



**Høgskulen
på Vestlandet**

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 519

Antall ord: 8998

Støtte og ivareta en nedstemt mor



Hentet 16. mars 2017 fra: <https://checksandspots.com/wp-content/uploads/2015/11/PANDA-Checks-and-Spots.jpg>

Bachelorutdanning i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8998

Sammendrag

Tittel: Støtte og ivareta en nedstemt mor

Bakgrunn: Fødselsdepresjon kan ramme kvinner under svangerskapet og etter fødsel, og hvert år vil anslagsvis 3000-9000 barselkvinner i Norge oppleve moderate til alvorlige depressive symptomer. Depresjon hos moren kan ha både kortvarige og langvarige konsekvenser for henne selv og negative effekter for barnets utvikling. Det anses som sannsynlig at mange av disse kvinnene ikke blir oppdaget og dermed ikke mottar den behandlingen de trenger og har rett på.

Problemstilling: Hvordan støtte og ivareta mor ved symptomer på fødselsdepresjon?

Hensikt: Formålet er å undersøke hva som kjennetegner en mor som får fødselsdepresjon, for så å få økt forståelse for hvordan en som sykepleier kan ivareta og støtte disse mødrene.

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: I det gjennomgåtte studiene har det vist seg at det er viktig med hyppige konsultasjoner både gjennom svangerskapet og i tiden etter fødsel, slik at det blir kontinuitet i barselomsorgen. Fokuset bør være på mødrenes forventinger og behov, og det kom frem at behovet for sosial støtte og å mestre amming var viktige faktorer. Også økt bevissthet hos helsepersonell og deres forståelse for fødselsdepresjon og dens symptomer kom tydelig frem. Tilslutt viktigheten av å bidra til mestring hos mødrene gjennom informasjon og veiledning.

Konklusjon: Det var helt sentralt at sykepleierne hadde tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, og at denne kunnskapen kunne gis videre til mødrene for å øke deres forståelse. Kontinuitet i barselomsorgen var av stor betydning for mødrene og deres opplevelse av støtte og ivaretagelse. Omsorg fra sykepleierne var også helt sentralt. Klarte man som helsepersonell å opparbeide en stabil og trygg relasjon til moren mens hun gikk gravid ville dette også øke muligheten for at hun tok imot videre oppfølging og støtte etter fødselen.

Abstract

Title: Support and care for a melancholy mother.

Background: Birth depression can affect women during pregnancy and after childbirth, and an estimated 3000-9000 maternity women in Norway will experience moderate to severe depressive symptoms. Depression in the mother can have both short-term and long-term consequences for herself and negative effects for the child's development. It is considered likely that many of these women are not detected and thus do not receive the treatment they need and are entitled to.

Research question: How to support and care for a mother in symptoms of postpartum depression?

Aim: To investigate the characterizes of a mother with postpartum depression, in order to gain a better understanding of how a nurse can safeguard and support these mothers.

Method: The Bachelor's thesis is a literature study, in which research and professional literature has been used to elucidate the problem.

Findings: It is important with frequent consultations both through pregnancy and postpartum, so that continuity in maternity care is maintained. The focus should be on the mothers expectations and needs, and it emerged that the need for social support and to master breastfeeding were important factors. Also, increased awareness of healthcare professionals and their understanding of depression and its symptoms were evident. Connect the importance of contributing to mastering through information and guidance.

Conclusion: It was crucial that the nurses had sufficient knowledge of the disease and that this knowledge could be passed on to the mothers to increase their understanding. Continuity in maternity care was of great importance to the mothers and their experience of support and care. As a healthcare professional, working to establish a stable and safe relationship with her mother while she was pregnant would also increase the possibility that she received further follow-up and support after birth.

Forord

Denne Bacheloroppgaven er skrevet av en student ved Høyskolen på Vestlandet, campus Haugesund. Oppgaven er en avsluttende eksamen og utgjør 12 studiepoeng. Prosessen har vært krevende, men også svært spennende og lærerik.

Jeg vil først av alt takke veilederen min Brit Bårdsen Drange for veldig god hjelp, oppfølging og støtte i denne perioden.

Jeg vil også takke høyskolebiblioteket ved høyskolen på vestlandet, campus Haugesund, for alltid å stille opp ved spørsmål som gjelder litteratursøk og forskning. I tillegg til å være svært behjelpelige ved utlån av litteratur til bacheloroppgaven.

Haugesund, april 2017

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 PRESISERING OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING.....	2
1.2 OPPGAVENS DISPOSISJON	2
2.0 TEORI	3
2.1 FØDELSDEPRESJON.....	3
2.2 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV: PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBEL.....	4
2.3 HELSEFREMMEDE TILNÆRMING	4
3.0 METODE	7
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM KVALITATIV METODE	7
3.2 LITTERATURSØK	8
3.3 KILDEKRITIKK.....	8
3.4 METODEKRITIKK.....	9
3.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	10
4.0 RESULTAT	11
4.1 PRESENTASJON AV ARTIKLER	11
4.2 HOVEDFUNN	17
5.0 DRØFTING	18
5.1 IMØTEKOMME MORS FORVENTNINGER OG BEHOV.....	18
5.2 HELSEPERSONELLS BEVISSTHET OG FORSTÅELSE AV SYMPTOMER.....	19
5.3 BIDRA TIL MESTRING GJENNOM INFORMASJON OG VEILEDNING	21
5.4 TILSTREBE KONTINUITET I BARSELOMSORGEN	23

6.0 KONKLUSJON.....	26
REFERANSELISTE.....	27
VEDLEGG I: EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK.....	32
VEDLEGG II: SØKEPROSESSEN	36
VEDLEGG III: EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE	38

1.0 Innledning

Svangerskap og fødsel beskytter ikke mot psykiske vansker og lidelser. Hvert år vil anslagsvis 3000-9000 barselkvinner i Norge være plaget med nedstemthet og depresjon. Forskning viser at de tidlige opplevelsene til sped- og småbarn har stor betydning for barnas videre utvikling. Dette er en av årsakene til at interessen for depresjoner som oppstår i forbindelse med fødsel, har økt (Eberhard-Gran, 2015). En fødsel blir sett på som en gledelig begivenhet. Å bli mor er forbundet med selvrealisering og fremtidshåp. Å føde sitt første barn betraktes som en sentral overgangsperiode i livet. Graviditeten, fødselen og barselperioden medfører både ytre og indre forandringer. Den økte følsomheten som mange kvinner opplever, kan sees på som en forberedelse til de båndene som skal utvikles mellom moren og barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 9-11). Psyken er også mer sårbar, mottakelig og fleksibel enn ellers, og det er vanlig at kvinner er psykisk labile og kjenner på en uro eller nedstemthet. Uroen kan knytte seg til om de klarer de utfordringene det medfører å være mor, om de blir glad i barnet, om barnet er friskt, og om de klarer de økonomiske forpliktelsene det medfører å ha barn (Ulvund, 2010, s. 278-279).

Det er flere faktorer som har spilt inn på mitt valg av tema. Jeg er interessert i hele kvinnehelsen og barn generelt, og etter to dager i observasjonspraksis på en fødeavdeling fikk jeg lyst til å lære mer om dette. Jeg har et ønske om å videreutdanne meg til jordmor og ville derfor velge et tema som kan være aktuelt i den forbindelsen, men som også er aktuelt for meg som sykepleier. Ut i fra dette valgte jeg å skrive om fødselsdepresjon, et tema jeg finner interessant og ønsker å lære mer om, ikke minst hvordan en som sykepleier kan støtte og ivareta mødre som har symptomer på denne lidelsen. Jeg har ingen spesifikk praksiserfaring fra dette feltet, men har hatt en praksisperiode i Sør-Afrika, hvor jordmorfeltet er en del av sykepleierutdanningen. Fødselsdepresjon er et viktig tema for oss som sykepleiere å fokusere på ettersom det forekommer hos svært mange, og fordi det kan ha stor innvirkning på hvordan en person opplever det å bli forelder. Derfor ble min problemstilling slik:

”Hvordan støtte og ivareta mor ved symptomer på fødselsdepresjon?”

1.1 Presisering og avgrensning av problemstilling

Hovedfokuset for oppgaven er hvordan en som sykepleier kan støtte og ivareta mor ved symptomer på fødselsdepresjon. Den helsefremmende tilnærmingen vil bli belyst, og hvordan mestring og empowerment kan spille en rolle. Det understrekes at en sykdomsforebyggende tilnærming også er sentralt for denne oppgaven, men utelates grunnet oppgavens omfang. Kvinner som kan stå i fare for å utvikle fødselsdepresjon og de som har symptomer på dette, kan en finne på jordmorundersøkelser under svangerskapet og på helsestasjoner etter fødselen. Man kan møte dem som kommunejordmor, jordmor ved sykehus eller som helsesøster. Også psykiatriske sykepleiere vil komme i kontakt med denne gruppen. Når det videre i oppgaven nevnes helsepersonell, er det spesialsykepleiere det er snakk om. Når det kun nevnes sykepleiere, er det snakk om de som har en bachelorgrad innenfor sykepleie. For å avgrense oppgavens omfang er det mors fødselsdepresjon som er fokuset, ettersom det er kjent at også far kan ha dette. Det kan også være greit å understreke at kvinnene det er snakk om i denne oppgaven er i fertil alder. Omsorg som teori vil også presenteres ettersom omsorg er helt sentralt for at en som sykepleier skal kunne støtte og ivareta pasienter. Når det gjelder den helsefremmende tilnærmingen er det med fokus på pasientens ressurser og med en positiv holdning til sykdom, her vil mestring og empowerment spille en sentral rolle.

