



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Mor med fødselsdepresjon

Sunniva Marie Kjelstad

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Sara Terese Osland

Innleveringsdato: 30.11.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Det minste mantraet av dem alle

mens du skriker

Men jeg gjorde det ikke

Jeg tenkte på å klemme deg i 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

Kva ER det eg tenker

Men jeg gjorde det ikke

Men jeg

(Storrusten, 2017, s. 60)

Samandrag

Tittel:	Mor med fødselsdepresjon.
Hensikt:	Hensikta med oppgåva er å bidra til betre forståing av fødselsdepresjon og gjere funn som kan vere til informasjon for praktiserande sjukepleiarar. Målet er å sikre best mogleg behandling.
Problemstilling:	<i>Korleis kan sjukepleiar ivareta kvinner som er innlagt med fødselsdepresjon?</i>
Metode:	Metoden som er brukt er litteraturstudie. Denne studien bygger på forskning, pensum- og faglitteratur, samt egne erfaringar frå praksis. Det er brukt lovverk og yrkesetiske- og nasjonale retningslinjer.
Resultat og konklusjon:	Sjukepleiaren skal møte kvinnene med profesjonelle, terapeutiske og medmenneskelege haldningar der omsyn, respekt, empati og likeverd står sentralt. Det er hensiktsmessig å redusere stressfaktorar og å tilpasse oppgåver slik at dei er handterbare. Det er viktig å bidra til meistring og sjølvstende. Styrking av nettverk og å sikre oppfølging over tid er nøkkelpunkt for betring. Kartlegging av meistringsstrategiar kan hjelpe kvinnene ved forverring.
Nøkkelord:	Fødselsdepresjon, barselsdepresjon, miljøterapi, omsorg

Innholdsliste

1 Innleiing	s. 1
1.1 Bakgrunn for val av tema	s. 1
1.2 Problemstilling	s. 1
1.3 Avgrensing	s. 2
1.4 Disposisjon	s. 2
2 Metode	s. 3
2.1 Val av metode	s. 3
2.2 Søke- og utvalsprosess	s. 3
2.3 Søkeprosess etter anna litteratur	s. 4
2.4 Kjelde- og metodekritikk	s. 5
2.5 Etske vurderingar	s. 5
3 Fagleg og teoretisk bakteppe	s. 6
3.1 Sjukdomsbiletet	s. 6
3.2 Relasjon mellom mor og barn	s. 7
3.3 Yrkesetikk	s. 7
3.4 Miljøterapeutisk tilnærming	s. 8
3.5 Omsorg	s. 8
3.6 Kommunikasjon	s. 9
3.7 Empowerment	s. 9
3.8 Kriseplan	s. 10
4 Presentasjon av forskning	s. 11
4.1 Artikkel nr. 1	s. 11
4.2 Artikkel nr. 2	s. 11
4.3 Artikkel nr. 3	s. 12
4.4 Artikkel nr. 4	s. 12
4.5 Artikkel nr. 5	s. 13
5 Drøfting	s. 14
5.1 Når gleda snur	s. 14
5.2 Ivaretaking av mor	s. 16
5.3 Styrke mor si omsorgsevne	s. 17
5.4 Planlegging og utskriving	s. 19
6 Konklusjon	s. 21
Litteraturliste	s. 22
Vedlegg nr. 1 – PI(C)O-skjema	s. 24
Vedlegg nr. 2 – Søkeprosess SveMed+	s. 24
Vedlegg nr. 3 – Søkeprosess Academic Search Elite	s. 24

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Av alle fødande kvinner er det 7-13 prosent som utviklar fødselsdepresjon (Stewart & Vigod, 2016, s. 2177). Det vil altså seie at 4000-8000 kvinner i Noreg får denne lidinga kvart år (Wisner et al., 2013, s. 495). Fødselsdepresjon er ei omfattande psykisk lidning som skjer på eit tidspunkt som for mange blir sett på som ei fin og spennande tid. Det blir store kontrastar mellom forventningane ein har til korleis barsellivet skal vere, og korleis realiteten blir når fødselsdepresjonen pregar mor.

Fødselsdepresjon skjer etter fødsel. Likevel viser forskning at ein av tre som utviklar fødselsdepresjon allereie har hatt episodar eller depressive symptom under svangerskapet (Wisner et al., 2013, s. 495). Episodar med depresjon innan seks veker etter fødsel, blir rekna som knytt til fødselen (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 185). Likevel er det auka risiko for å utvikle depresjon i minst seks månadar etter fødselen (Norsk Helseinformatikk, 2017). Det er også viktig å nemne at fødselsdepresjon ikkje berre kan råke mor, men også far (Gullestrup & Terp, 2008, s. 11).

Deprimerte mødre opplever i større grad at barnet er krevande. Dei kan også ha vanskar med å møte barnet sitt behov for tilknytning til mor. (Suren et al., 2018). Barn som har vokst opp med mødre som har hatt langvarig depresjon eller har hatt fleire episodar med alvorleg depresjon, har i følgje Goodman et al. (2010, s. 17), større åtferdsproblem og meir kognitive, språklege og sosiale vanskar.

Kvinner som blir innlagt med fødselsdepresjon krev kunnskap og kompetanse. Det er i utgangspunktet ei sårbar tid for både mor, barn og ein eventuell partner. Som sjukepleiestudent og assistent på psykiatrisk institusjon har eg møtt kvinner med fødselsdepresjon. Eg vil auke min eigen kunnskap om lidinga for å kunne utøve best mogleg sjukepleie og sikre best mogleg behandling for dei råka kvinnene.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar ivareta kvinner som er innlagt med fødselsdepresjon?

1.3 Avgrensing

I denne oppgåva vil eg fokusere på nybakte mødre som er innlagt på psykiatrisk klinikk. Eg vel å avgrense til mødre som er frivillig innlagt og er utan barnet på avdelinga. Sjølv om problemstillinga mi er retta mot mor, blir heile familien påverka når ho blir deprimert og innlagt. Eg skal også sjå på korleis ein kan ivareta barnet og korleis ein kan legge til rette for ei god samhandling med mor.

1.4 Disposisjon

I starten av oppgåva ser eg nærmare på kva metode er og presenterer kva metode som er brukt. Eg skal greie for forskning og anna litteratur, samt vise til framgangsmåte for søk. Deretter skal eg grunngje val av forskning og litteratur. Eg presenterer til slutt kritikk knytt til søk viser til etiske vurderingar (kapittel 2). Eg tar deretter føre meg teori og ser på sjølve lidinga, etisk utøving av sjukepleie, miljøterapeutisk tilnærming, omsorg, kommunikasjon, empowerment og kriseplan (kapittel 3).

Vidare presenterer eg forskning om fødselsdepresjon (kapittel 4). Eg skal drøfte problemstillinga i lys av relevant teori, forskning og egne erfaringar. Ei historie blir presentert, og eg tar føre meg mor sitt sjukdomsbilete, ivaretaking av mor som brukar, styrking av mor si omsorgsevne og planlegging og utskriving (kapittel 5). I slutten av oppgåva vil eg kome fram til ein konklusjon (kapittel 6).

