



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bachelor i sykepleie

Kull 2015

Kan fødselslykken bli satt på vent?

Innleveringsdato: 24.05.2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10224

Antall ord: 8605

Sammendrag

Tittel: Kan fødselslykken bli satt på vent?

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier tidlig oppdage tegn på fødselsdepresjon hos kvinner på barselavdelingen, og hva kan være årsaken til at de blir deprimerte?

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleier på barselavdelingen på et tidligere tidspunkt kan oppdage tegn på fødselsdepresjon hos kvinner som blir innlagt, og samtidig finne ut hva som er årsaken til at de blir deprimerte.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har basert innholdet på egenvalgt litteratur og forskning. Forskningsartiklene er hentet fra databaser som vi har blitt introdusert for under utdanningen og via søkekurs på skolens bibliotek.

Drøfting: Jeg har brukt Florence Nightingale som sykepleieteoretiker og brukt hennes teorier om observasjon og forebygging. Jeg har i tillegg benyttet teori om mental helse i forbindelse med svangerskap og fødsel, fokus i helsevesenet og endringer i det norske samfunnet.

Konklusjon: Mine funn tilsier at observasjon og samtaler er essensielt i møte med kvinner på barselavdelingen. For å kunne se endringer må sykepleiere i tillegg ha kunnskap om forskjellen mellom barseltårer og fødselsdepresjoner. Endringer av rutiner på avdelingen er også en fordel, slik at man kan ha mer fokus på temaet. Resultatene viser at det er potensiale for forbedring hos sykepleiere på barselavdelingen, også når det gjelder bruk av screeningsverktøy for å oppdage depresjoner.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1.	<i>Innledning til tema</i>	1
1.2.	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.3.	<i>Definisjon av sentrale begreper.....</i>	1
1.4.	<i>Avgrensning og presisering.....</i>	2
1.5.	<i>Oppgavens oppbygning.....</i>	2
2.	Metode	3
2.1.	<i>Valg av metode.....</i>	3
2.2.	<i>Vitenskapelig tilnærming.....</i>	3
2.3.	<i>Valg av litteratur.....</i>	4
2.4.	<i>Søketabell</i>	4
2.5.	<i>Annen metode.....</i>	7
2.5.1.	<i>Ressurssamtale</i>	7
2.6.	<i>Kildekritikk</i>	7
3.	Empiri.....	8
3.1.	<i>Artikkelmatrise</i>	8
3.2.	<i>Sammenfatning av empiri.....</i>	18
4.	Teori.....	19
4.1.	<i>Lovverk.....</i>	19
4.1.1.	<i>Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.....</i>	19
4.2.	<i>Liggetid på sykehus.....</i>	19
4.3.	<i>Fokus på fødselsdepresjoner i helsevesenet.....</i>	20
4.4.	<i>Å takle presset i dagens samfunn</i>	21
4.4.1.	<i>Samfunnsendringer</i>	21
4.4.2.	<i>Familiesektoren</i>	21
4.4.3.	<i>Forventninger versus realitet.....</i>	22
4.4.4.	<i>Kroppspress og media.....</i>	23
4.5.	<i>Fødselsdepresjon versus barseltårer.....</i>	24
4.5.1.	<i>Fødselsdepresjon</i>	24
4.5.2.	<i>Barseltårer.....</i>	24
4.6.	<i>Sykepleieteoretiske perspektiv / Florence Nightingale.....</i>	25
4.6.1.	<i>Observasjoner.....</i>	25
4.6.2.	<i>Forebygging av sykdom.....</i>	25
4.7.	<i>Sykepleiefunksjon.....</i>	26
4.7.1.	<i>Generelt.....</i>	26
4.7.2.	<i>Sykepleiers funksjon på barselavdelingen</i>	27
4.7.3.	<i>Tiltak for å oppdage fødselsdepresjon.....</i>	28

5. Drøfting.....	28
5.1. <i>Innledning</i>	28
5.2. <i>Kortere liggetid for barselkvinnen</i>	28
5.3. <i>Fokus på fødselsdepresjoner i helsevesenet</i>	30
5.4. <i>Tiltak for å tidlig oppdage tegn</i>	32
5.5. <i>Årsaker til fødselsdepresjoner</i>	34
6. Konklusjon.....	36
7. Litteraturliste.....	38
<i>Vedlegg 1 – Samtykkeskjema ressurssamtale</i>	43

1.0 Innledning

1.1. Innledning til tema

Hvert år opplever mellom 3000 og 9000 personer tegn på fødselsdepresjoner men kun fåtallet får bekreftet diagnosen (Eberhard-Gran og Slinning, 2017). Etter fødsel opplever mødre store forandringer, både fysiske og psykiske (Taxbøl, 2009). Til tross for at barseltårer er en normal tilstand etter fødsel, bør sykepleiere ha mer fokus på fødselsdepresjoner. Symptomene på barseltårer og fødselsdepresjoner kan være like, noe som kan gjøre det utfordrende å greie å skille dem (Maliszewka et al. 2016). Forekomsten av fødselsdepresjoner har økt de siste årene, og endelig har temaet begynt å bli mer diskutert. Det er fortsatt et tema som er tabubelagt, og det snakkes lite om det blant kvinner og menn, men det er også lite fokus på området hos helsepersonell. Oppdages fødselsdepresjonene tidlig nok kan utviklingen begrenses, men det kan bli en utfordring når liggetiden på norske sykehus reduseres ytterligere (Aasen og Rognan, 2018).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om temaet «fødselsdepresjon» da jeg i praksis møtte eldre kvinner som hadde opplevd fødselsdepresjoner tidligere i livet. De fortalte hvor grusomt det var, og at det var vanskelig å innse at man faktisk var syk og trengte hjelp. Tidligere har jeg ikke hørt så mye om fødselsdepresjoner, men det virker som at det er flere som har det enn det som blir fanget opp. Etter jeg ble bevisst på dette, ønsker jeg å tilegne meg enda mer kunnskap om hvorfor fødselsdepresjoner oppstår, og hva man kan gjøre for å oppdage dem. Derfor har jeg kommet fram til denne problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier tidlig oppdage tegn på fødselsdepresjon hos kvinner på barselavdelingen, og hva kan være årsaken til at de blir deprimerte?*

1.3. Definisjon av sentrale begreper

Sykepleier – en person som er utdannet til å pleie mennesker som er syke (Bokmålsordboka, 2018a)

Pasient – en person som er syk, og som får behandling for sykdommen
(Bokmålsordboka, 2018b)

