til tidligere erfaringer. I boken «Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis», skriver Gammersvik og Larsen (2018) at sykepleiers oppgave først og fremst er med på å hjelpe pasientene til å forstå situasjonen, hva sykdomsbilde krever av personen og for å hjelpe pasienten til andre og nye måter å mestre livet i det aktuelle tidspunktet (s. 119). Ifølge Kirkevold (1998) beskriver Benner og Wrubel i deres teori at mestring er et vesentlig begrep der de forklarer forholdet mellom mestring og stress (s. 203). Videre blir det forklart at mestring blir sett på som en løsningsmetode for å fikse skaden stresset har påført. Dette i form av brudd i forståelse, mening og uhemmet funksjon. Benner og Wrubel forteller videre at mestring ikke kan være et fritt valg fra en liste av effektive og ineffektive mestringsstrategier, men heller at mestring er de meningene og problemstillingene som en person opplever som stressende (Benner & Wrubel, 1989, sitert i Kirkevold, 1998, s. 203).

Sosial støtte er et viktig begrep og en ressurs for mestring. I følge Gutièrrez-Zotes et al. (2015) er mestringsstrategier med på å identifisere mors nye rolle etter fødsel, dette sammen med sosial støtte og tidligere erfaringer med stress. Det å først og fremst føle seg elsket, ivaretatt og verdsatt av andre er en viktig del av det sosiale nettverket. Videre tar Gutièrrez-Zotes et al. (2015) for seg forholdet mellom aktive og passive mestringsstrategier sammen med nevrotisisme, opplevd stress, sosial støtte og tegn på fødselsdepresjon. Noe som også kommer frem i artikkelen, er at det er en betydelig sammenheng mellom passive mestringsstrategier og tegn på fødselsdepresjon i uke 8 og uke 32 etter fødsel. Ved hjelp av en strukturell ligningsmodelleringsanalyse (SEM) blir mors sårbarhet under fødselsdepresjon testet. Dette på bakgrunn av stressende livshendelser, sosial støtte, angst, mestringsstrategier, nevrotisisme og tegn på fødselsdepresjon. Gutièrrez-Zotes et al. (2015) kom deretter frem til at passive og unnvikende mestringsstrategier relaterer til tegn på fødselsdepresjon. Videre kommer det frem at den passive og unnvikende mestringsstrategien medfører et kognitivt forsøk på å aktivt unngå å møte problemer og/eller atferd for å indirekte redusere følelsesmessig stress. I motsetning til passiv og unnvikende mestringsstrategi er aktiv mestringsstrategi den direkte håndteringen av problemene. På den ene siden består aktiv mestringsstrategi av humor, aksept og sosial støtte, men på den andre siden består passiv og unnvikende mestringsstrategi imidlertid om fornektelse, selvdistraksjon og følelsesmessig utladning (Gutièrrez-Zotes et al., 2015).

Som sitert i Tveiten (2018) forklarer Lazarua og Folkman (1984) at mestring er den «kognitive og atferdsmessige anstrengelser rettet mot å håndtere indre og/eller ytre krav som personen oppfatter som krevende» (s.141). Mestring handler om hvordan en person klarer å håndtere en stressende livssituasjon, herunder egne ferdigheter, tilgang på kunnskap, sosiale ressurser, hjelpere, utstyr og det å ha evnen til å utnytte dette (Tveiten, 2018, s. 238). Mødrenes mestringsstrategier assosierer Slomian et al. (2019) positivt i artikkelen med mors «self-efficacy». I tillegg kommer det frem at det følelsene ikke alltid er like bra hos barselkvinner, men at det er mange som føler på frykt og angst da livet plutselig blir snudd på hodet (Slomian et al., 2019). Møte og håndteringen av psykisk stress, atferd, følelser og tanker omhandler også mestring. Mestring er summen av både indre ressurs/energi og handlingsevne, samt hvordan personer møter slitsomme livssituasjoner for å finne igjen meningen med livet. Videre handler det også om å tolerere og kontrollere den belastningen disse personene kan bli utsatt for (Haugan & Rannestad, 2020, s. 142-143).