2 Metode

Metode er måten ein går fram for å svare på problemstillinga. Det er problemstilling som avgjer kva metode som er hensiktsmessig å nytte. Innsamling av kunnskap og data blir gjort på ein systematisk måte, og ein går i djupna av det som skal undersøkast. Ved å forklare metode, skal ein vise til framgangsmåten som er brukt (Thidemann, 2015, s. 76).

2.1 Val av metode

Metoden eg har valt å nytte i denne oppgåva er litteraturstudie. Hensikta med denne metoden er å opplyse og vidareformidle kunnskap. Ein hentar inn data frå ulike skriftlege kjelder og ser på litteraturen med eit kritisk blikk. Målet er å gje eit godt svar på problemstillinga og å gjere greie for korleis ein har kome fram til konklusjonen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

Litteratur som er brukt til innsamling av data er pensum, fagbøker, fagartiklar, forskingsartiklar, lovverk og retningslinjer. Eg har valt fem forskingsartiklar; tre kvalitative, ein kvantitativ og ein litteraturstudie. Bakgrunnen for valet mitt er at eg ynskjer nokre målbare data, som vil gje oss eit oversyn over kor mange som er råka av fødselsdepresjon, samt å legge fram opplevingar og erfaringar frå brukarar (Dalland, 2017, s. 52). Litteraturstudie meiner eg er ein hensiktsmessig metode for å svare på problemstillinga.

2.2 Søke- og utvalsprosess

Prosessten starta med å utfylling av PI(C)O-skjema som gjer ein god oversikt over problemstilling og tema (sjå *Vedlegg nr. 1 – PI(C)O-skjema*). Problemstillinga blir bearbeidd ved å nytte skjemaet og vil vere til hjelp i søkeprosessen (Thidemann, 2015, s. 86).

Databasen SveMed+ er brukt for å finne artiklar og til å finne synonymord på engelsk. På SveMed+ brukte eg søkeordet «fødselsdepresjon». Når eg stilte inn søket på forskning som er gitt ut dei seinaste ti åra, fekk eg 33 treff (sjå *Vedlegg nr 2 – Søkeprosess SveMed+*). Bakgrunnen for at eg gjorde dette, var at eg vil at forskinga skal vere av nyare dato. Eg las overskrifter og abstrakta på artiklane eg tenkte kunne vere relevante for oppgåva. Eg fann ein artikkel som eg har brukt; *Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway* (Glavin, Smith & Sørnum, 2009).

Med søkeorda «postpartum depression», «postnatal depression», «intervention», «psychiatric hospital», «psychiatric care» og «psychiatric ward» gjorde eg også funn på Academic Search Elite (sjå Vedlegg nr. 3 – Søkeprosess Academic Search Elite). Då inkluderte eg også Medline og Cinahl som databasar. Som sist, stilte eg inn søket på forskning som er gitt ut dei seinaste ti åra. Eg fekk no treff på 46 artiklar. Eg las alle overskrifter og abstrakta på dei mest relevante. Eg har brukt ein artikkel; *Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data* (Vliegen et. al., 2013).

Eg har også gjort søk etter faglege artiklar. I litteraturlista til artiklar fant eg relevant forskning. På denne måten har eg funne tre artiklar som eg har valt å inkludere; *Lost in a Nameless Chaos – Women’s experiences of postpartum depression* (Dahl, Hermansen & Severinsson, 2017), *A meta-ethnographic study, Women’s experiences of postnatal distress: a qualitative study* (Coates, Ayers & Visser, 2014) og *Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse for kvinner med fødselsdepresjon?* (Nygård, Nåden & Foss, 2011). Denne søkemetoden var aktuell grunna lite funn av forskning i databasar.

2.3 Søkeprosess etter anna litteratur

Av pensumlitteratur har eg brukt *Metode og oppgåveskriving* (Dalland, 2017) og *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (Thidemann, 2015). Vidare har eg valt å bruke *Samtalen, skjønnhet og evidensen* (Martinsen, 2005), som også er pensumlitteratur.

På Oria gjorde eg søk med søkeordet «fødselsdepresjon». Dette søket resulterte ikkje i aktuell forskning, men eg fant relevant faglitteratur. Eg har også gjort søk på Sykepleien.no sin database med søkeorda «barsel» og «fødselsdepresjon». Der fant eg ein artikkel om ein forfattar som har gjeve ut diktsamlingar om sine erfaringar frå nettopp fødselsdepresjon (Hernæs, 2018). Eg har fått lov av forfattaren å gjengi eit av dikta i forordet.

2.4 Kjelde- og metodekritikk

Kjeldekritikk er vurderingar av litteraturen, og i kva grad litteraturen eignar seg til å gje svar på problemstillinga (Dalland, 2017, s. 158). Av faglitteratur har eg brukt anerkjende forfattarar. I den grad det har vore mogleg, har eg brukt primærkjelder. Forskingane eg har brukt er fagfellevurdert. Dei følgjer IMRaD-strukturen, som vil seie at artiklane er bygd opp slik: *Introduction, method, result, and, discussion* (Thidemann, 2015, s. 68). I utvalsprosessen har eg sett på tema, kven som har utført dei og tidspunkt. Eg har avgrensa tidsrommet, og artiklane er publisert frå 2009 fram til i dag.

Fire av forskingsartiklane eg har brukt er skreve på engelsk. På grunn av dette kan informasjon ha blitt feiltolka eller misforstått. Sjølv om eg har grundig lest overskrifter og abstrakt, er det mogleg at eg har oversett artiklar i søkeprosessen som kunne bidratt til å gje svar på problemstillinga. Tre av forskingsartiklane mine er frå Noreg, dei andre er frå Belgia og England. I utvalsprosessen var landa forkinga var utført i, ein avgjerande faktor for om artiklane skulle brukast eller ikkje. Dersom forkinga er gjort i land med stor kulturell avstand frå den norske, vil dei truleg ikkje vere like relevante.

Det er viktig å vurdere ulemper ved metoden som blir brukt. Særleg viktig er det når er brukt intervju, observasjon og spørjeskjema (Dalland, 2017, s. 54). Eg meiner også at det er viktig å nemne ulemper med eigen metode. Sidan dette er ein litteraturstudie med fleire kjelder enn forskning, kan oppgåva vere prega av eit noko subjektivt perspektiv. Eg har likevel rekna litteraturen som påliteleg og gyldig grunna relevans til tema og mengda av objektivitet.

2.4 Ethiske vurderingar

Ved å følgje høgskulen sine etiske retningslinjer og ved å halde teieplikta, har eg valt å lage ei fiktiv historie basert på mine erfaringar. Eg nemner ikkje praksis- og jobbstad i oppgåva. Dette er bevisste val eg har gjort for å verne om pasientinformasjon.