1.2 Oppgavens disposisjon

Aktuell og relevant teori for denne oppgaven blir først belyst i en egen teoridel. Deretter kommer en metodedel hvor oppgavens metode og fremgangsmåte vil bli beskrevet. Datagrunnlaget som skal bearbeides videre i oppgaven blir presentert i resultatdelen. Funn og teori drøftes så opp mot problemstillingen i oppgavens drøftedel, før en avslutningsvis svarer på problemstillingen i konklusjonsdelen.

2.0 Teori

Dette kapittelet begynner med å gi leseren en kort teoretisk forståelse av fødselsdepresjon. Videre blir det teoretiske perspektivet som danner grunnlaget for oppgaven beskrevet. Før kapittelet avsluttes med å beskrive den helsefremmende tilnærming, da med fokus på mestring og empowerment.

2.1 Fødselsdepresjon

Det som kjennetegner en depresjon, er en vedvarende tilstand der hverdagen oppleves som tung og grå. Kvinnen kan føle seg initiativløs og tom, at hun er uten verdi og at alt virker meningsløst. Mange går med et konstant press i brystet og er overfølsomme for smerte eller fysiske endringer i kroppen. Andre vanlige reaksjoner er konsentrasjonsvansker, beslutningsvegring, samt appetitt- og søvnforstyrrelser, ekstrem trøtthet og mangel på energi. Økt grad av uro og angst utgjør ofte en del av symptombildet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 14-15). Det er viktig å skille mellom normale svingninger i psyken og tidlige symptomer på mer alvorlige angst- eller depresjonstilstander, slik at kvinnene får et adekvat tilbud. Depresjon hos moren kan ha både kortvarige og langvarige konsekvenser for henne selv og negativ effekt på barnets utvikling. Fra en firedel til en tredel av fødselsdepresjonene begynner i svangerskapet, og det er påvist en sikker sammenheng mellom depresjon tidlig i svangerskapet og fødselsdepresjon (Ulvund, 2010, s. 278-279).

Tradisjonelt er de følelsesmessige tilstandene i barselperioden blitt gruppert i tre kategorier: barseltårer, barseldepresjon eller fødselsdepresjon og barselpsykose. Barseltårer er en normal og forbigående følelsesmessig tilstand som opptrer hos 50-80 prosent av alle nybakte mødre, og som varer i to-tre døgn. Man regner med at hovedårsaken er hormonelle faktorer. En barseldepresjon eller fødselsdepresjon inntreffer etter fødsel. Den kan variere i alvorlighetsgrad, fra en lett til mer uttalt depresjon. En deprimert barselkvinne kan bli mer likegyldig når det gjelder å amme og stelle barnet, mer ufølsom for barnets signaler og behov, og det er ikke uvanlig at disse kvinnene plages av vonde tanker og fantasier om å miste kontrollen. I verste fall kan de komme til å skade seg selv eller barnet. Mange opplever også skyldfølelse og skam over å komme til kort i ansvaret og omsorgen denne rollen som mor medfører. En barselpsykose er en akutt psykotisk reaksjon som vanligvis inntreffer like etter eller i løpet av de første ukene etter fødselen. Tilstanden kan kreve innleggelse på psykiatrisk avdeling (Eberhard-Gran, 2015).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv: Patricia Benner og Judith Wrubel

Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsfilosofi er en teoriutvikling med utgangspunkt i sykepleiepraksis, hvor de ser på klare sammenhenger mellom bestemte begreper som stress, mestring, sykdom, helse og velvære. Omsorg er en grunnleggende måte å være i verden på, og er primærkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse av sunnhet og sykdom. En sykepleier viser omsorg for mennesker i sunnhet, smerte, tap, frykt, skade, død, sorg, vekst og fødsel. Omsorg har den betydning at andre personer, begivenheter, prosjekter og materielle ting betyr noe for mennesker. Begrepet omsorg brukes til å beskrive et bredt spektrum av relasjoner, og har en svært sentral plass i effektiv sykepleiepraksis i det at den setter sykepleieren i stand til å se hvilke tiltak som hjelper. Denne kunnskapen er nyttig som veiledning i videre pleie. Å vise omsorg får sykepleieren til å legge merke til tegn på forbedring eller forandring i pasientens tilstand. Altså er god menneskelig kontakt mellom pleier og pasient viktig for å etablere et gunstig behandlingsklima. God omsorg skaper tillit og gjør at pasienten lettere drar nytte av hjelpen som tilbys. Omsorg forstås alltid i en kontekst. For eksempel når situasjonen krever teknisk dyktighet, blir nettopp denne dyktigheten opplevd som omsorg. Når pasientsituasjonen ikke krever tekniske handlinger, er det de mellommenneskelige handlingene, at pleieren ser pasienten som individ, som oppleves som omsorg (Benner & Wrubel, 2003, s. 14-30).

2.3 Helsefremmende tilnærming

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som ”en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte”. Definisjonen på helsefremmende arbeid ble utarbeidet av WHO i 1986 og lyder slik: ”helsefremmende arbeid er den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse”. For å oppnå en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og realisere mål, tilfredsstille behov og endre eller takle omgivelsene. Helse er derfor sett på som en ressurs for hverdagslivet, ikke selve målet med livet. Helsefremmende arbeid er ikke bare helsesektorens ansvar og begrenser seg ikke til en sunn livsstil, men tar også i betraktning velvære (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012, s. 26).

Helsefremmende arbeid legger vekt på hvordan enkeltindividers valg er begrenset av forhold som er utenfor deres kontroll. En skal styrke mennesker til å ta kontroll over sin egen helse og bygge opp enkeltindividers og lokalsamfunns evne til å identifisere og løse helseproblemer,

som de selv ser på som viktige (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012, s. 27-28). Helsefremming i sykepleie handler om alle de tiltak som rettes mot at mennesket skal oppnå mestring av egen helse slik at sykdom unngås eller helseproblemer reduseres, eller slik at mennesket hjelpes til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvenser av disse på best mulig måte. Sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid handler i stor grad om samhandling med pasienten, for eksempel i form av veiledning, hvor hensikten er å legge til rette for å styrke pasientens kompetanse innen mestring (Tveiten, 2014, s. 173- 176).

MESTRING:

Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som en ”kognitiv og atferdsmessig anstrengelse, som er under konstant forandring og sørger for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes å være krevende eller som overstiger personens ressurser og truer velvære”. Mestring handler om den måten man håndterer stressende livshendelser på. En kan si at stress og mestring henger sammen. Når mestringen er ineffektiv, vil stressnivået være høyt, og når mestringen er effektiv, vil stressnivået typisk være lavt. Men en må være forsiktig med å legge frem dette som et entydig prinsipp. God mestring betyr som regel at man i varierende grad presser seg selv, noe som igjen kan medføre større potensial for stress, også om man er god til å håndtere dette. Under alle omstendigheter er mestring et avgjørende aspekt ved stress og følelsesreaksjoner. Det finnes ingen universelt effektiv mestringsstrategi, virkningen avhenger av personen, trusselen, stresset og resultatet, altså den subjektive trivsel, den sosiale funksjonalitet og den somatiske tilheling (Lazarus, 2006, s. 128-157).

Lazarus og Folkman skiller i hovedsak mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves som stressende, problemfokustert mestring og emosjonsorientert mestring. Problemfokusterte mestringsstrategier kjennetegnes av tiltak som fokuserer på problemløsning. Personen angriper her problemet direkte og på en aktiv måte. Tiltak som å endre tilgang på ressurser ved å søke støtte og hjelp, endre livsstil eller rutiner, eller redusere ytre årsaker til stress, samt å senke egne ambisjoner, søke informasjon og kunnskap, eller lære nye ferdigheter er eksempler på problemorientert mestring. Ved emosjonsorientert mestring prøver en å endre opplevelsen av situasjonen, i stedet for selve situasjonen. Dette kan oppnås gjennom mestringsstrategier som unngåelse av situasjoner eller informasjon, eller distansere seg fra aktuelle problemer. Andre strategier kan være fysisk aktivitet, bruk av medikamenter eller alkohol. Lazarus og Folkman hevder at en mestringsstrategi i seg selv ikke kan betegnes som god eller dårlig, men må sees i sammenheng med den prosessen personen er i. I forsøk på

å mestre stresset veksler en gjerne mellom problemorienterte og emosjonsorienterte mestringsstrategier (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141-180).