5.4 Kartleggingsverktøy

Som tidligere nevnt er det ikke alltid like lett å oppdage tegn på fødselsdepresjon, og heller ikke så lett å skille slik depresjon fra nedstemthet, barseltårer og humørsvingninger. Det blir derfor benyttet et skjema eller en screening kalt Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), se vedlegg 3, som blir brukt for å fange opp fødselsdepresjon hos kvinner med symptomer. Skjemaet består av 10 spørsmål som må besvares, kvinnene får deretter poeng etter hvordan de svarer på skjemaet og utifra svarene kan man se om kvinnen har symptomer på fødselsdepresjon (Brudal, 2000, s. 100). Om en kvinne har fødselsdepresjon, er det til stor hjelp om noen er til stede for dem og hører på de vanskelige følelsene de har, samt å vise forståelse for følelsene. Ifølge Lindberg (2022) er det ofte både negative og positive følelser som sorg, skam, stolthet og glede. Det viser seg også å være til god hjelp for nybakte mødre å få snakket om fødselen med helsepersonellet som var til stede under fødselen. Den aller beste medisinen er å ikke bagatellisere opplevelsene, men heller gi dem oppmerksomhet. Dersom følelsene blir avvist, vokser problemene og man kan oppleve å bli mer trist og ensom. Lyttende tilstedeværelse, tid og tålmodighet fra en som tåler følelsene de står oppi enten det er sykepleiere, annet helsepersonell, pårørende eller andre som står dem nært er svært viktig (Lindberg, 2022, s. 188-191).

Kartlegging, screening og behandling ved fødselsdepresjon er blant unge mødre mer utfordrende enn hos voksne. Ifølge Dinwiddie et al. (2017) er en mer aldersspesifikk screeningsverktøy mer nyttig for unge mødre enn det validerte screeningsverktøyene som EPDS er, og blir derfor ikke benyttet hos dem. Screening i form av spørreundersøkelser der man kan se på mangel på interesse eller nytelse, screening av somatiske plager, samt screening rundt sosial støtte og medisinske tjenester var noe av screeningen Dinwiddie et al. (2017) la frem som mer relevant screening for unge mødre. Studiene fra artikkelen til Nygård et al. (2011) tar også for seg bruken av EPDS skjema, men tar også for seg kartleggingsverktøy som aktiv lytting og der kvinnene hadde muligheter for å kunne fortelle om sine opplevelser og følelser. For det første viste studiet til Nygård et al. (2011) at kartlegging og oppfølging hadde et grunnlag av vitenskapelig kunnskap hos kvinner med fødselsdepresjon. For det andre viste studien til at bruken av denne vitenskapelige kunnskapen måtte være omsorgsfull og ikke bare det tekniske og instrumentelle. Kartleggingen måtte derfor ifølge Nygård et al. (2011) kombinere sykepleiens kunstdimensjon sammen både med det omsorgsfulle, det tekniske og instrumentelle.

Kartlegging og screening som EPDS kan også være et godt og hensiktsmessig tiltak ved fødselsdepresjon. I motsetning til artiklene til Nygård et al. (2011) og Dinwiddie et al. (2017), kom det frem i artikkelen til Eberhard-Gran et al. (2014) at bruken av EPDS skjema hadde en positiv effekt i forskjellige internasjonale studier. Flere land anbefaler også denne formen for screening hos kvinner med fødselsdepresjon. Det ble imidlertid konkludert med at det bør komme mer kunnskap om alternative oppfølgingsmodeller, samt effekten av dem. Dette på grunn av mangel på brukerundersøkelser rundt bruken av EPDS skjema og mangel på hvordan blant annet norske kvinner opplevde denne kartleggingen (Eberhard-Gran et al., 2014, s. 299-300)

6.0 Konklusjon

I dette litteratur studiet og gjennom systematisk søk har jeg funnet et utvalg av relevante artikler og annen relevant litteratur som har bidratt til å svare på hvordan sykepleie kan kartlegge og ivareta kvinner med tegn på fødselsdepresjon. Først og fremst vil jeg påpeke at god kommunikasjon og sosial støtte fra både familie, venner og helsepersonell er viktige virkemidler og tiltak for å kunne forebygge og behandle kvinner med fødselsdepresjon. Samtidig kan man se at det er store forskjeller på sosial støtte avhengig av hvilken familie status og alder mødrene har.