3 Fagleg og teoretisk bakteppe

3.1 Sjukdomsbiletet

Verdens helseorganisasjon har gitt ut ICD-10, som i følge Direktoratet for e-helse (2018, s. 1) er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sjukdommar og beslekta helseproblem. Lidinga er ikkje klassifisert som eigen diagnose som definerar berre fødselsdepresjon, men ein meir felles diagnose; «psykiske og atferdsmessige forstyrningar i barseltida», og har koden F53.0-F53.9. Det er spesifisert at denne klassifikasjonen berre omhandlar «psykiske forstyrningar som debuterar innan seks veker etter fødsel eller som ikkje oppfyller kriteria for andre lidingar» (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 185).

Lisbeth Brudal (Dagens Medisin, 2000) meiner det kan vere uheldig å setje diagnoser på nybakte mødre. Ho meiner at ein heller bør nytte begrepet *fødselsuro*. Ved å skape ei lidinga, vil ein få kvinner som er redd for å bli råka. Ho påpeiker normaliteten av reaksjonar ved svangerskap, fødsel og i barseltid. Mellom anna kan søvnmangel føre til sinne, som kan tolkast som eit symptom på fødselsdepresjon. Både kvinner og menn kan få fødselsuro. Brudal meiner helsepersonell kan hjelpe ved å unngå å sjukeleggjere brukarane, men heller opne opp for gode samtalar der brukarane blir tatt på alvor og lytta til (Dagens Medisin, 2000).

Svangerskapet, fødselen og den store endringa kan vere påkjenningar for den psykiske helsa, og det er ikkje uvanleg å ha reaksjonar etter fødselen. Dette kallar Gullestrup og Terp (2008, s. 33) for «etterfødselsreaksjonar». Ein kan kjenne på overveldande kjensler og tiltaklause. Barselkvinnene kan også vere triste og ta lett til tårene (Gullestrup & Terp, 2008, s. 33). Dette er ikkje uvanlege reaksjonar etter ein fødsel, og ofte vil det gå over når mor blir tryggare og meir vant med situasjonen. Det kan vere frå nokre dagar til ei omlag ei veke (Gullestrup & Terp, 2008, s. 9).

Ein del av desse, 7-13 prosent av alle fødande kvinner, utviklar fødselsdepresjon (Stewart & Vigod, 2016, s. 2177). Det kan gje seg utslag i til dømes søvnavanskar og kjensle av tiltakslausheit og skuld. Andre symptom kan vere at kvinna har kjensle av sinne, redsel og panikk. Det å ta vare på barnet kan kjennast som ei vanskeleg oppgåve. Kvinna kan frykte å miste kontroll som kan føre til skade på barnet og kvinna kan i alvorlege tilfeller vere opptatt av døden. Varigheita på lidinga kan variere på kor alvorleg depresjonen er, og kor tidleg ein får nødvendig hjelp (Helsebiblioteket, 2014). Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009, s. 77) anbefalar primært eit tilbod i primærhelsetenesta. Når

dette ikkje er tilstrekkeleg bør mor henvisast til psykisk helsevern.

3.2 Relasjon mellom mor og barn

Barnet har behov for nærkontakt og kommunikasjon, og er spesielt knytt til mor den første tida (Hart, 2011, s. 136). Tilknytninga barnet har til foreldre spelar ei viktig rolle i utviklinga. Barn lærer seg å tilpasse seg andre sin veremåte. Forstår ikkje barnet veremåten, kan det få vanskar med å oppfatte andre sine refleksjonar, samt å gjere sine egne. Dei kan få kjensle av å ikkje bli elska og kan oppfatte avvising. Dette kan resultere i at barnet får svekka sjølvkjensle (Hart, 2011, s. 165). Å bli separert frå foreldre kan opplevast som så traumatiserende at sentrale funksjonar hos barnet kan bli påverka. I ekstreme tilfeller kan barnet få skader i nervesystemet (Hart, 2011, s. 167).

Barna kan sjølve utvikle depressiv atferd og kan få biologiske forandringar dersom mor er deprimert. Dei kan bli urolege, få forandringar i hjarterytma, utvida pupillar og diare (Herheim & Langholm, 2006, s. 232). Barn av mødre som har hatt langvarig depresjon eller har hatt fleire episodar med alvorleg depresjon, i følge Goodman et al. (2010, s. 17) også større åtferdsproblem og meir kognitive, språklege og sosiale vanskar.

3.3 Yrkesetikk

Sjukepleiarar har yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016) som ein skal følgje. I møte med brukarar har sjukepleiarar eit ansvar for helsefremming og førebygging av sjukdom, og skal fremme vekst av håp, meistring og livsmot. Brukaren skal bli møtt på alle behova gjennom heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Å ta hand om pårørande er også ei sjukepleieoppgåve, og ein skal vise respekt og omtake for pårørande (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dersom mor har mindreårige barn, krev Helsepersonelloven (1999, § 10 a) at ein informerer og sikrar ivaretaking av barna.

Som helsepersonell skal ein ikkje la andre få innsyn i, eller gjere opplysningar om brukarar kjent (Helsepersonelloven, 1999, § 21). I samarbeid med anna helsepersonell, kan likevel nødvendige opplysningar bli gjeven til samarbeidspartnarar når dette er godkjent av brukaren sjølv (Helsepersonelloven, 1999, § 25).

3.4 Miljøterapeutisk tilnærming

Miljøterapi er ikkje ein konkret behandlingsmetode, men meir ein ideologi eller tanke om at det personalet gjer, skal ha terapeutisk effekt på brukaren. Det skal bli lagt til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndeleg vekst (Lillevik & Øien, 2015, s. 60). Haldningane personalet utøver skal vere profesjonelle, terapeutiske og medmenneskelege. Empati står høgt, og ein skal vere open og gi brukaren håp om optimisme (Hummelvoll, 2012, 476-477). Ein skal støtte brukaren, men også legge til rette for handterbare utfordringar. Personale skal styrke brukaren sin eigenomsorg ved å vise respekt og aksept. Miljøterapi i praksis inneber planlegging, tilrettelegging og systematikk (Lillevik & Øien, 2015, s. 60).

Hummelvoll (2012, s. 434-436) tar føre seg fire ulike fasar i relasjon med brukaren; *forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen*. I forberedelsesfasen har endå ikkje brukaren og sjukepleiaren møtt kvarandre, og det handlar om forberedelse og klargjering (Hummelvoll, 2012, s. 434). I orienteringsfasen er fokuset på brukaren sine tankar, kjensler og atferd for å finne behov og problemområder ein skal jobbe med. Ein snakkar om kva brukaren ynskjer skal skje og lagar ein plan vidare plan (Hummelvoll, 2012, s. 435).