EMPOWERMENT:

Empowerment kan defineres som å oppnå kontroll over eget liv. Det vil si å oppnå kontroll over de kritiske og avgjørende faktorene, som holder mennesker fast i undertrykkelse eller avmakt, når de ikke har kontrollen. Det siktes mot en tilstand hvor mennesker oppnår en fornemmelse av kontroll og en meningsfull tilværelse (Andersen, Brok & Mathiasen, 2012, s. 14). Det er viktig at en som sykepleier er klar over den makten en som profesjonell har, og at kunnskapen en sitter på kan brukes som verktøy i empowermentprosessen. For å oppnå dette må en gi opp makten en har som profesjonell og overføre denne til pasienten, slik at hun oppnår større makt. Dermed blir sykepleieren pasientens samarbeidspartner (Gibson, 1991). I følge Tveiten (2014) understreker begrepet betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon. Empowerment fremmes i situasjoner som preges av fellesskap, tillitt, trygghet og gode relasjoner. Personer som er i en avmaktposisjon skal gjennom empowermentprosessen, ved hjelp av maktfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Gjennom denne mobiliseringen av kraft skal man bli i stand til å motarbeide krefter som holder en nede, og få mer kontroll og styring i eget liv. En må selv være aktiv i prosessen, og sykepleiere og andre fagfolk kan dermed kun være hjelpere og samhandle med pasienten i empowermentprosessen. Sykepleieren får dermed en veilederrolle. Veiledning er en sentral pedagogisk metode som er relatert til sykepleierens funksjon. Sykepleieren kan vite hva som er til pasientens beste rent faglig, mens pasienten selv vet hva det dreier seg om for henne. Dermed er samarbeid viktig i empowermentprosessen. Pasientens medvirkning kan komme til uttrykk ved å bli stilt spørsmål, lyttet til og tatt på alvor. En blir da som pasient anerkjent. En vellykket empowermentprosess vil gi resultater i form av mestring (Tveiten, 2014, s. 175-180).

3.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte, altså et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Den forteller oss hvordan en bør gå frem for å finne denne nye kunnskapen. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til metoder. Grunnen til at en velger en bestemt metode, er at en mener den vil gi informasjon i form av gode data og belyse spørsmålet en har stilt på en faglig interessant måte. Metoden blir dermed redskapet vårt i det en skal undersøke. Den hjelper oss å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2013, s. 111-114).

3.1 Litteraturstudie som kvalitativ metode

I en litteraturstudie tar man utgangspunkt i det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne (Støren, 2014, s. 16). I min bacheloroppgave startet jeg med å finne aktuell teori og forskning som belyste problemstillingen. Innledningsvis er hovedfokuset på problemstillingen, hvorfor jeg har valgt å skrive om akkurat dette, samt aktuelle presiseringer og avgrensinger. Deretter presenteres det jeg har funnet av litteratur som omhandler emnet. Her var det viktig at jeg tydelig viset til sammenhengen mellom det arbeidet andre har gjort og min oppgave. Videre er det forskningen som skal presenteres, uten at jeg vurderer denne. Til sammen vil dette utgjøre grunnlaget for drøftingen mot slutten av oppgaven. Der vil jeg diskutere teorien jeg har funnet og resultatene fra forskningen opp mot problemstillingen. Avslutningsvis oppsummeres den nye kunnskapen jeg har tilegnet meg og ser dette i lys av spørsmålet problemstillingen min ønsker å få svar på. I en litteraturstudie er det litteraturen som er informasjonskilde på samme måte som respondenten er informasjonskilde ved intervjuer (Olsson & Sörensen, 2006, s. 91). En litteraturstudie innebærer et systematisk søk, kritisk vurdering og deretter sammenstillen en litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. En skal fokusere på forskning som er aktuell for det valgte området, og som tar sikte på å finne grunnlag for klinisk praksis (Forsberg & Wengström, 2016, s. 30).

Kvalitativ metode har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, tanker, forventninger, erfaringer og holdninger, og å få frem nyanser. En kvalitativ tilnærming handler ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen foregår ved enten intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Kjennetegn ved denne metoden er dybdekunnskap, som vil si at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Theidemann, 2015, s. 78). Ved kvalitative metoder er utgangspunktet for dataanalyse basert på tekst, lyd eller bilder, og datainnsamlingen har stor

grad av fleksibilitet. Kvalitative metoder tillater større grad av spontanitet og tilpasning i interaksjonen mellom forsker og deltaker (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18-19).

3.2 Litteratursøk

Databasene CHINAL og PubMed er hovedsakelig blitt brukt for å finne relevante forskningsartikler til denne bacheloroppgaven. Søkeordene som ble anvendt er: POSTNATAL DEPRESSION + POSTPARTUM DEPRESSION + MOTHER + BIRTH + COPING + EXPERIENCE + NURSING. Søkeordene er på engelsk både fordi en på databasen CHINAL må søke på engelsk, og fordi det gir et større spekter av ulike forskningsartikler. Søkeordene ble også satt sammen på mange ulike måter for å finne frem til aktuelle artikler. Vedlagt i denne oppgaven har jeg vist til en mer detaljert oversikt over søkehistorikken. Vedlegg II. I tillegg til de seks utvalgte forskningsartiklene, er det blitt brukt andre fagbøker, pensumlitteratur fra tidligere studieår, nettressurser og andre fag- og forskningsartikler. For å finne frem til litteratur og andre fagbøker er Oria blitt anvendt.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet en bruker i oppgaven, og hvilke kriterier som benyttes under utvelgelsen. Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene en ha gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2013, s. 72-73).

Ved gjennomgang av litteraturen jeg gjør bruk av ble det stilt flere krav. Forskningsartiklene skulle ikke være eldre enn fra 2012. Etter hvert så jeg meg nødt til å utvide søket med to år, ettersom jeg ikke fant god eller relevant nok forskning fra disse årene. Forskingen som nå er blitt brukt er dermed fra 2010 og senere. Grunnen til at jeg så det nødvendig å utvide søket med to år er at det ikke var tilstrekkelig med forskning som kunne brukes for å besvare problemstilling innenfor rammen av fem år. Hovedfunnene i de eldre artiklene kommer også frem i de nyere artiklene, noe som tyder på at disse fortsatt er relevante den dag i dag. Jeg har også prøvd å tilstrebe at litteraturen som brukes er primærlitteratur, men har sett det nødvendig å ta med noe sekundærlitteratur i tillegg. Reliabilitet (troverdighet) og validitet (gyldighet) har stått sentralt ved valg av kilder.

Jeg ønsket at forskningsartiklene skulle være av både kvantitativ og kvalitativ art, men så at det var enklere å finne relevante forskningsartikler når de var etter den kvalitative modellen. Dette kan komme av at det er det psykiske og opplevelser jeg ønsker å undersøke nærmere. De kvalitative forskningsartiklene ser ut til å svarer bedre på problemstilling enn hva de kvantitative gjør. Oppgaven inneholder allikevel to relevante kvantitative forskningsartikler, ettersom dette kan styrke svaret på problemstillingen.

Et annet kriterium var at forskningen skulle være publisert på norsk, svensk, dansk eller engelsk, og at forskningen skulle være fra vestlige land. Alle forskningsartiklene som er tatt med er publisert på engelsk, og er fra vestlige land. Tre av forskningsartiklene er fra Norge, to forskningsartikler er fra England og en av forskningsartiklene er fra Spania. Disse kravene ble stilt ettersom det kan være forskjeller mellom vestlige og østlige land når det kommer til både opplevelser, tradisjoner og religiøse synspunkter på det å føde.

Det ble også stilt et krav til at informantene i forskningsartiklene måtte være kvinner og at disse kvinnene måtte være i fertil alder. Dette var helt vesentlige kriterier for å kunne svare på problemstillingen min. I tillegg var det viktig at resultatet av forskningsartiklene la hovedvekt på pasientenes subjektivitet.

Helt tilslutt vil jeg fremheve at det er blitt brukt ”sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning” (Kunnskapssenteret, 2014) og ”sjekklister for vurdering av kohort forskning” (Kunnskapssenteret, 2014) for å vurdere de seks forskningsartiklene jeg har tatt med. Vedlegg I.

3.4 Metodekritikk

Det er også sentralt å si noe om metodekritikk til denne oppgaven. Metodekritikk tar for seg styrker og svakheter med litteraturstudie som metode (Thidemann, 2015, s. 79). Styrken med denne metoden er at en får gått nøye gjennom aktuell forskning og bruker den til å belyse problemstillingen. Når det gjelder dette litteraturstudiet er det mye forskning på valgt tema, noe som vil si at det danner et godt grunnlag for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Svakheten med metoden kan være at en kunne fått svar på oppgavens problemstilling ved å gjennomføre intervjuer selv. Ettersom denne oppgaven handler om sykepleierens støtte og ivaretagelse til mødre med fødselsdepresjon kunne det vært positivt å selv intervju mødre, slik at en kunne spurt om hva de opplevde som bra og hva de savnet fra sykepleierne. I

forskning er det ikke slik at det er én metodisk tilnærming som kan ansees som den eneste rette. Det kan være svakheter ved én metode som kan oppveies av sterke sider ved en annen metode, og omvendt. Når en kombinerer kvalitative og kvantitative tilnærminger, oppveier en de svakhetene som er forbundet med bare å benytte én metode. Når en kombinasjon av ulike metoder gir samme resultat, er det et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige (Thidemann, 2015, s. 79).