Fødselsdepresjon / postpartum depresjon / postnatal depresjon – Depresjon som oppstår under eller etter en fødsel (Norsk Helseinformatikk, 2017)

Barseltårer – Normal tilstand etter fødsel, hvor man opplever mer følelser og gråt enn ellers (Helsedirektoratet, 2014)

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale, et spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjoner (Norsk Helseinformatikk, 2015)

Barselavdeling – en avdeling mor og barn blir overført til etter fødselen (Krogh, 2018)

1.4. Avgrensning og presisering

Både kvinner og menn kan oppleve fødselsdepresjoner, men jeg har valgt å rette lyset mot kvinner. Jeg har valgt å rette fokuset på kvinnen fra hun kommer inn på sykehuset, til hun reiser hjem og kommunehelsetjenesten tar over. Når det gjelder årsaksforhold, har jeg fokus på både tidligere opplevelser og nåværende faktorer som kan ha betydning. Jeg har valgt å forholde meg til barselavdelingen, da det er her sykepleierne får kontakt med mor og barn etter fødselen.

1.5. Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 kapitler. I det første kapitlet starter jeg med å presentere temaet, problemstilling og avgrensninger. I kapittel 2 skriver jeg om valg av metode, gjennomgang av litteratur og kildekritikk. Kapittel 3 består av artikkelmatrise og en sammenfatning av empiri. I kapittel 4 presenteres teorien, som innebærer lover og retningslinjer, generell teori, sykepleieteoretiker Florence Nightingale og litt om sykepleiers funksjon. I kapittel 5 er selve drøftingen, hvor jeg svarer på min problemstilling. Og i siste kapittel, kapittel 6, kommer en konklusjon før jeg til slutt har med litteraturlisten.

2. Metode

2.1. Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at jeg har funnet relevant litteratur for mitt tema, og brukt denne for å belyse min problemstilling. Jeg har brukt fagbøker fra biblioteket og faginformatjon fra ulike nettsider. Jeg har utført strukturerte søk ved å bruke søkemotorer og databaser som Cinahl, Medline, PubMed og SveMed+ og Oria for å finne forskningsartikler og fagartikler. Jeg har brukt ulike søkeord som blant annet «postpartum», «depression», «postnatal» og «hospitalization», og i tillegg kombinert de ulike søkeordene ved å bruke AND eller OR, som dere kan se i tabellen under. For å være sikker på at det er forskningsartikler jeg har funnet, har jeg sjekket at de følger IMRAD-strukturen (Dalland, 2012)

God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser der deltakernes konkrete verden presenteres (Thornquist, 2003)

2.2. Vitenskapelig tilnærming

I denne bacheloroppgaven har jeg benyttet både forskning basert på kvalitative og kvantitative metoder. Dette vil si at de har en positivistisk- og en hermeneutisk tilnærming. Med positivisme menes det som kan observeres og utregnes med vår logiske sans. Hermeneutikk vil si å finne mening med, forståelse -og tolkning av forskningen (Dalland, 2012). Hermeneutikken vil egne seg som metode i denne oppgaven, da den kan gi oss en forståelse av hvordan fødselsdepresjoner hos mødre kan oppleves. Samtidig kan naturvitenskapen gi en forklaring på hvordan fødselsdepresjoner oppstår, og årsaken til dette (Dalland, 2012). Jeg har brukt sykepleievitenskapelig kunnskap i form av Florence Nightingale og hennes teori om sykepleie, observasjoner og forebygging. Jeg har også brukt erfaringsbasert kunnskap i form av ressursamtale og egne erfaringer fra kliniske praksisstudier.

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene har som mål å få samlet meninger og opplevelser, som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012). Grunnen til at jeg har valgt å både bruke kvalitative og kvantitative studier, er for å få svarene på problemstillingen mer utfyllende.

Hermeneutikk er en metode hvor man tolker noe man har lest ut fra sine egne kunnskaper. Samtidig gjør hermeneutikk at vi kan prøve å forstå hvordan pasientene våre opplever sin egen situasjon (Dalland, 2012).

2.3. Valg av litteratur

For å finne relevant litteratur til oppgaven har jeg benyttet meg av faglitteratur, og bruk av Oria, som er bibliotek tjenesten ved NTNU. Jeg har blant annet brukt bøkene *Graviditet og fødsel* av Dorthe Taxbøl og *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid* av Lisbeth Brudal. Etter et søk i bibliotekets søkemotor etter bøker som omhandlet fødselsdepresjoner, og etter en gjennomgang av innhold i noen av dem, endte jeg på disse to da de inneholdt mest relevant litteratur for min oppgave. Jeg søkte også i Oria etter bøker som omhandlet samfunnsendringer, og endringer i kjernefamilien, og fikk flere treff her også. Jeg valgte ut bøkene *Det norske samfunn* av Ivar Frønes og Lise Kjølørød, og boken *Kultursensitivitet* av Ragnhild Magelssen, som jeg også fikk anbefalt av min veileder.

2.4. Søketablell

Søkene er basert på strukturerte søk i ulike forskningsdatabaser. Jeg benyttet meg av ett håndsøk, som jeg har beskrevet nedenfor.

Database/ dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
Medline 09.04.2018	S1	Postpartum.mp. or Postpartum Period/	60952		
	S2	Depression.mp. or DEPRESSION/	349980		
	S3	Early.mp.	1369263		
	S4	identification.mp. or "Identification (Psychology)"/	575448		
	S5	S1 and S2 and S3 and S4	120		

Cinahl 05.04.2018	S1	“Postpartum” OR (MH”Postnatal Period+”)	16865		
	S2	(MH “Depression+”) OR “depression”	85560		
	S3	(MH “Signs and symptoms+”) OR “signs”	383650		
	S4	S1 and S2 and S3	367		1 (A)
Pubmed 08.04.2018	S1	Postpartum	93716		
	S2	Depression	387673		
	S3	Screening	4253154		
	S4	Nurses	233429		
	S5	Norway	125959		
	S6	S1 and S2 and S3 and S4 and S5	5		2 (B, C)
23.04.2018	S7	Postnatal	98033		
	S8	Early	1375897		
	S9	Detection	792437		
	S10	Treatment	10003542		
	S11	S2 and S7 and S8 and S9 and S10	44		
03.05.2018	S12	Early discharge	18678		
	S13	Hospital birth	83590		
	S14	Early discharge AND hospital birth	209	10 år Free full text	1 (G)
15.05.2018	S15	Hospital stay	86673		
	S16	Length	286130		
	S17	Newborns	154452		
	S18	S15 AND S16 AND S7 AND S17	171	10 år	1 (G)
	S19	Body Image	42239		

	S20	Media	441715		
	S21	Women	881113		
	S22	S2 AND S19 AND S20 AND S21	10	5 år	1 (H)
	S23	Blues	1662		
	S24	S1 AND S23	16	10 år Free full text	1 (I)
SveMed+ 06.04.2018	S1	Screening	1814		
	S2	Postnatal	55		3 (D, E)
	S3	Depression	1835		
	S4	S1 and S2 and S3	4		1 (F)

Håndzoek: Via en fagartikkel om fødselsdepresjoner (Lein, 2017), fant jeg i referanselisten en nyhetsmelding fra Rikshospitalet i Danmark som var basert på forskning gjort av Svend Aage Madsen. Jeg tok direkte kontakt med vedkommende, og fikk tilsendt den originale forskningsartikkelen, som nå snart skal publiseres i *Månedsskriftet for almen praksis*. Artikkelen blir beskrevet som punkt (J) under oversikt over inkluderte artikler.