I arbeidsfasen er det sentralt at brukaren jobbar mot aukiing av sjølvinnsikt. Med å forstå problem, ressursar og problemløysing på eit djupare grunnlag, skal ein kome fram til nye strategiar for å jobbe med problema på. I avslutningsfasen fokuserer ein på forbetringa brukaren har hatt og tar opp eventuelle negative kjensler brukaren har kring avslutninga på samarbeidet (Hummelvoll, 2012, s. 436).

3.5 Omsorg

Omsorg blir omtalt til å vere i slektskap med nestekjærleik (Martinsen, 2003, s. 14), men også som eit begrep med fleire faktorar, eller forutsetningar som må ligge til grunne for å nettopp kunne kalle det for *omsorg*.

Omsorg er å knytte bånd, å inngå i relasjonar. Å knytte bånd har med avhengighet å gjøره. Det er gjennom avhengighetsforhold at mennesket utvikler sin selvstendighet. Avhengighetsforholdet innebærer at ikkje noe menneske er noe i og gjennom seg selv alene. Relasjonar og avhengighet er grunnleggjende i menneskers liv. (Martinsen, 2005, s. 137)

Å anerkjenne situasjonen den andre står i, er ein føresetnad for vise oppriktigheit innan omsorg (Martinsen, 2003, s. 71). Med eit syn på menneske som ein heilheit har vi føresetnad for å ha ein felles ideologi, *å ta vare på kvarandre*. Det inneber å ikkje setje sin verdi over det andre medmenneske, men fungere som ei samla gruppe og ha tankar om likeverd (Martinsen, 2005, s. 136). Når den andre parten er i ein vanskeleg situasjon, må ein kunne reflektere over korleis det det hadde vert for ein sjølv (Martinsen, 2003, s. 76).

3.6 Kommunikasjon

Brudal (2014, s. 51) skriv at ein må ha ei empatisk haldning i kommunikasjon med personar som er blitt påverka av ei livshending. Det er fire sentrale punkt, eller verktøy, ein kan nytte seg av i empatisk kommunikasjon. Det første er å la brukaren fortelje si historie. Ein nyttar moglegheita for å danne seg ei heilheit av forteljinga (Brudal, 2014, s. 102). Det andre punktet er å oppmuntre brukaren til å fortelje om kjensler. Sjukepleiaren skal vise interesse for brukaren slik at vedkommande kjenner seg sett og lytta til. Her må ein våge å kome nær brukaren (Brudal, 2014, s. 105).

I trinn tre skal brukaren oppmuntrast til å reflektere over kjensler eller situasjonen brukaren no står i (Brudal, 2014, s. 112). Ved hjelp av samtale og spegling, vil ein kunne forstå det den andre forstår. Ein vil gjenkjenne kjensler og intensjonar i oss sjølve, og ein vil kjenne på empati. I samtalen vil ein då kunne legge til rette for ny innsikt hos brukaren (Brudal, 2014, s. 116-117). Det fjerde punktet er når brukaren spør om dine tankar og refleksjonar. Ein skal då fortelje korleis ein har tolka det som er blitt fortalt for å forsikre seg at ein har forstått. Å gje tilbakemelding til brukaren er viktig del i det siste punktet (Brudal, 2014, s. 121-122).

3.7 Empowerment

WHO (Verdens helseorganisasjon) sin definisjon på empowerment er; «In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health» (World Health Organization, 1998, s. 6). På norsk vil dette seie: *Knytt til helsefremming er empowerment ein prosess der menneske i større grad får kontroll over beslutningar og handlingar som påverkar eiga helse* (World Health Organization, 1998, s. 6)

Brukarar skal gjennom kommunikasjon kome med behov og bekymringar som vedkommande bærer på, og det skal bli lagt til rette at brukaren er involvert i beslutningar (World Health Organization, 1998, s. 6). Med fokus på informasjonsformidling skal brukaren ta val som omhandlar ein sjølv. Det er essensielt at sjukepleiarar formidlar fagkunnskap slik at brukaren er informert på førehand av eit val. Begrepet tar avstand frå bruken av tvang, og spelar i større grad på autonomi og sjølvbestemmelse. Ein skal støtte brukaren sine val og handlingar (Hummelvoll, 2012, s. 596).

3.8 Kriseplan

I nasjonale faglege retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009, s. 59-60) står det at kriseplan kan vere hensiktsmessig dersom ein på nytt vert råka av depresjon. Denne planen skal utarbeidast i lag med brukaren sjølv, behandlarar og eventuelt pårørande. Ein skal kartlegge faresignal brukarar har ved forverring og finne strategiar for meistring av situasjonen. I planen bør det inngå aktivitetar brukarar kan ta seg til med, strategiar for positiv tenking samt korleis brukarar kan unngå å isolere seg. I tillegg skal det vere klart kven brukaren kan kontakte ved forverring.

4 Presentasjon av forskning

4.1 Artikkel nr. 1

Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway (Glavin, Smith & Sørum, 2009)

Dette er ein kvantitativ studie med 2227 studieobjekt frå to ulike kommunar. Studien omfattar heimebesøk to veker etter fødsel, og oppfølging på 14 barneklinnkar seks veker etter fødsel. Hensikta med denne forskinga var å finne ut om alder og sosial klasse har ein samanheng med utvikling av fødselsdepresjon. Resultata viser at 10,1 prosent av kvinnene i studien var deprimerte. Førstegangsfødande kvinner hadde 11,8 prosent større førekomst enn fleiregangsfødande, og kvinner som er 36 år og eldre var meir utsett. Førstegangsfødande kvinner på 36 år eller eldre hadde omlag dobbelt så stor sjanse for å utvikle fødselsdepresjon enn fleiregangsfødande kvinner på same alder.

4.2 Artikkel nr. 2

Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data (Vliegen, Casalin, Luyten, Docx, Lenaerts, Tang & Kempke, 2013)

I denne kvalitative studien deltok det 55 kvinner med fødselsdepresjon. Innhenting av data vart gjort med Life History Calendar. Hos kvinner som hadde vert innlagt med alvorleg depresjon, vart det undersøkt symptom og relasjon mellom mor og barn etter utskrivning. 41 kvinner blei etter utskrivning frå to ulike mor-barn-avdeling fulgt over ein periode på tre og eit halvt år. Avdelingane hadde fokus på å betre humør og mellommenneskelege relasjonar, legge til rette for at mor og barn får ein god relasjon og etablere eit godt miljø for mor og barn etter utskrivning.

Over oppfølgingsperioden opplevde 61 prosent av kvinnene betring. Likevel varte depresjonen i gjennomsnitt 57,95 veker, som i forskinga blir nemnt som ein periode barnet har eit stort behov for relasjonsbygging med foreldre. 39 prosent var fortsatt alvorleg deprimerte i oppfølgingsperioden med episodar som i gjennomsnitt varte i 90 veker. Resultata kan, i følgje forfattarane, tyde på at lidinga kan vere reverserande og ofte kronisk.