3.5 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer. All forskning som involverer mennesker, menneskelig biologiske materiale og personlige helseopplysninger må søke om godkjenning av forskningsetisk komité (Dalland, 2013, s. 95-98). I denne bacheloroppgave skal ikke sensitive opplysninger behandles, ettersom dette allerede er gjort i den litteraturen jeg har valgt å ta med. Jeg har også vært nøye med at alle forskningsartiklene som er blitt brukt er godkjent av en etisk komité. Videre har det vært viktig å vektlegge riktig referansebruk, og oppgi referanser for etterrettelighet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil de seks forskningsartiklene som danner grunnlaget for drøftingen av problemstillingen bli presentert.

4.1 Presentasjon av artikler

A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers

(Haga, Lynne, Slinning & Kraft, 2012).

Hensikt: Å undersøke om hvorfor noen kvinner føler at overgangen til å bli mor er så emosjonelt vanskelig at de opplever noen stadier av fødselsdepresjon, mens andre ikke opplever dette.

Utvalg og metode: Denne forskningsartikkelen baserer seg på 12 dybdeintervjuer med frivillig utvalgte førstegangsfødende.

Funn: Det fremkom to måter for mødre å tilnærme seg morskap på, som studiet henviser til som ”avslappet” eller ”kontrollert”. Disse ulike tilnærmingene påvirket hvordan mødre forestilte seg tiden etter fødsel, deres behov for mestring og deres emosjonelle erfaringer. De mødre som hadde et høyt behov for kontroll opplevde at tiden etter fødsel innebar mer uforutsigbarhet og utfordringer som de ikke hadde sett for seg, og som de heller ikke klarte å mestre. Graden av sosial støtte og hvordan de fikk til amming skilte seg ut som viktige årsaker når det gjaldt mødrenes trivsel og depressive symptomer. Støtten de fikk fra mødregruppen ble også nevnt som viktig. Det kom også frem at flere av intervjuobjektene var skuffet over støtten de fikk fra helsestasjonen, ettersom de der ikke tok de emosjonelle problemene deres på alvor og prøvde heller å normalisere disse følelsene.

Konklusjon: Hyppige konsultasjoner med jordmødre og helsesøstre gjennom svangerskapet og i tiden etter fødsel gav unike muligheter for forebyggende arbeid. Disse konsultasjonene bør fokusere spesielt på mødrenes forventninger og behov, og partneren bør være til stede for en åpen diskusjon om hvordan de på best mulig måte støtter hverandre i den sårbare perioden.

Women´s experiences of health visitor delivering listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study

(Turner, Chew-Graham, Folks & Sharp, 2010).

Hensikt: Å undersøke kvinners opplevelse av helsesøstre som gir hjemmebesøk som en form for behandling av fødselsdepresjon.

Utvalg og metode: Dybdeintervjuer med 22 kvinner som hadde mottatt hjemmebesøk av helsesøstre som behandling for sin fødselsdepresjon.

Funn: Informantene rapporterte at hjemmebesøkene var gunstige, selv om mange av dem hadde behov for ekstra behandling for å få kontroll på sine symptomer. Kvinner som tidligere hadde vært plaget med depresjon og kvinner hvor depresjonen ikke var tilskrevet hendelser i tiden etter fødselen oppfattet hjemmebesøkene som mindre gunstige. Muligheten til å prate med andre, forholdet til og støtten de fikk av helsesøsteren, var fordelene med hjemmebesøk. Noen av mødrene beskrev dette som deres eneste mulighet til å prate om følelsene sine og den situasjonen de var i, ettersom mange ikke turte å prate med familien og vennene om depresjonen fordi de var engstelige for å bli dømt som dårlige mødre. Funnene i denne forskningsartikkelen tyder på at de som utøver hjemmebesøkene trenger tid og ferdigheter til å lytte og gi støtte. Kvinnene vil ha større utbytte av besøkene om de føler trygghet for å kunne diskutere sine behov uten fare for fordømmelse eller at personlige opplysninger blir spredt videre.

Konklusjon: Informantene rapporterte hjemmebesøkene som hjelpende, men ikke tilstrekkelig nok til å behandle deres fødselsdepresjon.

Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: a qualitative synthesis

(Scope, Boothe & Sutcliffe, 2012).

Hensikt: Å undersøke kvinners oppfatning av og erfaring med kognitiv atferdsterapi i gruppe og andre gruppeintervensjoner ved fødselsdepresjon.

Utvalg og metode: Systematisk oversikt som har brukt kvalitative forskningsartikler innenfor samme tema, der totalt 116 forskningsartikler ble screenet opp mot inkluderingskriteriene. Seks studier ble inkludert.

Funn: Spesifikke fordeler som kom frem var at kvinnene fikk mulighet til å utvikle bedre forhold til barnet og fikk økt forståelse for fødselsdepresjon. Det å være sammen med andre kvinner med fødselsdepresjon fikk mødre til å føle seg mer "normal", det motvirket isolasjon og ensomheten mødre hadde følt på. Ved å tilbringe tid med andre som hadde blitt kvitt fødselsdepresjonen gav dem et håp om at også de kunne komme seg gjennom dette, og få kontroll over livet sitt. Negative aspekter ved denne måten å behandle fødselsdepresjon på var vanskeligheter med å gjennomføre de kognitive atferdsterapiteknikkene, og det å kunne snakke åpent om følelser i en stor gruppe. Noen hadde også problemer med å komme overens med andre gruppemedlemmer.

Konklusjon: Informantene hadde ulike oppfatninger av og erfaringer med gruppebehandling. Det foreslås derfor høyere oppmerksomhet på det å identifisere mødre som mest sannsynlig kan dra fordel av behandling i et gruppemiljø.

Norwegian Public Health Nurses' Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression

(Glavin, Ellefsen & Erdal, 2010).

Hensikt: Å undersøke i hvilken grad Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kan brukes av helsesøstre i norske kommuner som screeningverktøy for å oppdage fødselsdepresjon.

Utvalg og metode: En deskriptiv kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer av 11 helsesøstre fra en stor kommune i Norge. Data ble samlet via telefonbaserte intervjuer, som ble tatt opp på tape og transkribert.

Funn: Informantene betraktet EPDS som veldig verdifull, og var overbevist om at dette verktøyet hadde hjulpet dem til å identifisere flere mødre med fødselsdepresjon enn hva de gjorde tidligere. Det ble større bevissthet rundt mødrenes mentale helse, og hvem som trengte litt ekstra oppmerksomhet. De beskrev EPDS som enkel for mødre å gjennomføre. Metoden økte fokuset på fødselsdepresjon og fungerte som en døråpner for helsesøstre. Spørsmålene ble brukt som start på samtalene, og det bedret kommunikasjonen og nærheten til mødre. Informantene følte at deres profesjonelle selvtilitt hadde økt, og at deres rolle hadde blitt utvidet gjennom kunnskap om mentale helseproblemer i familien, noe som førte til at de i større grad involverte seg i familieproblemer. Hjemmebesøkene ble også mer meningsfulle. Selv om EPDS var enkel å bruke, var det essensielt å trene helsesøstre i hvordan en bruker dette verktøyet.

Konklusjon: Det foreslås retningslinjer for fremtidige screeningprogrammer. Det er nødvendig med videre forskning for å forstå mødrenes syn på bruken og nytten av verktøyet.

A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support

(Haga, Ulleberg, Slinning, Kraft, Steen & Straff, 2012).

Hensikt: Denne longitudinelle studien tar sikte på å undersøke hvordan psykologiske variabler som kognitive emosjonsregulerende strategier, mødrenes mestring av amming, og graden av sosial støtte kan forutsi symptomer på fødselsdepresjon.

Utvalg og metode: Spørreundersøkelsen ble utført på internett. De samme spørsmålene ble stilt tre ganger, først 6 uker, deretter 3 måneder og til slutt 6 måneder etter fødsel. For å kunne gjøre analysen på tvers av de tre gangene mest mulig sammenlignbar, er panelet basert på 344 kvinner.

Funn: Det å bli mor gir en rekke positive og negative følelser, og kvinnens tendens til å bruke ulike emosjonsregulerende strategier vil ha innflytelse på hennes velvære i tiden etter fødsel. Kvinner som skåret høyt på selvbekredning, grubling og katastrofetanker, skåret også høyere på symptomer på fødselsdepresjon, mens de kvinnene som viste mer positiv revurdering og planlegging skåret lavere på målingene av fødselsdepresjon. Å lære mødrene alternative måter å mestre negative opplevelser i tiden etter fødsel kan ha en positiv effekt. De kvinnene som ikke følte at de klarte å amme opplevde en følelse av nederlag og dårligere humør, og var dermed i større fare for fødselsdepresjon. For å kunne forebygge fødselsdepresjon er det derfor viktig å øke morens følelse av mestring rundt ammingen. Det kom også frem at kvinnene med et høyere behov for støtte hadde flere symptomer på fødselsdepresjon, og de kvinnene som hadde mer tilgjengelig støtte skåret lavere på fødselsdepresjonskalaen, noe som antyder at det er følelsen av ikke å være alene som er kritisk når en blir mor.