Leseren kan også se at bruken av kartleggingsverktøy som EPDS ikke ga like god effekt hos unge mødre som hos voksne mødre. Så, kan bruk av metaforer være den nye formen for kartlegging innen fødselsdepresjon? Mye tyder på at man da kan få i gang en god kommunikasjon med mødrene der de får uttrykket seg både følelsesmessig, men også psykisk. Det er enklere for sykepleiere og annet helsepersonell å forstå hvordan mødrene faktisk har det, og det er da lettere å behandle og hjelpe mødrene med tegn eller utviklet fødselsdepresjon.

Sykepleiere er i kontakt med kvinner på barsel-/fødeavdeling fra de kommer til avdelingen, til de har født og reist hjem igjen. Den tiden kvinnene er på barsel-/fødeavdeling er blitt kortere enn tidligere, noe som gjør det er mer utfordrende å ivareta, veilede, kartlegge og følge opp kvinner etter fødsel. Det er derfor viktig med kommunikasjon og veiledning så tidlig som mulig, for å forberede kvinnene best mulig for tiden som kommer, samt å skape relasjon, tillit og mestringsfølelse hos mødrene. Dette for å redusere risikoen for utvikling på fødselsdepresjon og man kan tidlig observere og oppdage tegn hos kvinnene tidligere.

Ut ifra drøftingen trengs det mer forskning rundt temaet og spesielt hos unge mødre. Det bør også utarbeides bedre kartleggingsverktøy og oppfølgingsmodeller som kan hjelpe å kartlegge kvinnene med tegn på fødselsdepresjon bedre. Sosial støtte må også i større grad fokuseres på, da man kan lese i drøftingen at det har en stor påvirknings kraft og gir en beskyttende effekt.

Referanseliste

- Arnold, M. & Kalibatseva, Z. (2021). Are "Superwomen" without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women & Health*, 61(2), 148–159.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Beck. (2020). Mother–Infant Interaction During Postpartum Depression: A Metaphor Analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(2), 108–116.
<https://doi.org/10.1177/0844562119897756>
- Brudal, L.F (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget.
- Cox, J.L., Holden, J.M & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. <https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/epds/epds-formular-norwegian.pdf>
- Dalhaug, R.E. (2022). Barseltiden. I M. Eriksen (Red.), *Spedbarns boken* (56. utg., s. 15-16). Sandviks AS.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2021) *Metode og oppgaveskriving: Kunnskapskilder og kildekritikk* (7. utg., s. 143-166). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dinwiddie, K.J., Schillerstrom, T. L., & Schillerstrom, J. E. (2018). Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 39(3), 168–175. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>
- Eberhard-Gran, Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134(3), 297–301.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0068>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 03. februar). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtprioden*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 112-134). Fagbokforlaget.

Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Gornemann, I., Canellas, F., Gratacós, M., Guitart, M., Roca, M., Costas, J., Luis Ivorra, J., Navinés, R., de Diego-Otero, Y., Vilella, E., & Sanjuan, J. (2015). Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach. *European Psychiatry*, 30(6), 701–708.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.001>

Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 135-156). Fagbokforlaget.

Hauken, M.A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 179-200). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: National faglig retningslinje for barselomsorgen*. Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2018, 09. november). *Fødselsdepresjon*. Helse Norge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/fodselsdepresjon/>

Henriksen, T. (2010). *I mors liv: Svangerskap, fosterliv og helse*. Cappelen Damm.

- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lindberg, A. (2022). Nedstemthet etter fødsel. I M. Eriksen (Red.), *Spedbarns boken* (56.utg., s. 188-191). Sandviks AS.
- Natterøy, & Rehnsfeldt, A. (2020). The Use of Metaphors in Caring Communication. *International Journal for Human Caring*, 24(4), 245–256.
<https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-19-00052>
- Nygård, Nåden, D., & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Vård i Norden*, 31(1), 34.
- Reid, K.M. & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246–262. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044–1745506519844044.
<https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Storrusten, K. (2017). *Barsel: Dikt*. Tiden Norsk Forlag.
- Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

Vedlegg

VEDLEGG 1 – INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

	Kriterier	Oppklaring
Inklusjon	Fødselsdepresjon / postpartum depression	Artikkelen må handle om fødselsdepresjon for at den i det hele tatt skal svare på oppgaven og problemstillingen
	Sykepleieperspektiv	Artikkelen må ta for seg tiden der sykepleiere har kontakt med mor og barn. Oftest i tiden etter fødsel, barsel på sykehuset. Det er derfor viktig at artikkel er fra et sykepleiers perspektiv og ikke jordmors- eller helsesykepleiers perspektiv.
	Ikke eldre enn 10 år	Forskning og studie fornyes hele tiden og det er derfor viktig at man ikke har alt for gammel forskning da denne kan gi feil informasjon på grunn av nyere forskning. Har derfor satt en tidsbegrensing på maksimalt 10 år.
	Språk: Norsk, engelsk, dansk, svensk	For å finne ut hvilke artikkel som er relevant for oppgaven så må den ha blitt skrevet på en forståelig

		måte. Språket på artikkelen er derfor viktig for at vi skal kunne lese igjennom om den er godt skrevet og om den er relevant.
	Kvinnene må være i fertil alder	Artiklene må ha med kvinner i fertil alder da det er i dette aldersspennet man kan bli gravid og utvikle fødselsdepresjon. Fra man kommer i puberteten og får menstrasjon til man kommer i overgangsalderen og minster menstrasjonen. Ca alder 15-50 år
	IMRaD-struktur	Artiklene må oppfylle kravene til en forskningsartikkel
Eksklusjon	Må ikke ha en jordmor eller helsesykepleiers perspektiv	Jordmor og helsesykepleier har mye av ansvaret for mor og barn både i svangerskapet, fødsel og barsel
	Artikkel som ikke svarer på problemstillingen	Artikkelen må kunne svare på problemstillingen og er til hjelp for å drøfte
	Artikkelen må studier og helsevesen som er likt som i Norge	Må ha like vilkår som i Norge, samt likt helsesystem

VEDLEGG 2 - LITTERATURMATRISE

Litteraturmatrise					
Nr.	Tittel / forfatter (år)	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
1	«Mother-Infant Interaction During Postpartum Depression: A Metaphor Analysis» Forfatter Cheryl T. Beck (2020)	Identifisere ulike metaforiske uttrykk	Kvalitativ metode	31 deltakere	Identifisert 8 forskjellige metaforer som beskriver fødselsdepresjon, og som kan være til god hjelp for sykepleiere
2	«Postpartum depression in adolescent mothers» Forfattere Katharine J. Dinwiddie, Tracy L. Schillerstrom & Jason E. Schillerstrom, (2017)	Beskrive befolkningshelsen (epidemiologi), risikofaktorer, behandling og prognose hos ungdom med fødselsdepresjon	Kvantitativ metode	57 relevante artikler hentet fra Medline-litteratursøk publisert mellom 1996-2015	Det er behov for mer tilfeldige kartlegginger for å etablere en best mulig standardiserte metoder for vurdering og behandling av unge mødre med fødselsdepresjon
3	«Consequences of maternal postpartum	Evaluerer konsekvensene av ubehandlet	Kvantitativ metode	Totalt 122 studier ble inkludert i	Fødselsdepresjon hos mødre påvirker både