Skaping av eit trygt miljø i avdeling og ivaretaking av barnet er ei av oppgåvene til sjukepleiaren. Det skal vere ein plan for utskrivning som også skal sikre eit godt miljø for mor, barn og eventuelt partner. Å nytte brukaren sitt nettverk er viktig, og ved behov skal det vere tilbod om vidare oppfølging. I tilfeller der mor si lidning truar barnet si psykiske og psykologiske helse skal barnevernet informerast.

4.3 Artikkel nr. 3

Lost in a Nameless Chaos – Women’s experiences of postpartum depression. A meta-ethnographic study (Dahl, Hermansen & Severinsson, 2017)

Dette er ein meta-etnografisk studie som byggjer på ti ulike empiriske kvalitative forskingar. Studien tar i ulike perspektiv føre seg kvinner si oppleving av fødselsdepresjonen, og set saman relevante funn til ein eigen konklusjon. Dei ti kvalitative studiane var publisert mellom 2005 og 2014 og forskingane var gjort i Australia, USA, Storbritannia, Canada, New Zealand og Sverige.

I denne forskinga kjem det fram at risikofaktorar for lidinga kan vere tidlegare psykiske lidingar, manglande støtte frå partner, lav økonomisk status, vald i heimen, misbruk eller stress. Kvinnene opplevde at den nye rolla endra identiteten deira. Mødrene hadde følelse av kaos der dei hadde symptom som utmatting, søvnmangel og hadde vanskar med å tenkje klart. Dei kjende seg også forvirra, engstelege og einsame. Skam og redsel for stigmatisering bidrog til at kvinnene haldt lidinga skjult og mange var redde for å bli innlagt og separert frå barnet sitt. Nokre kvinner meinte at dei blei godt følgt opp av helsepersonell, medan nokre opplevde å bli møtt med ei nedlatande haldning og hadde kjensle av at situasjonen deira vart bagatellisert. Dette førte til skyldfølelse og lav sjølvtilitt.

4.4 Artikkel nr. 4

Women’s experiences of postnatal distress: a qualitative study (Coates, Ayers & Visser, 2014)

I denne studien deltok det 17 kvinner. Det er ein kvalitativ studie med intervju som vart gjennomført i heimen til kvinnene eller per telefon. Alle kvinnene hadde emosjonelle plagar i inntil eit år etter fødselen. Hensikta med studien var å undersøke korleis kvinner opplevde desse plagane for kartlegge forbetningsområde hos helsepersonell.

Traume etter fødsel og vanskar med amming viste seg å vere gjentakande problem hos kvinnene. Dei hadde kjensle av at dei ikkje fekk nødvendig informasjon eller hjelp til amming, og at dei fekk lite støtte eller oppfølging til traume kring fødselen. Fleire av kvinne opplevde at dei distanserte seg eller unngjekk barnet og hadde kjensle av skuld. Fleire samanlikna seg sjølv med andre og hadde tankar om at dei var utilstrekkelege. Kvinnene hadde også behov for å snakke om, og normalisere kjensler i både grupper og med helsepersonell.

4.5 Artikkel nr. 5

Hvordan kan samtale bidra til å lindre og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? (Nygård, Nåden & Foss, 2011)

Dette er ein litteraturstudie som byggjer på 11 vitenskaplege artiklar og ein doktorgradsavhandling. Hensikta med studien var sjå korleis samtalar med kvinner med fødselsdepresjon er beskrive i forskinga, samt å auke forståing om korleis ein kan nytte samtale til å lindre liding og fremme helse. Resultata av forskinga viser at det er hensiktsmessig å nytte Edinburgh Postnatal Depression Scare til å starte samtale, aktivt lytte og bekrefte ferdigheiter brukaren har og legge til rette for samtale rundt kjensler og opplevingar.

5 Drøfting

Trine på 36 år står i gangen. Rett opp og ned. Ho ser etter kjærasten som trillar barnevogna ut. Gråten til den vesle jenta på ein månad lagar gjenklang på avdelinga. Trine knugar hendene sine. Når eg går mot ho møter ho ikkje augene mine. Eg kan sjå at brysta har laga store ringar av morsmjølk på t-skjorta. Ho hulkar stilt og går inn på rommet sitt. Ensar meg ikkje...

Dette er historia om brukaren Trine som eg vart kjend med i fordjupingspraksis på psykiatrisk avdeling. Sjølv livshistoria hennar er fiktiv, men den byggjer på mine erfaringar i møte med ei innlagt kvinne. Det er desse erfaringane eg vil drøfte i lys av relevant teori og forskning. Eg meiner det er viktig å nemne at sjølv med same diagnose og ein del like symptom, er opplevinga og situasjonen ulik for kvar kvinne. Sjukepleia ein då utøver må vere individuelt tilpassa den enkelte sine behov.

Sentralt i drøftinga står Vliegen et al. (2013) sine tre fokusområde for behandling. Dette er å betre humør og styrkje mellommenneskelege relasjonar. Vidare er det å støtte og leggje til rette for at mor og born får ein god relasjon. Og til sist, er det å etablere eit godt miljø for mor og born etter utskriving.

5.1 Når gleda snur

Endeleg – no er tida her. Men kvifor tar det så lang tid? Timar har gått over til eit døger. Kjenner meg så sliten. Har ingen krefter igjen. Høyrer jordmor snakkar om sugekopp. Og så kjem ho, den vesle jenta vår! Dagane på sjukehuset og heime er tåkete. Strev. Strev med å amme, strev med å suge, strev med å kvile. Barnegråt og mine tårer. Det var ikkje slik mine venninner beskreib det. Kvifor er eg så unormal? Orkar ikkje gråt, orkar ikkje «ta meg saman». Eg er redd. Redd at den vesle ikkje får nok mat. Redd for å vere aleine. Redd for alt.

Det var inga openbar årsak til fødselsdepresjonen som klårt peika seg ut. Uavhengig årsakssamanheng til diagnosen, syner talmaterialet at om lag ein av ti kvinner utviklar fødselsdepresjon (Stewart & Vigod, 2016, s. 2177). Denne «risikoen» ser ut til å vere større for førstegangsfødande og auke med alderen (Glavin et al., 2009 s. 707).

Det er i tillegg nokre faktorar som ser ut til å auke sjansen for å utvikle fødselsdepresjon. Mellom anna kan tidlegare psykiske lidingar, kvinner som har opplevd vald i heimen eller blitt misbrukt vere primære årsaker til fødselsdepresjon (Dahl et al., 2017, s. 963). Slike forhold viser at depresjonen kan

botne i meir samansette livsproblem. I behandlinga på psykiatrisk institusjon får kvinner samtale med behandlarar der det er naturleg at det kjem fram spørsmål om underliggande årsaker. Eg ønskjer å påpeike at sjukepleiarar og anna personale i samhandling med brukarane har viktige samtalar der også slike forhold kan komme fram. Likevel er det viktig å kjenne si rolle, og ha fokus på at ein arbeider i eit tverrfagleg team.