Inkluderte artikler:

- A. Edhborg et al. (2005)
- B. Glavin, Ellefsen og Erdal (2010)
- C. Glavin, Smith og Sørnum (2009)
- D. Hjälmhult og Økland (2012)
- E. Andersson og Hildingsson (2016)
- F. Vik et al. (2009)
- G. Farhat og Rajab (2011)
- H. Hicks og Brown (2016)
- I. Maliszewska et al. (2016)
- J. Madsen, Bibow og Eliassen (2018)

2.5. Annen metode

2.5.1. Ressurssamtale

I forbindelse med denne oppgaven fikk jeg via en medstudent kontakt med en sykepleier som jobber på en barselavdeling på et middels stort sykehus i Norge. Vi møttes, og jeg fikk spørre henne om det jeg lurte på. Temaene jeg valgte å spørre henne om var rutiner rundt fødselsdepresjoner, hva de mener og erfarer om liggetid, hvordan de skiller barseltårer og fødselsdepresjoner og hvilke tiltak de praktiserer med tanke på å oppdage depresjoner, samt forebygging.

2.6. Kildekritikk

Det er viktig å være kritisk til kilder når man skal kvalitetssikre litteraturen man bruker. Derfor har jeg søkt i pålitelige databaser og sjekket publikasjonsdato på litteraturen for å forsikre meg om at jeg har brukt holdbare resultater. Temaet jeg har valgt står det lite om i pensumbøkene på grunnutdanningen i sykepleie, derfor har jeg vært nødt til å bruke biblioteket og internett for å finne fagstoff. På biblioteket var det få bøker som var tilgjengelig for hånd, så derfor jeg ble i tillegg nødt til å bruke internett. Har da vært ekstra nøye med å bruke kjente nettsider som for eksempel Norsk Helseinformatikk, Store norske leksikon og Oria. Når det gjelder forskningsartikler, var det noe vrient å finne skandinaviske artikler om dette, da det er et lite og tabubelagt tema som det ikke er forsket så mye på enda. Jeg fant til slutt et par skandinaviske artikler, men ble også nødt til å ta med noen artikler fra andre verdensdeler. Selv om de ikke er skandinaviske, ser jeg på dem som relevante i og med at de omhandler samme tema, og det kan gi et innblikk i likheter og forskjeller i ulike verdensdeler. I tillegg til nyere forskningslitteratur, har jeg også valgt å ta med et par eldre for å sammenlikne og se forskjeller og likheter med tanke på utvikling og utredning.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Artikkel 1	
Referanse	<i>“Struggling with life: narratives from women with signs of postpartum depression”</i> Edhborg, M., Friber, M., Lundh, W. Og Widström, A.M. (2005) I: <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 33, s. 261-267
Hensikt med studie	Å undersøke og beskrive hvordan svenske kvinner med tegn på fødselsdepresjoner opplever de første månedene sammen med barnet
Metode	Kvalitativ metode. 22 kvinner som viste tegn på fødselsdepresjon ved svangerskap eller fødsel, ble intervjuet 80 dager etter fødselen
Resultat/ Konklusjon	Resultatene i studien tyder på at depressive følelser etter fødsel kan knyttes til tap og endring. Fødselsdepresjoner er vanskelige å oppdage, men det er viktig å forstå kompleksiteten av stemningsendringene. Kvinnene kan skjule tegnene, så sykepleiere bør ha større fokus på å oppdage forandringene. Samtaler og bruk av EPDS-skjema er nyttige tiltak for å oppdage fødselsdepresjoner. Flere av kvinnene som ble intervjuet sier de holdt de vonde følelsene inni seg, fordi de ikke hadde noen nære å snakke med, og turte ikke å oppsøke profesjonell hjelp. Før i tiden hadde mødre fokus på kjærlighet, tålmodighet og var villige til å tilbringe mye tid sammen med den nyfødte. De nymoderne mødrene viser seg å være opptatt av å beholde sin uavhengighet og identitet i tillegg til å gi barnet nok stimuli.
Kommentar	Selv om denne artikkelen er skrevet for 13 år siden, ser jeg på den som relevant, da det er en skandinavisk studie, og den tar for seg kvinner med tegn på fødselsdepresjoner.

Artikkel 2

Referanse	<i>“Norwegian Public Health Nurses’ Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression”</i> Glavin, K., Ellefsen, B. og Erdal, B. (2010) I: <i>Public Health Nursing</i> , 27, s. 255-262
Hensikt med studie	Å undersøke nyttiligheten ved bruk av EPDS som screeningverktøy for å oppdage fødselsdepresjoner. Samt å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser sykepleierne har av opplæringen og prosedyrene rundt screeningen. Studien har også som mål å finne ut hvordan foreldrene opplever det å bli screenet.
Metode	Kvalitativ metode. Telefonintervju ble gjennomført ett år etter sykepleierne hadde fått opplæring i -og begynt å bruke EPDS. 26 sykepleiere deltok under opplæringen, men kun 11 deltok i studien høsten året etter. Sykepleierne som deltok var i alderen 33-60 år, og hadde jobbet ved barneklinner i 1-20 år.
Resultat/ Konklusjon	Sykepleierne anså screeningprosedyren som verdifull og følte at å få grundig opplæring gjorde dem mer sikre ved bruk av EPDS, og samtaler om temaet ble lettere å gjennomføre. EPDS-skjemaet var lett å forstå, både for sykepleierne og pasientene. Resultater viser at fødselsdepresjoner oftere ble oppdaget når fokuset på screeningen ble større. Studien viser også at det er viktig å utføre samtaler etter screeningen, slik at pasienten ikke sitter igjen med mange spørsmål. Noen sykepleiere mente at de ikke ville rekke disse ekstra samtalene, grunnet tidsmangel. Mange kvinner kan skjule symptomene på fødselsdepresjoner, og det er derfor viktig at sykepleierne tar seg tid til å prøve å bli kjent med kvinnene, slik at de åpner seg om vonde tanker og følelser. Mangel på støtte og oppfølging kan være en årsak til fødselsdepresjoner, da det fører til utrygghet og usikkerhet hos kvinnen.
Kommentar	Denne artikkelen har et stort fokus på sykepleieres opplevelse av bruk av EPDS som screeningverktøy, og er derfor relevant for oppgaven. I tillegg er det en norsk studie.