	depression: A systematic review of maternal and infant outcomes» Forfattere Justine Slomian, Germain Honvo, Patrick Emonts, Jean-Yves Reginster & Olivier Bruyère, (2019)	fødselsdepresjon hos både spedbarn og mor		dette studiet	mor og barn negativt i opptil 3 år. Noe som også ga negative konsekvenser på både mødrenes psykiske helse og livskvalitet, men også interaksjoner med spedbarnet, partnere og pårørende
4	«Are «Superwoman » without social support at risk for postpartum depression and anxiety?» Forfattere Molly Arnold & Zornitsa Kalibatseva, (2020)	Undersøke om sosial støtte kunne være en beskyttende faktor mot perfeksjonisme, fødselsdepresjon og angst.	Kvantitativ studie	596 kvinner med fødselsdepresjon. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 30,89 år og deres spedbarn var i gjennomsnitt 169,44 dager gamle	Studie kom frem til 4 ulike hypoteser som tok for seg hvordan sosial støtte var med på å påvirke fødselsdepressive og angst symptomer og perfeksjonisme
5	«Coping strategies and	Ser på hvordan personligheten	Kvantitativ studie	1626 kvinner deltok i	Nevrotisisme og stress hadde en

	<p>postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach»</p> <p>Forfattere A. Gutiérrez-Zotes, et al. (2015)</p>	<p>hos mor, sosial støtte, mestringsstrategier og ulike stressende hendelser ble assosiert med symptomer på fødselsdepresjon etter uke 8 og uke 32 etter fødsel</p>	<p>(longitudinell studie, uke 8 og uke 32 etter fødsel)</p>	<p>studiet. Gjennomsnittsalderen på kvinnene som deltok var på 31,8 år</p>	<p>klar sammenheng. I en tidlig identifisering av potensiell risiko for fødselsdepresjon, så bør kvinnene kartlegges og inkludere evaluering av sosial støtte, mestringsstrategier, nevrotisisme og livshendelser</p>
6	<p>«Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships»</p> <p>Forfatter Keshia M. Reid & Miles G. Taylor (2015).</p>	<p>Se en mulig sammenheng mellom sosial støtte, stress og kvinners mentale helse under graviditet og tiden etter fødselen</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Det tok for seg ca. 4900 fødsler på 75 forskjellige sykehus i 20 amerikanske byer. Utvalget var kvinner som er gift (1300) og ugifte kvinner (3600).</p>	<p>Mangel på sosial støtte og stresseksponeering er en viktig årsak til fødselsdepresjon og mental helse etter fødsel</p>

VEDLEGG 3 – EPDS SKJEMA



Department of Health
Government of Western Australia



THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (TRANSLATION – NORWEGIAN)

Full name: _____ Date : _____

Hvordan føler du deg?

Siden du nettopp har født barn, ville vi gjerne vite hvordan du føler deg for tiden. Sett en strek under svaret som best beskriver hvordan du har følt deg i de siste 7 dagene og ikke bare hvordan du har hatt det i dag. Følgende er et eksempel som allerede er fullført:

Jeg har følt meg lykkelig:

Ja, for det meste

Ja, av og til

Nei, ikke særlig

Nei, ikke i det hele tatt

Dette tolkes som: "Jeg har følt meg lykkelig av og til i den siste uken." Vennligst fullfør svarene på de andre spørsmålene på same måte.

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?
Like mye som vanlig
Ikke riktig så mye som jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Ikke i det hele tatt
2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?
Like mye som vanlig
Noe mindre enn jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Nesten ikke i det hele tatt
3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?
Ja, nesten hele tiden
Ja, av og til
Ikke særlig ofte
Nei, aldri
4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?
Nei, slett ikke
Nesten aldri
Ja, iblant
Ja, veldig ofte

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?
 Ja, svært ofte
 Ja, noen ganger
 Sjelden
 Nei, aldri
6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?
 Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
 Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
 Nei, for det meste har jeg klart meg bra
 Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig
7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?
 Ja, for det meste
 Ja, iblant
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt
8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?
 Ja, det meste av tiden
 Ja, ganske ofte
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt
9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?
 Ja, nesten hele tiden
 Ja, veldig ofte
 Ja, det har skjedd iblant
 Nei, aldri
10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?
 Ja, nokså ofte
 Ja, av og til
 Ja, så vidt
 Aldri

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

(Cox, Holden & Sagovsky, 1987)