Konklusjon: Kognitive emosjonsregulerende strategier, mestringsevne knyttet til amming, behov for støtte og oppfattet sosial støtte er assosiert med symptomer på fødselsdepresjon. Helsepersonell må følge ekstra nøye med på disse faktorene i forsøk på å forhindre fødselsdepresjon.

Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach

(Gutierrez-Zontez, Labad, Martin-Santos, Gracia-Esteve, Gelabert, Jover, Gullimat, Mayoral, Gorneman, Canellas, Gratacos, Guitart, Roca, Costas, Ivorra, Navines, Diego-Otero, Vilella & Sanjuan, 2015).

Hensikt: Å undersøke om følelsesmessig ustabilitet, sosial støtte, livshendelser og mestringsstrategier er assosiert med depressive symptomer ved åttende og trettiandre uke etter fødsel.

Utvalg og metode: Totalt 1626 informanter ble med i dette longitudinale studiet. Det ble utført ulike evalueringer ved både åttende og trettiandre uke etter fødselen.

Funn: Resultatene viser sterk assosiasjon mellom passive mestringsstrategier og symptomer på depresjon både åtte og trettito uker etter fødselen. Analysen viser at passive mestringsstrategier var klarere relatert til symptomer på fødselsdepresjon, sammenlignet med aktive mestringsstrategier. Av alle de individuelle variablene, sosial støtte, stress, og følelsesmessig ustabilitet, var det følelsesmessig ustabilitet i form av engstelighet, nervøsitet og nærtagenhet som hadde sterkest effekt på mestringsstrategiene. Følelsesmessig ustabilitet er altså en nøkkel i forholdet mellom mestringsstrategier og symptomer på fødselsdepresjon. Kvinner med negative mestringsstrategier som pessimisme, sinne og grubling var i større fare for fødselsdepresjon. Å forandre mestringsstrategiene gjennom psykoedukative programmer vil kunne minske sårbarheten for stress hos mødre som står i fare for å utvikle fødselsdepresjon.

Konklusjon: Tidlig identifikasjon av potensiell fare for depresjon etter fødsel bør inkludere vurdering av følelsesmessig ustabilitet, livshendelser, sosial støtte og mestringsstrategier.

4.2 Hovedfunn

Funnene i de utvalgte studiene viser til viktigheten av hyppige konsultasjoner gjennom svangerskapet med fokus på mødrenes forventninger og behov. Dette innebærer at en som helsepersonell må gi god informasjon og øke mødrenes kunnskap. Behovet for sosial støtte fremkommer tydelig, og støtte fra mennesker i samme situasjon står sterkt. Også behovet for å mestre amming fremkommer som viktig blant mødrene. Videre er bruken av gode screeningverktøy og økt bevissthet hos helsepersonell viktige elementer, og dermed også god kontinuitet fra før fødselen og i tiden etter. Til slutt kommer det tydelig frem av funnene at det er hensiktsmessig å forandre mødrenes mestringsstrategier, noe som innebærer å lære dem alternative måter å mestre negative opplevelser på. Dermed legger jeg vekt på disse hovedfunnene i drøftingen:

- Forventninger og behov
- Sosial støtte
- Håndtere amming
- Økt bevissthet hos helsepersonell
- Informasjon, kunnskap og veiledning
- Kontinuitet i barselomsorgen
- Endre mødrenes mestringsstrategier

5.0 Drøfting

Her vil problemstillingen bli besvart gjennom drøfting av resultatene fra forskningsartiklene i lys av teoretisk perspektiv og praktisk erfaring. Drøftedelen er delt opp i fire underpunkter, hvor fokuset er på hovedfunnene i de utvalgte forskningsartiklene.

5.1 Imøtekomme mors forventninger og behov

Å få barn markerer overgangen fra et stadium til et annet i kvinners liv. Dette kan være en flott tid, men det kan også være en svært sårbar tid for kvinnen, hvor hun kan være i økt fare for psykiske lidelser. En fødselsdepresjon rammer kvinnen i en tid da det er forventet at hun skal være på sitt lykkeligste, noe som åpenbart gjør situasjonen spesielt krevende (Haga et al., 2012a). Noen kvinner har også idealiserte forestillinger om det å bli mor, forventninger det ikke er mulig å leve opp til. De kan få en sterk følelse av ikke å strekke til, og tilhørende fantasier om at barnet hadde fortjent en bedre mor (Berle, 2010, s. 236-237). Dette kommer også frem i forskningen av Haga et al. (2012a) hvor det ble identifisert to tilnæringer til det å bli mor, disse ble referert til som ”kontrollert” eller ”avslappet”. Det ble klart at disse to tilnærmingene påvirket både hvordan de hadde sett for seg tiden etter fødsel og hvordan de opplevde tiden emosjonelt. De mødre som hadde et høyt behov for kontroll opplevde at tiden etter fødselen innebar uforutsigbarhet og utfordringer som ikke kunne mestres; de følte seg dermed stresset og depressive. Disse ble også skuffet når ting ikke gikk som de hadde planlagt. Som en ser ut fra forskning og tidligere teori, har en som mor store forventninger, det vil derfor være svært viktig at helsepersonell imøtekommer disse forventningene, slik at disse ikke virker negativt inn på mors psykiske helse. I følge Benner og Wrubel (2003) er omsorg grunnlaget for å yte og motta hjelp. Det vil derfor være viktig at en som helsepersonell viser omsorg for disse mødre. Det kommer tydelig frem av studier at mødre har et stort behov for sosial støtte og for å håndtere amming, dette blir dermed et viktig fokus blant helsepersonell.

Kvinner med høyere grad av usikkerhet og mer behov for støtte viser oftere symptomer på fødselsdepresjon. De kvinnene som hadde mer tilgjengelig støtte skåret lavere på fødselsdepresjonsskalaen, noe som kan antyde at det er følelsen av ikke å være alene som er kritisk når en blir mor. Dette var også et viktig moment med hensyn til mødrenes velvære og trivsel. Følelsen av å være normal, kunne snakke med andre om problemer og sammenligning med mødre som har vært i samme situasjon var viktige faktorer i forebygging av depresjoner (Haga et al., 2012b). Ifølge Lode (2016, s. 47-48) kan opplevelsen av å ha sosial støtte på den ene siden være en viktig faktor i tolkningen av stressituasjonen og kan ha betydning for valget

av mestringsstrategier. En person som har eller opplever å ha sosial støtte, vil også ha større mulighet for å tilpasse seg sykdom. Når en person blir stilt overfor en situasjon som oppleves så stressende at den overstiger tilgjengelige ressurser, kan den sosiale støtten i form av nærmeste pårørende, en venn eller en sykepleier tilføre de manglende ressursene, og dermed gi personen mestringsfølelse. Dette stemmer overens med det jeg har erfart fra praksis hvor pasienter har sagt at sykepleieren er en viktig sosial støtte for dem og at de hadde et behov for å vite at sykepleieren var til stede. På den andre siden kan sosial støtte og nettverk oppleves negativt. Mange syke kan føle at familie og venner blir altfor støttende og utfordrer deres autonomi. Dette støtter opp om Lazarus & Folkman (1984, s. 141-180) som sier at sosial støtte er et tiltak ved problemfokuset mestringsstrategi, hvor personen da stiller seg direkte til problemet ved for eksempel å endre tilgangen på ressurser ved å søke støtte og hjelp.

Kvinner som ikke klarer å amme, opplever følelser av nederlag og dårligere humør og er dermed også i større fare for fødselsdepresjon. Informantene i studien beskrev viktigheten av å lykkes med amming. Det kom også frem at de brukte tiden mellom ammingene å grue seg til neste gang og til at de ikke ville få det til. Så det å lykkes eller ikke i amming var assosiert med trivsel og velvære (Haga et al., 2012a). Det er nærliggende å tro at en nedstemt mor ikke orker å amme, særlig hvis forventningene til å lykkes er høye. De fleste kvinner er svært motiverte for å amme, med et ønske om det beste for sitt barn. Det er likevel ingen tvil om at det er store individuelle forskjeller i hvor lett kvinnen får det til. Det kan være mange grunner til vanskeligheter med amming. Blant annet såre brystvorter, tette melkeganger og brystkirurgi, eller at barnet er sykt. Angst for ikke å få til ammingen kan i seg selv føre til at utdrivningsrefleksen hemmes og det blir mindre melk (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 19-20). For at en som helsepersonell skal kunne påvirke symptomer på fødselsdepresjon kan et alternativ være å øke kvinnens følelse av mestring rundt amming. I følge Benner og Wrubel (2003) er omsorg i sykepleierpraksis at sykepleieren legger merke til hvilke tiltak som fungerer og hvilke som dermed vil være gode i videre pleie. I denne sammenhengen kan det tenkes at et godt tiltak vil være å gå varsomt frem når en formidler betydningen av det å amme til kvinner med ammeproblemer. Samtidig som en fremmer de mange gode grunnene for å amme, bør en avdramatisere konsekvensene av ikke å amme.