Artikkel 3

Referanse	<i>"Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway"</i> Glavin, K, Smith, L. og Sørum, R. (2009) I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 23, s. 705-710
Hensikt med studie	Å undersøke utbredelsen av fødselsdepresjon blant kvinner i to norske kommuner, samt å finne ut om kvinnenes alder og økonomiske status er risikofaktorer
Metode	Kvantitativ metode. 2227 kvinner deltok i studien: 437 fra kommune 1 og 1790 fra kommune 2. Mødre som hadde født mellom mai 2005 og desember 2006 fylte ut EPDS-skjema på barneklubben 6 uker etter fødsel. I den ene kommunen hadde sykepleierne fått opplæring og trening i å oppdage fødselsdepresjoner, samt at jordmødre hadde informert om mental helse ved det første hjemmebesøket. Dette ble ikke gjort i den andre kommunen. Alle deltakerne var over 18 år, og snakket norsk.
Resultat/ Konklusjon	Helsetjenesten bør være klar over at det er høyere risiko for fødselsdepresjon hos førstegangsfødende, og da særlig de over 36 år. Med en utbredelse av fødselsdepresjoner på omtrent 10%, og kunnskap om at kun 2% av lidelsene blir identifisert, bør det bli større fokus på temaet i helsevesenet og blant sykepleiere. Fødselsdepresjoner er et tema som blir glemt, fordi det er tabu. Det viser seg at fødselsdepresjoner skyldes tidspress, mangel på sosialt nettverk og mangel på støtte. Det ble ikke vist til noe funn om at økonomisk status spilte noe rolle for utvikling av fødselsdepresjoner
Kommentar	Artikkelen er relevant for problemstillingen da den tar for seg utbredelse av fødselsdepresjoner i kommuner i Norge, samt at den også tar for seg årsaker og risikofaktorer.

Artikkel 4

Referanse	<i>"Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt"</i> Hjälmhult, E. Og Økland, T. (2012) I: <i>Sykepleien Forskning</i> , 7, s. 224-230
Hensikt med studie	Å undersøke mødres erfaringer den første tiden hjemme med den nyfødte
Metode	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført sju fokusgruppeintervju med 26 mødre med barn i alderen 6 uker til 3 måneder. Deltakerne ble rekruttert til studien ved besøk på helsestasjonen. Kriterier for deltakelse var at kvinnene var norsktalende og at de var eldre enn 18 år. Ti av deltakerne var førstegangsmødre og 16 hadde flere enn to barn. Kvinnene var mellom 20-40 år, og ingen av dem var alenemødre. De fleste av deltakerne hadde reist hjem fra barselavdelingen 48 timer etter fødsel, kun et par stykk ble lengre grunnet komplikasjoner.
Resultat/ Konklusjon	Mødrene var sterkt opptatt av å bevare kontroll og integritet, som innebar innhenting av kunnskap, endring av fokus i parforholdet, tøying av tålegrenser og søk av anerkjennelse. Mødrene kunne fortelle at de ofte ignorerte egne behov, for heller å ta vare på barnet. Forestillingen om at å føde er en normal situasjon, kan ha ført til usynliggjøring og undervurdering av foreldrenes behov den første sårbare tiden, og dermed forhindrer dem i å få et helhetlig tilbud med profesjonell omsorg og informasjon. Uten organisert oppfølging i kommunen etter fødsel, kan man risikere uoppdaget depresjon eller annen sykdom hos kvinnen. Resultater viste at problemfri amming var en viktig faktor for at kvinnene skulle føle seg som en god mor. Å bli overlatt til seg selv med ammingen vil skape frustrasjon hvis mødrene sliter med å få det til. Det viser seg å være store forskjeller i fokus på mental helse fra kommune til kommune. Flere kvinner fortalte at de ikke ble møtt som individ på sykehuset, fordi sykepleierne hadde det så travelt. Pasientene fikk ikke den hjelpen og støtten de hadde behov for, og med dette i minnet ble de følsomme for hvordan helsetjenesten videre ville møte dem. Det er normalt å være sårbar og sliten etter fødsel, men det er viktig at sykepleierne

	tilbyr samtaler og støtte, og at de forsikrer seg om at kvinnene vet hvor de kan oppsøke hjelp etter hjemkomst hvis de viser tegn på fødselsdepresjon.
Kommentar	Artikkelen er relevant for min oppgave, da den tar for seg mødres erfaringer og opplevelser fra møtet med helsesektoren i forbindelse med fødsel.

Artikkel 5

Referanse	<i>“Mother’s postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum”</i> Andersson, E. og Hildingsson, I. (2016) I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30, s. 782-789
Hensikt med studie	Å undersøke hva stress hos nybakte foreldre kan komme av
Metode	Kvantitativ metode. Rundt 700 kvinner ble rekruttert til studien, og ble fulgt opp seks måneder etter fødselen. Data ble samlet inn via to spørreskjemaer, og i underkant av 300 kvinner fullførte undersøkelsen.
Resultat/ Konklusjon	Lavere psykisk helse og depressive symptomer etter fødselen var sterkt forbundet med stress i relasjonen mellom mor og barn. Resultatene peker på viktigheten av å identifisere og støtte mødre med depressive symptomer, da de opplever både en mental sykdom, samtidig som de opplever økt stress. Flergangsfødende opplever stress oftere enn førstegangsfødende, og da oftest knyttet til sosial isolasjon og ekteskapsproblemer. Nybakte foreldre søker ofte på internett for å finne svar på spørsmål, og dette kan føre til flere bekymringer enn det er til hjelp.
Kommentar	Artikkelen er relevant for oppgaven da den tar for seg stress blant foreldre, noe som kan være en risikofaktor til utvikling av depresjon