Symptoma til Trine har påfallande mange trekk til teorien og forskinga. Særleg Vliegen et al. (2013, s. 153) tar opp tapskjensle, tristheit, sinne og avhengigheit som sentrale symptom for fødselsdepresjon. Andre like funn er opplevinga av å ikkje handtere den nye rolla og strekke godt nok til (Dahl et al., 2017, s. 971). I lys av funna til Coates et al. (2014, s. 5-6) kan det verke som traume etter fødsel og vanskar med amming er forhold som kan påverke utslag av fødselsdepresjon. Derfor treng kvinnene særskilt informasjon, støtte og hjelp med amming. Svangerskap, fødsel og barseltid er store og naturlege omveltingar i livet. Gullestrup og Terp (2008, s. 33) seier psykiske reaksjonar er vanlege, og kallar dei «etterfødselsreaksjonar».

I forskinga til Dahl et al. (2017, s. 971-972) kjem det fram at deprimerte kvinner kan vere redde for å bli stigmatisert, og nokre opplever at helsepersonell bagatelliserar situasjonen og kjem med negative kommentarar. Brudal (Dagens Medisin, 2000) meiner det er uheldig å diagnostisere kvinner i ein sårbar periode fordi det kan føre til stigmatisering og ytterlegare hinder. Nygård et al. (2011) påpeikar vi må unngå å sjukeleggjere brukaren. Når vi omtalar lidinga som sjukdom, kan vi ta i frå moglegheita til lindring av lidinga, samt vekst og forsoning (Nygård et al., 2011, s. 36). Derfor meiner eg det er viktig med kunnskap om vanlege psykiske reaksjonar i ei sårbar tid. I møte med kvinnene må vi freiste å normalisere reaksjonane så godt det lar seg gjere.

På den andre sida kan det vere problematisk at kvinner med uttalte symptom ikkje skal diagnostiserast. Det å fjerne begrepet lidning, kan påverke kvinnene sine rettar til undersøking og behandling i spesialisthelsetenesta (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-1). Det synest likevel klårt at der er, og må vera eit skilje mellom det som kan karakteriserast som vanleg og normalt, til symptom som krev behandling. Nasjonale retningslinjer anbefalar eit tilbod i primærhelsetenesta. Når dette ikkje er tilstrekkeleg bør mor henvisast til psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2009, s. 77).

Når mor blir innlagt, blir det eit større press på ein eventuell partner eller omsorgsgivar. Ein kan tenkje seg at det er krevjande å vere pårørande i ein slik situasjon. Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016) gjer det klart at ein skal vise respekt om omtanke for pårørande. Her tenkjer eg det er spesielt viktig å legge til tilby samtalar for dei næraste når dei er på avdelinga.

Helsepersonelloven (1999, § 10 a) er tydelege på at ein skal sikre ivaretaking av eventuelle andre barn mor har. Dersom mor og pårørande ynskjer det, kan sjukepleiar kontakte helsestasjon for å legge til rette for oppfølging av det nye barnet og eventuelle søsken.

5.2 Ivaretaking av mor

Ho sit på senga. T-skjorta er framleis våt av morsmjølk. Ho møter framleis ikkje blikket mitt. Ho verkar framleis resignert og skuldtynga. Eg set meg ned på stolen attmed sengekanten. Tar varsamt på ho. Seier ikkje så mykje, lar ho få utløp for gråten. Seinare fortel ho meg om kjenslene sine. Eg møter ho med å lytte. Etter ei stund festar ho auga sine i mine.

Å stabilisere og å betre humør og mellommenneskelege relasjonar er ei hovudmålsetting for behandling (Vilegen et al. 2013, s. 150). Desse forholda handlar om korleis vi møter kvinnene. Personalet må vektlegge å etablere kontakt som fremja respekt, empati og aksept (Lillevik & Øien, 2015, s. 60). Sjukepleiar må evne å vere empatisk (Brudal, 2014, s. 51), open og gi brukaren håp og optimisme (Hummelvoll 2012, s. 476-477). Ein skal utøve profesjonelle, terapeutiske og medmenneskelege haldningar (Hummelvoll, 2012, s. 476). Dette vil gjenspegle seg i omsorgsfulle handlingar. Martinsen (2005, s. 137) fortel at omsorg er å inngå i relasjon med brukaren.

Gjennom omsorgsfull kommunikasjon, må personalet vere emosjonelt tilgjengeleg og open for negative tankar eller kjensler som brukaren har. Slik tilnærming vil fremje endring og vekst (Vliegen et al., 2013, s. 153). Måten å gjere dette på, seier Brudal (2014) er å lytte og oppmuntre brukaren til å fortelje om kjenslene ho sit inne med. Dette er viktig for at kvinna skal kjenne seg sett og lytta til (Brudal, 2014, s. 105).

Å kome brukaren i møte på ein slik måte kan gjerast ved hjelp av det Brudal (2014, s. 116-177) omtalar som spegling. I samtalen speglar ein brukaren si oppleving, ein tar då del i brukaren sin subjektive erfaring, og forstår den gjennom stadfesting og aktiv lytting. Dette vil styrke samhold og likeverd. Vi evnar å betre forstå og møte mor sine behov på ein god og realistisk måte, og normaliserer reaksjonane. Å snakke om kjensler og få dei normalisert er eit behov som dei deprimerte kvinne kan ha (Coates et al., 2014, s. 13). Nygård et al. (2011, s. 36) understeker at kvinna skal behandlast med respekt og omsyn.

Denne måten å etablere og utvikle kontakt på, er viktig for orienteringsfasen påpeiker Hummelvoll (2012, s. 435). Målet er å fremje ein positiv relasjon som aukar behandlingsutbyte. Dette får støtte av Vliegen et al. (2013, s. 152) om meiner det å ha eit støttande og trygt personale aukar refleksjonen hos brukaren, og er eit sentralt punkt i tidleg behandling. Likeverd bør stå sentralt i relasjon til brukaren (Martinsen, 2005, s. 136). Ein må kunne evne å reflektere over korleis det hadde vore dersom ein sjølv stod i situasjonen (Martinsen, 2003, s. 76). Dette handlar om å ha ei empatisk haldning som munnar ut i gode handlingar.

Yrkesetiske retningslinjer seier sjukepleiar skal ivareta brukaren sine behov for heilskapleg omsorg og ta omsyn til sentrale verdiar (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Også i miljøterapi står det sentralt av ein skal sjå kvinnene sine behov innan dei ulike dimensjonane (Lillevik & Øien, 2015, s. 60). Heilt konkret kan det ved innlegging utarbeidast ein behandlingsplan der målsettinga er å betre brukaren sine symptom. Sentralt i planen bør personalgruppa følge bestemte retningslinjer i så vel tilnærming og rutinar. Planlegging, tilrettelegging og systematikk spelar derfor ei viktig rolle i miljøterapi (Lillevik & Øien, 2015, s. 60).