5.2 Helsepersonells bevissthet og forståelse av symptomer

Vordende og nybakte foreldre møter helsepersonell regelmessig, allikevel oppdages mødre med depresjon relativt sjeldent (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 11). På rutinesjekker på

helsestasjoner blir det vanligvis stilt to spørsmål til mor for å avdekke en mulig depresjon: ”I løpet av den siste måneden har du ofte blitt plaget av at du føler deg nedfor, depressiv eller at alt håp er ute?” og ”I løpet av den siste måneden har du ofte blitt plaget av at du har liten interesse eller glede av å gjøre ting?” Hvis kvinnen svarer ja på ett av spørsmålene, blir et tredje spørsmål stilt: ”Er det noe du føler eller noe du trenger hjelp til?” Hvis en sinnslidelse blir identifisert i tiden etter fødsel, blir videre evaluering gjort ved hjelp av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Scope et al., 2012). EPDS ble utviklet i England og publisert i 1987 av John Cox og medarbeidere. Vedlegg III (Hanssen-Bauer & Welander-Vatn, 2012). EPDS er en depresjonsskala som ble utviklet for å oppdage symptomer på depresjon hos kvinner som nylig har fått barn. Besvarelsen på skjemaet er ment å fungere som et utgangspunkt for en samtale med kvinnen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 26-30). For at bruken av EPDS skal være etisk og faglig forsvarlig, må helsepersonell ha gjennomgått grundig opplæring både om temaet og om hva screening innebærer, og det må være lagt til rette for et differensiert og lett tilgjengelig støtte- og behandlingstilbud. Man kan altså ikke sette i gang med å identifisere kvinner i risikozonen uten å ha noe å tilby dem som har problemer (Slinning & Eberhard-Gran, 2010, s. 335). Det kan på den ene siden tenkes at det er helsepersonellet som mangler rutiner for å identifisere mødre som er i faresonen, men på den andre siden kan det være de nybakte mødre som unngår å avsløre sine følelsesmessige problemer. I empowermentprosessen er det viktig at en som sykepleier spør, lytter og tar pasienten på alvor. Dette gjør at pasienten blir en medvirker og dermed får mer kontroll og styring i sitt eget liv (Tveiten, 2014, s. 175- 180).

Flere mødre var skuffet over støtten de fikk på helsestasjonene. De mødre som kom til helsestasjonene med emosjonelle problemer, følte at de som jobbet der prøvde å normalisere følelsene deres og at de dermed ikke ble tatt på alvor (Haga et al., 2012a). Med stadig kortere liggetid ved føde- og barselavdelingen vil depresjoner sjelden oppdages der. Ofte kommer symptomene først gradvis i ukene og månedene etter fødsel. Etterkontrollene blir da ekstra viktige ettersom man her kan identifisere kvinner som er i risikogruppen, og som trenger spesiell oppfølging, samt kvinner med utviklet fødselsdepresjon eller andre psykiske plager. Man bør også fokusere på mors velbefinnende. EPDS har erfaringsmessig vist seg velegnet til bruk i slike kontroller (Berle, 2010, s. 238). Forskning viser at EPDS fungerer som en døråpner for helsepersonell, og spørsmålene gjorde at de fikk bedre kommunikasjon og nærhet til mødre. Helsepersonellet ble mer bevisst på fødselsdepresjon generelt og det ble satt fokus på de mødre som trengte litt ekstra oppmerksomhet. Deres profesjonelle selvtillitt

økte og deres rolle ble utvidet gjennom økt kunnskap om mentale helseproblemer i familien, og dermed også mer involvering i familieproblemer. I tillegg viser forskningen at foreldrene følte de fikk bedre oppfølging og at det dermed var enklere for dem å ta kontakt om de trengte hjelp (Glavin et al., 2010). Slik jeg ser det er det helt essensielt at helsepersonellet som er i nær kontakt med mor har god forståelse for de utfordringene en nybakt mor kan oppleve i tiden etter fødsel, og at en starter tidlig med å identifisere de mødrene som har symptomer på fødselsdepresjon. I tillegg bør en kombinere dette med oppfølgingsprogram i form av støttesamtaler. I følge Nygård, Nåden & Foss (2011) har samtalen med kvinner som lider av fødselsdepresjon blitt relatert til tre sentrale temaer. Disse temaene er at en bruker EPDS-skjemaet som utgangspunkt og redskap for samtale, at en anvender aktiv lytting med bekreftende ferdigheter og at en skal gi kvinnen mulighet til å fortelle om sine følelser og opplevelser. Sykepleieren skal sikre en individuell og omsorgsfull relasjon mellom dem selv og den deprimerede kvinnen. I følge Benner og Wrubel (2003) skapes omsorg gjennom tillit, dermed er det viktig at en som sykepleier tilstreber å skape tillit hos kvinnen med fødselsdepresjon.

5.3 Bidra til mestring gjennom informasjon og veiledning

Det er sterke assosiasjoner mellom passive mestringsstrategier og symptomer på fødselsdepresjon. Passive og negative mestringsstrategier som pessimisme, sinne og grubling er klarere relatert til symptomer på fødselsdepresjon, sammenlignet med aktive mestringsstrategier. Av alle de individuelle variablene som hadde påvirkning på mestringsstrategiene, deriblant sosial støtte, stress og følelsesmessig ustabilitet, hadde følelsesmessig ustabilitet den sterkeste effekten. Slik ustabilitet blir dermed en nøkkel i forholdet mellom mestringsstrategier og symptomer på fødselsdepresjon (Gutiérrez-Zotes et al., 2015). Et liknende tema er belyst av Haga et al. (2012b) som sier at kognitive emosjonsregulerte strategier bør ha en sentral plass i forklaringen av mentale helseproblemer, ettersom de mødrene som skåret høyt på bruken av selvbebreidelse, grubling og på katastrofetanker, også skåret høyere på symptomer på fødselsdepresjon. Det kom også frem at de kvinnene som brukte mer positiv revurdering og planlegging skåret lavere på målinger av fødselsdepresjon. Hvordan en person tolker stressituasjoner avhenger av hvem vi er og av hvilke personlighetstrekk som er mest dominerende. En person som er ekstrovert og har stor grad av følelsesmessig ustabilitet, vil sannsynligvis motta budskapet om sykdom på en annen måte enn en person som er introvert og engstelig. I tillegg vil valg av mestringsstrategier være ulikt. En engstelig person vil kanskje bruke emosjonsregulerende

strategier for å holde angsten under kontroll. Personer med høy grad av indre kontroll og tro på at de klarer seg selv, vil ha gode forutsetninger for å endre atferd når det er nødvendig for å bedre helsen. Utfordringen er større for personer som mener at problemet ligger utenfor deres kontroll, og som kanskje heller ikke har så stor tro på muligheten for å endre atferd (Lode, 2016, s. 44-45). Oppsummeres dette kan en si at en positiv intervensjon for oss som helsepersonell kan være å lære mødrene alternative måter å mestre de negative opplevelsene i tiden etter fødsel. Samhandling er også svært viktig i helsefremmende sykepleie. Denne skapes gjennom veiledning, slik at pasienten kan bruke egne ressurser for å mestre situasjonen (Tveiten, 2014, s. 173- 176).

Hjemmebesøk av helsepersonell er blitt beskrevet som svært gunstige. Mødrene rapporterte at de ved hjemmebesøk fikk muligheten til å prate om sine følelser og sin situasjon, og fokuset var på dem. Gjennom samtale fikk kvinnene utvikle innsikt i sin situasjon og sine følelser, noe som styrket deres mestringsstrategier (Turner et al., 2010). Videre i forskningen ble det omtalt som gunstig at helsepersonellet som utførte hjemmebesøkene kom med forslag som de trodde den individuelle ville finne til hjelp, som for eksempel lavere forventninger til seg selv, praktisk hjelp og støtte. Besøkene ble også beskrevet som nøkkelen til bedringen for noen av mødrene. Gjennom disse besøkene fikk kvinnene kunnskap om bakgrunnen for fødselsdepresjonen og praktiske råd, og de fikk tilgang til andre tjenester (Turner et al., 2010). Målet med hjemmebesøk er at mødrene skal få en rolig og trygg start, kontinuitet i svangerskapet og barselomsorgen og trygg overføring til helsesøster (Andreassen, 2017). Sykdom og helsesvikt kan være smertefullt og skremmende, og føre til endringer i dagliglivet. Sykepleiens pedagogiske funksjon innebærer støtte, informasjon, undervisning og veiledning for pasienter og pårørende. Når en blir pasient, og livssituasjonen endres, trenger man informasjon og støtte for å føle seg ivaretatt og hjulpet. God sykepleiepedagogikk blir da å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene (Brataas, 2011, s. 18). Ifølge § 3-2 og § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett på både den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen og til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ut fra dette kan en si at innenfor svangerskapsomsorgen har alle kvinner rett på informasjon og medvirkning i alle valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Et informert valg innebærer å ha nok kunnskap basert på kvalitetssikret informasjon til å treffe det rette valget for seg og barnet (Hagtvedt, 2010, s. 14). Her kan en se samsvaret mellom forskning og teori som støtter opp om viktigheten av

informasjon og veiledning til pasienter, også til de mødrene som har symptomer på fødselsdepresjon.