Artikkel 6

Referanse	<i>"It's about focusing on the mother's health: screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective"</i> Vik, K., Aas, I.M., Willumsen, A.B. og Hafting, M. (2009) I: <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 37, s. 239-245
Hensikt med studie	Å undersøke helsesøstres erfaringer ved implementering av EPDS som rutinemessig screening for fødselsdepresjoner
Metode	Kvalitativ metode. Seks erfarne helsesøstre og en jordmor deltok i fokusgruppeintervjuet, hvor de fortalte om deres forventninger og erfaringer
Resultat/ Konklusjon	EPDS-screening er et nyttig verktøy for å oppdage psykiske problemer i helsefremmende og forebyggende arbeid med mødre og nyfødte. Screeningen skifter fokuset fra barnet, til å skape et større fokus mot mor og forholdet mellom mor og barn. En forutsetning for at det skulle fungere, var at implementeringen måtte skje gradvis. Forskningen viser at det er veldig aktuelt for helsepersonell å bruke EPDS som rutinemessig screening. EPDS har gjort sykepleierne tryggere i sitt arbeid rundt fødselsdepresjoner, og gjør det enklere å snakke om temaet med pasientene. En mer sammensatt omsorg for mødre etter fødsel kan føre til færre deprimerte.
Kommentar	Denne artikkelen har egentlig fokus på helsesøstre, og deres erfaringer, men jeg ser artikkelen som nyttig for min oppgave da sykepleiere ofte kan jobbe i samme team som helsesøstre, samt at dette screeningverktøyet også kan være nyttig å bruke for sykepleiere på barselavdelingen.

Artikkel 7

Referanse	<p><i>"Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet"</i> Madsen, S.A., Bibow, B. og Eliasson, S. T. (2018) I: <i>Månedsskrift for almen praksis</i>, mai</p>
Hensikt med studie	Å undersøke om det er mulig å oppdage tegn på fødselsdepresjoner allerede i svangerskapet
Metode	Kvalitativ metode. 30 leger fra København deltok i studien for å undersøke om det var mulig å oppdage fødselsdepresjoner på et tidligere tidspunkt enn man gjør per dags dato. Legene utførte screening ved hjelp av EPDS-skjemaet og et annet skjema ved andre svangerskapskontroll i graviditetsuke 24. Både kvinner og menn ble screenet. I tillegg ble de kommende foreldrene spurt om deres mentale tilstand, relasjoner til omgivelsene og tanker rundt det å skulle få et barn sammen. I etterkant deltok legene i en spørreundersøkelse hvor de besvarte deres erfaringer ved å utføre screening så tidlig.
Resultat/ Konklusjon	Resultater viser at det er mulig å oppdage fødselsdepresjoner allerede under svangerskapet. Dette gjør at behandling og støtte kan gis på et tidligere tidspunkt, slik at barnets utvikling etter fødsel ikke påvirkes. Resultater viser at screening tidlig i svangerskapet ble oppfattet som positivt både av legene og de kommende foreldrene, da dette førte til større våkenhet rundt temaet, samt bedre oppfølging slik at man kan avverge videre utvikling av lidelsen.
Kommentar	Denne artikkelen fant jeg kun et sammendrag av på nett, men fikk den originale artikkelen direkte fra Svendsen av den grunn at artikkelen egentlig ikke publiseres før nå i mai. Siden den inneholder nyere forskning om det å oppdage fødselsdepresjoner på et tidligere tidspunkt, ser jeg den som relevant for min oppgave.

Artikkel 8

Referanse	<i>“Higher facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: The role of self-comparison”</i> Hicks, S. og Brown, A. (2016) I: <i>Midwifery International Journal</i> , 40, s. 132-140
Hensikt med studie	Å undersøke om sosiale medier, som for eksempel Facebook, kan ha innvirkning på selvbilde hos gravide kvinner
Metode	Kvantitativ metode. Gravide kvinner over 18 år ble bedt om å fylle ut et spørreskjema, hvor de ble spurt om kroppsbilde, bruk av Facebook og hvordan de opplever at sosiale medier påvirker deres selvbilde. Studien er fra Storbritannia, og 314 kvinner utførte spørreundersøkelsen. Kun 269 av svarene ble brukt videre i studien. Deltakerne var mellom 18 og 44 år, og gjennomsnittsalderen lå på 30,5 år. Hvor langt de var kommet i graviditeten varierte fra 4-44 uker.
Resultat/ Konklusjon	Studien bekrefter at bruk av sosiale medier, og da spesielt Facebook øker kvinners misnøye med egen kropp under graviditeten. Kvinner med flere barn brydde seg ikke like mye om å sammenlikne seg med andre, og så på de kroppslige endringene ved graviditet som normale. Blant yngre kvinner, hadde de færreste gjennomført høyere utdanning, og resultater viser at disse bruker mer tid på Facebook enn de som er eldre. Mødre uten Facebook følte seg mer positiv i forhold til egen kropp, mens mødre som brukte mye tid på sosiale medier var ofte bekymret for hvor mye de ville legge på seg under graviditeten, og bekymringer for om barnet ville bli lubbent eller ikke. Over halvparten av deltakerne svarte at de ofte sammenliknet egen graviditet med andre. Og like mange var bekymret for hvor mye de ville gå opp i vekt, og følte på presset for å få en fin og rund mage.
Kommentar	Artikkelen er relevant for oppgaven da den tar for seg bruk av sosiale medier, og hvordan bruk av Facebook kan påvirke gravide kvinner og nybakte mødre

Artikkel 9

Referanse	<i>“Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge”</i> Farhat, R. og Rajab, M. (2011) I: <i>North American Journal of Medical Sciences</i> , 3, s. 146-151
Hensikt med studie	Å sammenlikne tidlig hjemreise etter fødsel versus senere hjemreise, med tanke på risiko for reinnleggelse
Metode	Kvantitativ studie. Studien baseres på undersøkelser gjort i en periode på 7 måneder. Alle friske nyfødte ble tatt med i studien. Hvert år registreres 1200-1500 fødsler på sykehuset. Tidlig utskrivelse ble definert som hjemreise innen 48 timer etter fødsel.
Resultat/ Konklusjon	I løpet av de sju månedene ble det registrert 686 fødsler. 478 nyfødte ble inkludert i studien, hvorav 307 av dem ble utskrevet før det hadde gått 48 timer. Nyfødte ble sett på som klar for hjemreise dersom ammingen var i orden, urineringen fungerte, vitale tegn var normale og at vaksiner var gitt. Gjennomsnittlig lengde på sykehusoppholdet var 39 timer. Faktorer forbundet med økt risiko for reinnleggelse var vaginal fødsel, fødselsvekt under 2500 gram, komplikasjoner og fødsel før termin. 38 nyfødte ble reinnlagt etter hjemkomst, grunnet gulsott, sepsis, pusteproblemer eller hemolytisk sykdom. Alle som ble reinnlagt ble utskrevet igjen i løpet av 4-12 dager. Reinnleggelsene fører til bekymringer og stress hos mor, som igjen kan føre til depresjon. Forskerne konkluderte med at det da er bedre å gi mødre en ekstra dag på sykehuset etter fødselen, slik at de er mer rustet til å reise hjem. Mange mener det vil være kostnadseffektivt å kutte liggetiden, men hvis mor og barn blir innlagt igjen grunnet komplikasjoner, vil de ikke spare så mye på det allikevel. En liten del av undersøkelsen viser på en annen side at kortere liggetid kan redusere risikoen for sykehusinfeksjoner, fremme familiebinding og redusere pasientkostnadene.
Kommentar	Artikkelen sammenlikner ulike lengder på sykehusopphold, og ser på risikoen ved tidlig hjemreise versus senere hjemreise. Derfor ser jeg på artikkelen som relevant for min oppgave.