I følgje Hummelvoll (2012, s. 215) er deprimerte kvinner i risikosona for å utføre sjølv mord. Det er behandlarar som vurderer om det er fare for sjølv mord. Som sjukepleiar gjer ein seg likevel viktige observasjonar av kvinnene. Dersom ein vurderer at ei kvinne er i ei slik fare, må sørge for at behandlarar tek ei ny vurdering slik at ein kan setje til verks førebyggjande tiltak. Vidare fortel Hummelvoll (2012, s. 215) at førebygging av sjølv mord er ei utfordrande oppgåve for personalet fordi ein må setje begrensingar, samt ivareta autonomien til den aktuelle kvinna.

5.3 Styrke mor si omsorgsevne

Eg bankar forsiktig på. Eg ser ho sit med brystpumpa. Balar med å få det til. Det kjem berre små dråpar. I dei trøtte auga ser eg fortviling. Ho vil så gjerne dette. Vil vise at ho meistrar og får det til. Overraske sambuaren og den vesle når dei kjem.

Å gjeve tilpassa oppgåver er noko som Lillevik og Øien (2015, s. 60) påpeikar er viktig i miljøterapi. I arbeidsfasen (Hummelvoll, 2012, s. 436) gir sjukepleiar kvinnene handterbare utfordringar. Dette kan vere å stå opp til faste tider, delta på oppgåver knytt til måltid, gå tur, eller passande aktivitetar på hobby- og aktivitetsstove. I starten er det ofte nødvendig at personalet må motivere og rettleie brukarar til å ta slike val som ikkje verkar store, men som har stor betydning for behandlinga. Å gje

handterbare utfordringar kan også innebere at personale må vere behjelpelege med oppgåver rundt barnet for å avlaste mor (Vliegen et al. 2013, s. 154).

Far kom med den vesle jenta på avdelinga to-tre gangar dagleg. Som oftast var familien skjerma på rommet frå dei andre brukarane. Når situasjonen tilsa det, var det rutinar for tilsyn. Far som hovudomsorgsgjevar, fekk stundeviss pause og avlastning. Personalet var då saman med mor og barnet. Vi tok soleis del i oppgåver og omsorg som støtta og avlasta mor. Sett frå ei terapeutisk side er det viktig at mor og born får ei tilknytning som tar sikte på å fremje vekst og moglegheiter. Hart (2011, s.136; Herheim & Langhold, 2006, s. 232; Goodman et al., 2012, s. 17) påpeikar kor viktig det biologiske behovet for tilknytning er for spedbarn, og kva mangel kan få for konsekvensar. Vliegen et al. (2013, s. 154) understrekar at barnet treng kontinuitet, rytme og struktur. Har ikkje mor moglegheiter for å sikre denne omsorga, skal sjukepleiar bidra til med omsorgsgjeving. Oppnår ein gode reguleringar i relasjonen, vil barnet bli enklare å trøste og tilfredsstillt, noko som gjev eit betre utgangspunkt for mor (Vliegen et al., 2013, s. 154).

Brukaren ville oppretthalde mjølkeproduksjonen ved å pumpe seg, for at barnet skulle få mjølka på flaske. På grunn av medisinar og overgang til morsmjølka, vart denne kasta. Dette blei eit nederlag, men ho fortsette likevel å pumpe seg. Hovudargumentet til mor var at ho ville amme barnet når ho vart frisk. Slike avgjersler handlar om empowerment, å kunne ta val som er viktige for seg sjølv og vil styrkje eigenomsorga. Hummelvoll (2012, s. 596) påpeikar at vi skal støtte kvinnene i vala dei tar. Dessutan veit vi også at amming er viktig for nærleik og tilknytning.

Brukaren si eiga avgjersle speglar det eg vil karakterisere som håp. Å fremje håp er ein viktig del i miljøterapi (Hummelvoll, 2012, 476). Ein kan likevel møte utfordrande dilemma i dette. Er valet slik at det fører til uheldige konsekvensar over tid, og ikkje bidreg til betring av sjukdomsbilete, bør ein vurdere andre og betre løysingar saman med kvinnene. Amming kan vere stressande for alle nybakte mødrer (Coates et al., 2014, s. 6). Om mødrene vel å avslutte amming og pumping fordi det er ein stressfaktor, kan ein vurdere andre moglegheiter. Ei kvinne i studien til Coates et al. (2014, s. 7) fortalte at amming for ho var ei stor belastning. Ein sjukepleiar såg dette, og fortalte at ho ikkje var nøydd å amme. Dette vart til stor lettelse for kvinna, og det minska den dårleg samvita ho hadde. Det kan likevel bli lagt til rette for eit godt samspel mellom mor og barn. Mor får tilfredsstillt barnet sine behov for nærheit og næring gjennom morsmjølkerstatning, som kan styrkje kjensle av meistring.

Coates et al. (2014, s. 7) fortel at kvinner som har vanskar med amming kjenner på å ikkje få tilstrekkeleg med rettleiing og støtte av helsepersonell. Dahl et al. (2017, 975) påpeikar at det er

nødvendig å samarbeide med helsepersonell som har kompetanse innafor pleie og behandling av mor og barn etter fødsel. Denne kompetansen meiner eg skulle blitt implementert i prosedyrar for behandlinga.

I nokre tilfeller manglar barn omsorg og oppfølging. Helsepersonell er plikta til å sørge for at barnet har fått nødvendig oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Dersom barnet ikkje blir tatt hand om av ein annan omsorgsperson medan mor er innlagt, har ein plikt til å informere barnevernet. Det er viktig å sikre omsorg av barnet. I Nasjonale Retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009, s. 77) er det klårt at dersom mor si ikkje greier å gi barnet den omsorga det skal ha, kan barnevernet bidra med hjelp og omsorg. Å vurdere mor si omsorgsevne kan likevel vere utfordrande når mor er prega av depresjon.

5.4 Planlegging og utskriving

Eit av funna til Vliegen et al. (2013) var at fødselsdepresjon gjennomsnittleg varar i 14 månadar. Dette seier oss dog ikkje noko om kor lenge kvinnene bør vere innlagt. Behandlarar vurderer betring hos kvinnene, og innleggingsperioden vil ofte vere kortast mogleg. Vliegen et al. (2013, s. 163) signaliserer vidare at lidinga kan vere reverserande og at ein del er råka av kronisk depresjon. Det bør derfor bli gjort ei vurdering av og med kvinna. Er det trong for oppfølging etter utskriving? Her bør også ein eventuell partner eller barnefar få uttale seg. Det er ikkje ei oppgåve for sjukepleiarar å ta denne avgjersla, men ein har likevel eit ansvar for å observere behov som ein rapporterer til behandlarar.

Dersom det blir lagt opp til vidare oppfølging i primærhelsetenesta, kan sjukepleiaren ta del i informasjon til den som skal følgje opp kvinna og/eller barnet. For eksempel kan dette vere helsestasjon. Her er teieplikta tydeleg på av uvedkommande ikkje skal ha informasjon om brukaren (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Ein kan først etter godkjenning frå kvinna gje opplysningar til samarbeidande helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 25).