Mødre som deltok i gruppeterapi fikk følelsen av at de ble oppmuntret til å være ærlige og ikke føle på skyld. De ble trygge på hverandre og kunne dermed gi hverandre støtte ved å lytte og komme med hjelpende forslag. De ble møtt med en omsorgfull og støttende holdning, noe som gjorde at de følte trygghet til å dele sine følelser (Scope et al., 2012). Videre i forskningen kom det frem at kvinnene følte seg verdsatt, forbedret sin følelse av selvverd og opplevde økt selvfølelse. Partneren ble mer støttende og brukte mer tid på det nyfødte barnet, slik at mor fikk mer tid til seg selv, etter at de hadde deltatt i gruppeterapi. Mødrene fikk gjennom gruppeterapi med andre mødre økt kunnskap om fødselsdepresjon og ble dermed satt i stand til selv å gjenkjenne ulike symptomer (Scope et al., 2012). Slik jeg ser det ut fra denne forskningen hadde mødre med symptomer på fødselsdepresjon en følelse av å ha mistet kontrollen over eget liv, men at de gjennom gruppeterapi fikk følelsen av ikke å være alene om det, og fikk økt forståelse for sykdommen. Empowerment handler om at personer eller grupper som befinner seg i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og kraft til å komme ut av avmakten. I forbindelse med pasientopplæringen handler empowerment om involvering av pasienten gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering. Framfor å betrakte pasienten som en passiv tjenestemottaker, ser man henne som en aktiv, kompetent person (Askeheim, 2011, s. 71). Empowerment er en viktig del i en helsefremmende tilnærming. I denne sammenhengen blir viktige helsefremmende tiltak å styrke og støtte den gravide og hennes familie til å mestre livet i denne fasen. Den gravide kvinnen og hennes partner bør gis mulighet til å ta informerte beslutninger ut fra egne forutsetninger og behov, og ta ansvar for egen helse. Oppmerksomheten er derfor blitt flyttet til informasjon, råd og veiledning. Helsepersonell som arbeider innenfor dette feltet bør ha høy faglig kompetanse og gode mellommenneskelige egenskaper (Bendiksen, 2010, s. 84).

5.4 Tilstrebe kontinuitet i barselomsorgen

De fleste kvinner som blir diagnostisert med fødselsdepresjon blir behandlet i primæromsorgen og behandlingsmulighetene består av antidepressiva, psykologiske intervensjoner eller en kombinasjon av begge (Turner et al., 2010). Det er grunn til å være oppmerksom på angst- og depresjonstilstander i svangerskapet. Altfor mange kvinner sliter med alvorlige plager uten å få hjelp. Tatt i betraktning de alvorlige konsekvensene slike plager kan føre til, er det svært viktig å kunne sette inn riktig hjelp på et tidlig tidspunkt

(Slinning & Eberhard-Gran, 2010, s. 335). Svangerskapsomsorg og fødselshjelp holder en relativt høy standard i Norge, men det har lenge blitt hevdet fra brukere at tjenesten fremstår fragmentert og lite sammenhengende (Hagtvedt, 2010, s. 12). Svangerskapsomsorgen omfatter det totale tilbudet kvinnen får fra helsetjenesten gjennom graviditeten i form av psykososial støtte, veiledning, informasjon, forebyggende tiltak, undersøkelser og screening (Bendiksen, 2010, s. 83). Depresjon under graviditet og i barseltid behandles som andre depresjoner, men det må understrekes at ikke-farmakologiske metoder som støttesamtaler psykososiale intervensjoner og psykoterapi er viktigere enn ellers (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 36-37). Ved moderate og kortvarige depresjoner i tiden etter fødsel vil oppfølging med samtaler, råd og veiledning være aktuelt. I tillegg bør hjelp og avlastning vurderes. Er depresjonen mer alvorlig eller langvarig, vil samtaleoppfølging med psykolog eller psykiater kunne være nyttig, ofte kombinert med medikamentell behandling. Det er også gunstig med tverrfaglig behandling og oppfølging (Berle, 2010, s. 237). Oppsummeres dette sitter jeg igjen med den oppfatning at behandling av fødselsdepresjon bør starte tidlig i svangerskapet, og ved effektiv behandling vil sykdomsperioden kunne forkortes og nye lidelser og plager kan unngås. Innenfor helevesenet i Norge er det et skifte av fokus fra behandling til forebyggende og helsefremmende tiltak. Det innebærer at søkelyset rettes mot menneskets potensialer og muligheter, og at valgene som tas må være dem som kvinner og deres partnere er tjent med på sikt. I en slik sammenheng er pasientens erfaringer og dialog en sentral ressurs for utvikling av gode helsetjenester (Hagtvedt, 2010, s. 13).

Den norske staten har sett at det er nødvendig å identifisere barn som er i en faresone. Dette innebærer å avdekke mentale helseproblemer hos kvinner både under og etter fødsel. Mors fødselsdepresjon kan påvirke hennes forhold til barnet og kvaliteten på den omsorgen hun gir. På grunn av dårlig kommunikasjon kan barnet stå i fare for å utvikle svak tilknytning til moren, og dette kan videre påvirke barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Det å identifisere fødselsdepresjon så tidlig som mulig er essensielt og kan forebygge langsiktig depresjon (Glavin et al., 2010). Også av helseøkonomiske grunner er det gunstig å komme til tidlig for å hindre negative ringvirkninger, og før problemene har blitt alvorlige og av mer permanent karakter (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 8-9). Helsestasjonene er av stor betydning når det gjelder å fange opp tidlige tegn på en depresjon hos mødre, slik at en kan unngå at depresjonen hindrer moren i å gi barnet adekvat omsorg og nærhet. Målet blir å gi støtte og hjelp slik at ikke symptomene blir flere, alvorligere og mer varige og tar form av en sykdomstilstand (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 15). Dette støtter opp om viktigheten av

kontroller og oppfølging, og at disse bør ha enda større oppmerksomhet rettet mot kvinners opplevelse av og forberedelse til det å bli mor. Den gravide kvinnens psykiske velbefinnende og holdning til det ventede barnet er avgjørende for hennes tilpasning i svangerskapet, under fødselen og i barselperioden. For at fødselen og overgangen til morsrollen skal forløpe på best mulig måte, er det avgjørende at kvinnen har tro på egen kraft, styrke og kompetanse (Hagtvedt, 2010, s. 14). I forbindelse med økt satsing på tidlig intervensjon utvikler stadig flere BUP-avdelinger tilbud til deprimerte gravide og spedbarnsmødre. For å unngå negative effekter for barnet og familien i spedbarnsperioden bør disse kvinnene prioriteres. Det er viktig at personalet på helsestasjonen vet hvem de skal henvise videre til, og at instansene det blir henvist til har kunnskap om deprimerte spedbarnsmødres spesielle behov (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 40). Funn fra Leger & Letourneau (2015) viser til viktigheten av å få hjelp av mødre som har vært gjennom det samme, og som dermed kan dele egne erfaringer og opplevelser av fødselsdepresjon og hvordan en kommer seg gjennom det. Disse funnene støttes opp av Letourneau et al. (2015) som har forsket på telefonbasert støtte fra andre mødre som har hatt fødselsdepresjon. De viser til at den ikke dømmende støtten de fikk gjennom disse samtalene hjalp mødre til å overkomme stigmaet rundt psykiske lidelser.

6.0 Konklusjon

I dette litteraturstudiet har jeg prøvd å finne svar på hvordan en som sykepleier kan støtte og ivareta mor ved symptomer på fødselsdepresjon. Etter å ha gått systematisk igjennom litteratur og forskning, kan en oppsummere at mors forventinger til svangerskapet og tiden etter fødsel påvirket hennes symptomer på fødselsdepresjon. De kvinnene som hadde et stort behov for kontroll var i større fare. Mødrene hadde et vesentlig behov for sosial støtte og det å mestre amming. Da vil omsorg fra sykepleieren være helt sentralt for at mødrene skal føle seg ivaretatt. For at en som sykepleier skal kunne støtte og ivareta mødre med fødselsdepresjon er det viktig at en har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, og at denne kunnskapen kan gis videre til disse mødrene for å øke deres forståelse. EPDS har vist seg å være et nyttig verktøy å bruke av helsepersonell, både for å øke deres kunnskap og for at de skal få økt trygghet til å hjelpe. Ved god og riktig informasjon støttes pasientens ressurser og mulighet for mestring, også god veiledning vil kunne styrke og støtte mødrene, noe som er viktig i empowermentprosessen. Både mestring og empowerment er viktige elementer i helsefremmende sykepleie. Kontinuitet i barselomsorgen vil også være av stor betydning for mødrene og deres opplevelse av støtte og ivaretakelse.