Artikkel 10

Referanse	<i>“Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues”</i> Maliszewka, K., Swiatkowska-Freund, M., Bidzan, M. og Preis, K. (2016) I: <i>Ginekologia Polska</i> , 87, s. 442-447
Hensikt med studie	Å identifisere hvilke faktorer som øker eller reduserer risikoen for barseltårer
Metode	Kvantitativ studie. 101 kvinner som hadde født på et sykehus i Polen mellom desember 2011 og mars 2012 deltok i studien som gikk ut på å fylle ut et spørreskjema første uken etter fødselen. De måtte fylle ut et EPDS-skjema, samt svare på spørsmål om medisinsk og sosial status, og gjennomføre psykologiske tester. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 30 år.
Resultat/ Konklusjon	Resultater viser at 60% av kvinnene hadde født vaginalt. 70% av deltakerne var bosatt i storbyen og hadde fullført høyere utdanning. Gjennomsnittlig skår på EPDS kom på åtte poeng. Sannsynlighet for å oppleve barseltårer ble påvist hos 16,8% av deltakerne. Risikoen gikk ned hvis man hadde et godt forhold til partner, mens mangel på sosial støtte og angst for fødselen økte risikoen. Søvnproblemer viste seg å være en årsak til fødselsdepresjoner. Studien bekrefter at det kan være vanskelig å skille barseltårer og fødselsdepresjoner, da symptomene kan være like. Eneste forskjellen er at barseltårer går over av seg selv i løpet av et par dager, mens fødselsdepresjoner er mer langvarig og krever behandling.
Kommentar	Artikkelen er relevant for oppgaven, da den tar for seg faktorer som påvirker risikoen for barseltårer, samt at den sier noe om forskjell på barseltårer og fødselsdepresjoner.

3.2. Sammenfatning av empiri

Forskningsartiklene jeg har funnet omhandler fødselsdepresjoner, barseltårer, samfunnsendringer, liggetid på sykehus, bruk av screeningverktøy og årsaker knyttet til fødselsdepresjoner. Forskning gjort av Maliszewka et al. (2016) kom frem til at forhold, sosial støtte og psykisk helse er faktorer som kan påvirke utvikling av barseltårer. Videre viser artikkelen til Edhborg et al. (2005) at depressive følelser etter fødsel kan knyttes til tap og endring, og at selvet, partneren og barnet kan være faktorer som påvirker. Glavin, Smith og Sørum (2009) viser til at førstegangsfødende og da særlig de over 36 år, har en risiko for å utvikle fødselsdepresjoner. Forskning gjort av Madsen, Bibow og Eliasson (2018) kom frem til at fødselsdepresjoner kan oppdages allerede under graviditeten. Farhat og Rajab (2011) viser at det er en klar sammenheng mellom kortere liggetid og reinnleggelser. I forskning gjort av Hicks og Brown (2016) viser det seg at gravide og nybakte mødre ofte sammenlikner seg med andre via sosiale medier, og at de ofte opplever misnøye med egen kropp. Glavin, Ellefsen og Erdal (2010) kom frem til at EPDS-skjema var et enkelt verktøy for sykepleierne, som gjorde det enklere å ta opp vanskelige tema, samt at flere fødselsdepresjoner ble oppdaget. I studien til Vik et al. (2009) kom de frem til at EPDS-skjemaet var med på å skifte fokuset fra babyene til mødrene, og at det var et nyttig verktøy ved screening av psykiske problemer hos nybakte mødre. Studien til Andersson og Hildingsson (2016) viser at depresjoner ofte er forbundet med stress. Forskning gjort av Hjälmhult og Økland (2012) viser til at kvinner ofte prioriterer den nyfødtes behov, og ignorerer ivaretagelse av egne behov.

4. Teori

4.1. Lovverk

4.1.1. *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*

Retningslinjen inneholder anbefalinger om tiltak for å sikre en faglig og forsvarlig barselomsorg, et helhetlig pasientforløp, at det blir tatt riktige prioritering, og at omsorgen er av god kvalitet. For at man skal oppleve en god og trygg start på barseltiden er det viktig at kvinnen har mye nær-/kroppskontakt med barnet den første tiden, at liggetiden tilpasses mor og nyfødt, samt sikre at kvinnen får oppfølging og støtte etter hjemreise. Hos de med utsatt risiko anbefales det en individuelt tilpasset oppfølging. I tillegg anbefales det at ammingen fungerer før de reiser fra barselavdelingen, eventuelt at sykepleier forsikrer seg om at kvinnen får hjelp på helsestasjonen eller i hjemmet etter de kommer hjem. Det anbefales også at kvinnen får så mye søvn og hvile som mulig de første ukene, at partner eller familie kan avlaste i daglige gjøremål og delta i stell av barnet. Hvis kvinnen har problemer med å få hvilt og sovet, oppfordres de til å si fra under oppholdet på barselavdelingen, eller å ta kontakt med fastlege eller helsestasjon etter hjemkomst (Helsedirektoratet, 2014).