I avslutningsfasen, er det i følge Hummelvoll (2012, s. 436), viktig å ha fokus betringa kvinna har hatt. No skal ho i større grad vere sjølvstendig. Likevel er det særskilt viktig at mor har eit nettverk, eller nokon å søke støtte hos. Vliegen et al. (2013, s. 154-155) påpeikar viktigheita av å ha eit godt og støttande nettverk. Dersom mor ikkje har eit fungerande nettverk, bør det vere fokus på styrke dette i behandlinga (Vliegen et al. 2013, 155). Ein kan mellom anna undersøke om det finst aktivitetstilbod

for kvinner og barn i heimkommunane og informere om dette.

Hummelvoll (2012, s. 477) fortel at fremjing av håp for betring er ein viktig del av miljøterapien. Også yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016) set lys på at sjukepleiarar skal fremme vekst av håp, meistring og livsmot. Med sikte mot tida vidare, anbefalar Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009, s. 59-60) at det blir utforma ein kriseplan. Denne planen bruker kvinna dersom ho får ei forverring. Ein slik plan vil ha fokus på erfaringar og ein skal kartlegge gode meistringsstrategiar. I planen bør det inngå aktivitetar brukarar kan ta seg til med, strategiar for positiv tenking samt korleis brukarar kan unngå å isolere seg. I tillegg skal det vere klart kven brukaren kan kontakte ved forverring (Helsedirektoratet, 2009, s. 59-60).

I utforminga av ein kriseplan meiner eg det er viktig at sjukepleiarar sjølv forstår at planen er til for å auke eigenomsorg. Kanskje vil ein slik plan også vere med å sikre færre innleggingar? Skal kvinnene halde seg til kriseplanane i vanskelege situasjonar, må kvinnene sjølv forstå nytta av ein slik plan. I avslutningsfasen kan kvinnene i følge Hummelvoll (2012, s. 436) vere prega av negative kjensler. Derfor tenkjer eg at ein må vurdere tidspunkt ein set seg ned med brukaren for planlegge meistringsstrategiar.

6 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva er å finne ut korleis sjukepleiar kan ivareta kvinner som er innlagt med fødselsdepresjon. Her er det fleire punkt som er sentrale. Kvinner med lidinga kan vere redde for å bli stigmatisert. I møte med kvinnene skal ein ta omsyn til at barseltida er ei stor omvelting i livet. Ein skal utøve profesjonelle, terapeutiske og medmenneskelege haldningar der omsyn, respekt, empati står sentralt. Ved å ha ei open tilnærming og gje bekreftelse vil ein styrke samhald og likeverd.

Å leggje til rette for god og meiningsfull samhandling mellom mor og barn er viktig spesielt viktig for barnet si utvikling og tilknytning. Studien har vist at det er hensiktsmessig å tilpasse oppgåvene til kvinnene slik at dei er handterbare. På denne måten vil ein leggje til rette for meistring og sjølvstende. Ved å redusere stressfaktorar kan ein fremje håp og optimisme. Styrking av nettverk og å sikre vidare oppfølging er nøkkelpunkt sett saman med vidare betring. Kartlegging av meistringsstrategiar er hensiktsmessig ved forverring av lidinga.

Litteraturliste

- Brudal, L., H. (2014). *Empatisk kommunikasjon – et verktøy for menneskemøter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Coates, R., Ayers, S. & Visser, R., D. (2014) Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(395), 114-121. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>
- Dagens Medisin. (2000, 13. april). – *Uheldig å gjøre barselkvinner til pasienter*. Henta 12. november 2018 frå <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2000/04/13/--uheldig-a-gjore-barselkvinner-til-pasienter/>
- Dahl, B., Hermansen, M., S. & Severinsson, E. (2017). Lost in a Nameless Chaos – Women's experiences of postpartum depression. A meta-ethnographic study. *Open Journal of Nursing*, 7(8), 962-977. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.78071>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Direktoratet for e-helse (2018). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Henta frå <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>
- Glavin, K., Smith, L. & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 705-710. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2010). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 14(1), 1-27. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Gullestrup, L. & Terp, I., M. (2008). *Fødselsdepresjon*. København: PsykiatriFondens Forlag
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsebiblioteket. (2014, 19. september). *Fødselsdepresjon*. Henta 18. oktober 2018 frå <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/fodselsdepresjon>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2006) *Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N. W. DAMM & SØN AS
- Hernæs, N. (2018, 28. februar). *Desperasjon fra barsel*. Henta 20. oktober 2018 frå <https://sykepleien.no/2017/10/desperasjon-fra-barsel>

- Hummelvoll, J., K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse* (7. utgave.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lillevik, O., G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien* 103(5), 60-63. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Norsk Helseinformatikk (2017, 8. desember). *Fødselsdepresjon, barselsdepresjon*. Henta 16. oktober 2018 frå <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsy sykdommer/fodselsdepresjon/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 13. november 2018 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1177/010740831103100108>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Stewart, D. E. & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186. DOI: 10.1056/NEJMc1616547
- Storrusten, K. (2017). *Barsel – dikt*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Suren, P., Nordeng, H. M. E., Trogstad, L. I. S., Lund, I.O., Villanger, G. D., Meltzer, H. M.,...Frøen, F. (2018, 29. mai). *Helse i svangerskap, fødsel og nyfødtpperiode*. Henta 16. oktober 2018 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P., Docx, R., Lenaerts, M., Tang, E., & Kempke, S. (2013). Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Process* 76(2), 150-168. DOI: <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.150>
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L.,... Hanusa, B. H. (2013). Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry* 70(5), 490-498. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Henta frå <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Vedlegg nr. 1 – PI(C)O-skjema

Patient/problem	Intervention/tiltak	Comparison/samanlikning	Outcome/resultat
Fødselsdepresjon	Sjukepleietiltak		Bli sjukdomsfri

Vedlegg nr. 2 – Søkeprosess SveMed+

Søkedato	Database	Søkeord (2008-d.d.)	Ant. treff	Kva eg gjorde med treffa	Resultat
11.10.2018	SveMed+	1. Fødselsdepresjon	33	Las alle overskrifter/ abstrakt	1 artikkel vart nytta

Vedlegg nr. 3 – Søkeprosess Academic Search Elite

Søkedato	Database	Søkeord	Ant. treff	Kva eg gjorde med treffa	Resultat
12.10.2018	Academic Search Elite (inkludert Medline og Cinahl)	1. Postpartum depression OR Postnatal depression	17 845	Lagra ant. treff	
		2. Intervention	1 526 402	Lagra ant. treff	
		3. Psychiatric hospital OR Psychiatric care OR Psychiatric ward	165 462	Lagra ant. treff	
		1+2+3	65	Lagra ant. treff	
		1+2+3 (2008 – d.d.)	46	Las alle overskrifter/ abstrakt	1 artikkel vart nytta