Det som er spesielt med fødselsdepresjon er at den kommer når det er forventet at kvinnen skal være på sitt lykkeligste. Det er også store forventinger rundt det å bli mor, noe som åpenbart gjør opplevelsen av fødselsdepresjon spesielt krevende. Klarer man som sykepleier å opparbeide en stabil og trygg relasjon til moren mens hun går gravid, vil dette øke muligheten for at hun vil ta imot videre oppfølging og støtte etter fødselen. Det er også mye som tyder på at tiltak som fører til økt selvfølelse og mestring har størst mulighet til å lykkes, og øker dermed mødrenes opplevelse av støtte og ivaretakelse. En kan dermed si at en som sykepleier til syvende og sist kan fremme støtte og ivaretakelse hos pasienter med fødselsdepresjon gjennom et viktig enkelttiltak; omsorg.

Referanseliste

- Andersen, M. L., Brok, P. N., & Mathiasen, H. (2012). *Empowerment – teori og praksis*. Frederikshavn: Dafolo Forlag og forfatteren
- Andreassen, A. K. (2017, 29. mars). Nå får nybakte foreldre tidlig hjemmebesøk. *Karmøynytt nr. 13*, s. 10.
- Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (1. utg., s. 71-86). Oslo: Gyldendal akademisk
- Bendiksen, R. B. (2010). Svangerskapsomsorg. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.). *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Benner, P., & Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sykepleje – Stress og mestring ved sundhed og sykdom*. København: Munksgaard
- Berle, J. Ø. (2010). Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.). *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (1. utg., s. 18-30). Oslo: Gyldendal akademisk
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eberhard-Gran, M. M. C. (2015, 6. februar). *Depresjon i forbindelse med fødsel (fødselsdepresjon)*. Hentet fra <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/depresjon-i-forbindelse-med-fodsels/>

- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
- Glavin, K., Ellefsen, B., & Erdal, B. (2010). Norwegian Public Health Nurses' Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nursing*, 27(3), 255-262. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x
- Gutierrez-Zontez, A., Labad, J., Martin-Santos, R., Gracia-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Gorneman, I., Canellas, F., Gratacos, M., Guitart, M., Roca, M., Costas, J., Ivorra, J. L., Navines, R., 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. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.06.001
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012a). A Qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950
- Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012b). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 175-84. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2
- Hagtvedt, M. L. (2010). Det nye livet. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.). *Det nye livet svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget

- Hanssen-Bauer, K. & Welander-Vatn, A. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Edinburgh Postnatal Depression Scale, (EPDS). *PsykTestBarn*, 2(3)
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for kohort forskning*. Hentet 9. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for kvalitativ forskning*. Hentet 9. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lazarus, R. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leger, J., & Letourneau, N. (2015). New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health & Social Care In The Community*, 23(4), 337-348. doi:10.1111/hsc.12125
- Letourneau, N., Secco, L., Colpitts, J., Aldous, S., Stewart, M., & Dennis, C. (2015). Quasi experimental evaluation of a telephone-based peer support intervention for maternal depression. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(7), 1587-1599. doi:10.1111/jan.12622
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. Utg., s. 40-55). Oslo: Cappelen Damm
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie - teori og praksis*. (3. utg., s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget
- Nygård, I. J., 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), 34-38.

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 17. april 2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Scope, A., Booth, A., & Sutcliffe, P. (2012). Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: a qualitative synthesis. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(9), 1909-1919.
doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05954.x
- Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. Utg., s. 323-346). Oslo: Gyldendal akademisk
- Støren, I. (2014). *Bare søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Turner, K., Chew-Graham, C., Folkes, L., & Sharp, D. (2010). Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 78(2), 234-239.
doi:10.1016/j.pes.2009.05.022
- Tveiten, S. (2014). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie - teori og praksis*. (3. utg., s. 79-98). Bergen: Fagbokforlaget

Ulvund, (2010). Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (1. utg., s. 276-287). Oslo: Akribe AS.

Vedlegg I: eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Vedlegg I - Eksempel på kildekritikk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

I dette vedlegget vil jeg gi et eksempel på kildekritikk til de kvalitative studiene. Sjekklisten jeg har brukt er hentet fra kunnskapssenteret (2014).

Link til nettsiden finnes i oppgavens referanseliste.

Den kvalitative studien jeg kritisk vurderer er av Haga, Lynne, Slinning & Kraft (2012)

Se oppgavens referanseliste for fullstendig kilde.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Utvalget er tydelig beskrevet i form av tekst. 12 personer deltok; kvinner i fertil alder og som var førstegangs fødende, ble intervjuet i tiden etter fødsel. Intervjuene ble lagt opp til at kvinnene kunne fortelle sine egne historier. Rekrutteringsstrategien er også presentert.</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er brukt presenteres i studien; semistrukturerte dybdeintervjuer som ble tatt opp på tape. Datainnsamling, begrunnelse for valg av metode, samt setting for datasamling er også beskrevet. Metodedelen er grundig beskrevet i studien.</p>
---	---

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Dataanalyse beskrives i et eget avsnitt. Denne studien har brukt "thematic analysis", og det blir beskrevet hvordan denne type analyse er gjennomført. Det er klar sammenheng mellom innsamlede data og det forskerne/forfatterne har kommet frem til i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien inneholder et eget avsnitt begrensninger, og tolkning av data er godt beskrevet. Helt i starten av studien blir det kort presentert hvor forskerne kommer fra og deres faglige bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien har et eget avsnitt hvor hovedfunnene i studien diskuteres opp mot tidligere forskning.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Andre kilder trekkes inn både for å vurdere og underbygge funnene.</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Hver av deltakerne har gitt informert samtykke, og studien er godkjent av etisk komite</p>			

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart frem i studien, og diskuteres i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p>			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er relevant og aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg kvinners opplevelse av graviditet og fødsel, deres forventninger og hva de ser på så viktig når det gjelder velvære og depresjon i tiden etter fødsel. Det går også inn på hva helsepersonell kan gjøre i det forebyggende arbeidet. Studien er en viktig del av min bacheloroppgave.</p>		
---	--	--	--

Vedlegg II: Søkeprosessen

Søk	Data-base	Søkeord	Avgrensing	Ant. Treff	Leste artikler	Utvalgte artikler	Relevans
1	CIN-AHL	Post-partum depression AND birth AND mother	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	123	5	A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers	Funnene i denne studien viser til hvorfor noen mødre finner overgangen til å bli mors som så vanskelig at de føler noen former for depresjon, mens andre ikke.
2	CIN-AHL	Post-partum depression OR post-natal depression AND experience	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	227	4	Women´s experiences of health visitor delivering listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study	Studien sier noe om hvordan kvinner opplever hjemmebesøk som en behandling for fødsels-depresjon.
3	CIN-AHL	Postnatal depression AND mother AND coping	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	19	2	Women´s perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: a qualitative synthesis	Studien undersøker kvinners oppfatning og erfaring av kognitiv atferdsterapi i gruppe og andre gruppe intervensjoner for fødsels-depresjon.
4	CIN-AHL	Post-partum depression OR post-natal	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	227	4	Norwegian Public Health Nurses´ Experience	Studien sier noe om i hvilken grad Edinburgh Postnatal

		depression AND experience				Using a Screening Protocol for Postpartum Depression	Depression Scale kan brukes av helsesøstre i norske kommuner som screening verktøy for å oppdage fødsels-depresjon.
5	Pub-Med	Post-partum depression OR postnatal depression AND coping AND nursing	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	151	3	A longitudinal study of postpartum depression symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support	Studien tar sikte på å undersøke om psykologiske variabler som kognitive emosjons-regulerende strategier, mødrenes mestringsevne rundt amming, og sosial støtte kan forutsi symptomer på fødsels-depresjon.
6	Pub-Med	Post-partum depression OR postnatal depression AND coping	Utgivelsesår 2010-2017 Språk: Engelsk	410	3	Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach	Studien undersøker om følelsesmessig ustabilitet, sosial støtte, livshendelser og mestringsstrategier er assosiert med depressive symptomer

Vedlegg III: Edinburgh Postnatal Depression Scale

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
 Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
 No, not very often Please complete the other questions in the same way.
 No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.² The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for "perinatal" depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt *during the previous week*. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women's Health Information Center <www.4women.gov> and from groups such as Postpartum Support International <www.chss.iup.edu/postpartum> and Depression after Delivery <www.depressionafterdelivery.com>.

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30
Possible Depression: 10 or greater
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

1. The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All the items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Skjema: Edinburgh Postnatal Depression Scale hentet fra Fresno den 10. april 2017

<http://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>