4.2. Liggetid på sykehus

Etter selve fødselen på fødeavdelingen blir mødre og barn overflyttet til barselavdelingen. Ved komplikasjoner med mor eller barn blir de flyttet til barselavdelingen like ved fødeavdelingen, men de fleste flyttes til barselavdelingen på pasienthotellet som ligger i et annet bygg på sykehusområdet. Ved keisersnitt blir man i tre dager, men ved vanlig fødsel får førstegangsfødende reise hjem etter to og et halvt døgn - 60 timer, mens andre- eller tredjegangsfødende kan utskrives allerede etter to døgn - 48 timer (St. Olavs Hospital, 2018b)

De siste årene har liggetiden blitt redusert ytterligere. I enkelte deler av landet har de planer om å utprøve enda kortere liggetid enn nevnt over, faktisk helt ned til seks timer etter fødselen (Moe, 2016). Noen sykehus er nødt til å sende hjem kvinner på grunn av kapasitetsmangel, men en plan for oppfølging i kommunehelsetjenesten skulle vært på plass før man begynte å redusere liggetiden på sykehus. Mangel på

oppfølging etter hjemkomst kan føre til økt dødelighet blant spedbarn. Samtidig er det viktig at kvinnen får støtte og oppfølging i tiden etter fødsel, for at hun skal oppleve en trygg start på barseltiden. Å sende hjem kvinne og barn fra sykehus uten at man vet om kommunen har et opplegg når det gjelder oppfølging kan medføre at alvorlige blødninger, høyt blodtrykk med sykdomsutvikling, infeksjoner eller depresjoner ikke blir oppdaget (Fladberg, 2018).

4.3. Fokus på fødselsdepresjoner i helsevesenet

Under svangerskapet går gravide jevnlig til lege for kontroll. Antall kontroller varierer, men normalt er tre legeundersøkelser. Formålet med legebesøket er å undersøke barnets vekst, og at mor og barn har det bra. Den gravide er også på konsultasjon hos jordmor hver måned i starten av svangerskapet, og enda oftere mot slutten av svangerskapet. Hos jordmor er det også fokus på barnets vekst, samt samtale med den gravide om hvordan hun har det fysisk og psykisk. Så både hos lege og jordmor blir det snakket om hvordan mor har det fysisk og psykisk, men det er usikkert hvor mye det blir snakket om fødselsdepresjoner. (Taxbøl, 2009)

Når kvinnen ankommer sykehuset for å føde blir hun i løpet av oppholdet tatt hånd om av både sykepleiere, jordmødre og barnepleiere. Her er det fokus på at kvinnen skal få en bra opplevelse av fødselen, og at mor og barn får god oppfølging i etterkant av fødselen (St. Olavs Hospital, 2018a). Ofte ser pleierne barseltårer hos mødrene, men siden det er så kort liggetid, så oppdager man sjelden fødselsdepresjoner mens de er inneliggende. Min ressursperson sier de har fokus på det, men siden det er så lite av det på avdelingen er det andre fokusområder som blir mer prioritert. Hvis de vet at det kommer en mor som har hatt en fødselsdepresjon tidligere eller slitt på andre måter psykisk, har man ekstra samtaler med disse om hva de skal være obs på, og hvordan de kan søke hjelp hvis de sliter. Men det kan være vanskelig å oppdage tegn på fødselsdepresjoner hos noen som er førstegangsfødende. Når oppholdet på barselavdelingen er over, skrives pasienten ut, og det er kommunehelsetjenesten som tar over pasienten igjen. Kortere liggetid gjør at depresjonene ofte ikke oppdages før kvinnen er kommet hjem, desto viktigere er det da at helsestasjonen har tilbud om

tidlig hjemmebesøk av jordmor og helsesøster, forteller sykepleieren på barselavdelingen.

4.4. Å takle presset i dagens samfunn

4.4.1. Samfunnsendringer

Før i tiden var det vanlig at kvinner var hjemme og hadde ansvar for barn, husarbeid og matlaging. I tillegg var det normalt å bo flere generasjoner sammen, og familiemedlemmer stilte mer opp for hverandre. I 1970-årene skjedde det en revolusjon hvor den tradisjonelle kjernefamilien holdt på å miste sin posisjon blant småbarnsforeldre. Mange mødre begynte å søke seg inn i arbeidsmarkedet. Kvinners muligheter ble flere: de kunne ta høyere utdanning som ga bedre muligheter i arbeidsmarkedet, p-piller ble et kjent prevensjonsmiddel, og synkende barnetall i familiene gjorde det lettere å kombinere jobb og barn. Tidlig på 2000-tallet var det vanlig at mødre jobbet deltid, men nå er det like vanlig at de jobber heltid etter fødselspermisjonen. Det er fortsatt normalt at man har mye kontakt med besteforeldre og annen familie, men man bor sjelden i samme husholdning lengre, og mange flytter til andre kommuner og fylker for å stifte familie der. En annen endring er at gjennomsnittsalderen blant førstegangsfødende har steget, i 2008 ble den målt til 28 år. Politiske reformer har også tredd i kraft: offentlig støtte for å gjøre barnehager tilgjengelig for alle, utvidelse av rettigheter til betalt permisjon hos foreldre og innføring av kontantstøtte. (Leira, 2010)

4.4.2. Familesektoren

De fleste omsorgssystemer innen helse består av tre sektorer: familesektor, profesjonell sektor og folkelig sektor. Familesektoren består av individet, familien og det sosiale nettverket, altså – husholdningen og nærmiljøet. Ved spørsmål om helseomsorg, blir disse preget av egne kunnskaper, verdier og handlingsmønstre. Det er i familien og i nærområdet at de fleste spørsmål om sykdom og behandling blir tatt opp. Å spørre fagfolk gjør man kun hvis man ikke får svar fra noen av sine nærmeste. Når det oppstår sykdom prøver man å finne ut innad i familesektoren om man skal håndtere problemet selv eller om man skal ta kontakt med en behandler i den profesjonelle- eller folkelige sektoren. Andre ting man må finne ut av, er om man skal

følge opp behandlingen en blir anbefalt eller om man skal prøve en annen behandler. Til slutt må man tenke over om behandlingen som har blitt gitt har hatt noe effekt. Den profesjonelle sektoren består av utdannede helsearbeidere, mens den folkelige sektoren består av ikke-profesjonelle behandlere med nær tilknytning til lokal kultur og virkelighetsoppfatning, slik som de som har kontakt med overnaturlige krefter eller de som har tro på plantemedisin eller fysisk manipulasjon. Ved å vite av de tre ulike sektorene, kan sykepleiere bli mer bevisst på at vi ikke er alene som behandlere på markedet. Pasientene kan velge å oppsøke profesjonell hjelp, men kan også velge andre metoder. Hvis sykepleiere har mer kunnskap om de ulike sektorene i helsesystemet, fører det til at de viser pasienten mer respekt og interesse hvis det blir snakk om ulike behandlingsmetoder, og det kan igjen føre til at pasienten åpner seg lettere om temaet. Å få innblikk i pasientens kulturelle forståelse gir sykepleiere innblikk personens virkelighetsoppfatning og mestringsstrategier (Magelssen, 2008).

4.4.3. Forventninger versus realitet

Under svangerskapet kan kvinner og menn utvikle seg ulikt. De kan ha forskjellige meninger og opplever ting ulikt. Hvis den gravide forestiller seg på forhånd hvordan graviditeten og foreldrerollen skal være, kan det føre til mange skuffelser og konflikter. Virkeligheten er som regel annerledes enn man forventer og drømmer om. Hvis både kvinnen og partneren innstiller seg på at de er på vei inn i en ny fase i livet hvor det er nødvendig med en annen toleranse og ansvarlighet vil det gå bra. Det er viktig at uenigheter blir snakket om med en gang, det vil ikke automatisk løse seg etter barnet blir født (Melchior, 2009).

Svangerskap, fødsel og foreldreskap endrer parforholdet på mange måter. Derfor er det viktig at man kan godta den andres følelser og reaksjonsmåter selv om man ikke er helt enig. Dette spesielt når det gjelder ansvarsfordeling, da det er en sårbar tid for begge foreldrene (Madsen, 2009).

Når man blir gravid skal ikke kvinnen bare føde et barn, men hun skal også skape sin nye rolle som mor. Man hører solskinnshistorier, og tenker at dette skal gå knirkefritt. Det er en stor del av livet å få barn, det er ren lykke. Men er det så enkelt som man

forestiller seg? Mange gleder seg til å få egne barn, men når de faktisk blir gravid kan det virke helt surrealistisk, og det går ikke helt opp for en. En uplanlagt graviditet hvor man velger å beholde barnet kan virke skremmende, og man føler på forventninger man har for den lille. Det kan også være forventninger fra andre. Et barn krever mye oppmerksomhet, kjærlighet og omsorg, og det er ikke alltid lett å skjønne hva barnet ønsker (Melchior, 2009).

Humørsvingninger er en vanlig bivirkning under graviditeten, og noen kan oppleve svingningene som ubehagelige og pinlige, og gjør alt de kan for å skjule hvordan de har det. Ofte vil andres vurdering eller det man tror andre synes, veie tyngre enn å ta hensyn til en selv. Kampen mellom egne følelser og ytre status er vanskelig (Melchior, 2009). Det blir satt krav til den gravide både fra helsepersonell, om at det anbefales å spise sunt og mosjonere jevnlig under svangerskapet. I tillegg til fysiske funksjoner, kreves det også at kvinnen gjør sin innsats på arbeidsplassen og i hjemmet (Due, 2009).

4.4.4. *Kroppspress og media*

Under svangerskapet og etter fødselen er det normalt at kvinner opplever kroppslige forandringer (Brudal, 2007). I dagens samfunn er det stort fokus på kropp og utseende. Det har nesten blitt en trend å se slankest og penest ut etter fødsel. Det legges ut bilder overalt på sosiale medier, der kvinner kun står iført undertøy for å vise frem den flate magen, at de er på treningssenteret eller at de er ute på trilletter for tredje eller fjerde gang denne dagen. Bilder sendes til hverandre, og man skryter av hvor flink man er. De som blir eksponert for alle disse bildene, tror selvfølgelig på det de ser, og sammenlikner seg selv med dem på bildene. Det man ikke tenker over er at de andre har også dårlige dager, men det holder de for seg selv. I tillegg er det mange som redigerer bildene de legger ut. Det går jo innover en selv hvis man føler at alle andre lykkes, man blir deprimert av å ikke være den perfekte mor, slik som alle andre instagram-brukere og bloggere. Man blir påvirket av det rundt seg, og man sammenlikner seg med andre. Mennesker tør nesten ikke være seg selv lengre, for man er så redd for å feile (Aasen og Rognan, 2018). Vektøkning er normalt under svangerskapet, og bekrefter at babyen vokser. Å ha et sunt kosthold og mosjonere er

bra for både mor og barn, men man må ta hensyn til at man er gravid også (Due, 2009).

4.5. Fødselsdepresjon versus barseltårer

4.5.1. Fødselsdepresjon

Fødselsdepresjon er en tilstand som oppstår hos en av åtte fødende hvert år, og innebærer alt fra mindre plager til en alvorlig depresjon i forbindelse med fødsel (Norsk Helseinformatikk, 2017). For at tilstanden skal omtales som en diagnose, må symptomene være til stede store deler av dagen i minimum to uker.

Fødselsdepresjoner oppstår i etterkant av fødsel, og symptomer kan være mangel på søvn, nedstemthet, store humørsvingninger, tristhet, gråt, gledesløshet, selvmordstanker eller slapphet. Det sies at 10% av nyforløste kvinner opplever en fødselsdepresjon, men diagnosen er trolig underdiagnostisert. Årsaker til fødselsdepresjon kan eksempelvis være raskt fall i hormonnivå etter fødsel, tidligere psykiske lidelser, dårlig forhold med partner, komplikasjoner etter fødsel, vanskelige hendelser i familie, bortgang av familiemedlem eller bitterhet. Foreldrenes psykiske helse under svangerskapet og etter fødselen kan påvirke barnets utvikling. Det er derfor viktig å oppsøke hjelp hvis man merker endringer i psykisk tilstand. En ubehandlet depresjon kan forsinke tilknytningsprosessen mellom mor og barn. Oppdager man depresjonen tidlig nok, kan man starte behandling på et tidligere tidspunkt, og begrense utfallet. Et verktøy som ofte blir brukt er EPDS-skjema, et skjema med flere spørsmål om hvordan pasienten har det (Edinburgh postnatal depresjonsskår, 2015). Fødselsdepresjoner behandles som andre depresjoner, men man prøver å unngå legemidler for å ikke skade babyen. Eksempler er støttesamtaler, psykoterapi og å styrke det sosiale nettverket (Brudal, 2007 ; Eberhard-Gran og Slinning, 2017)

4.5.2. Barseltårer

Barseltårer er en vanlig reaksjonsform etter fødsel, som går over av seg selv etter et par dager. 50-80% av alle nybakte mødre opplever barseltårer. Symptomer kan eksempelvis være irritabilitet, hodepine, oppstemthet, dårlig humør, angst og glemsomhet. Årsaken er fortsatt ukjent, men mest trolig skyldes symptomene

hormonendringer. Det kan også oppstå som en reaksjon på utmattelse, siden mange er spente før selve fødselen (Brudal, 2007 ; Eberhard-Gran og Slinning, 2017)

4.6. Sykepleieteoretiske perspektiv / Florence Nightingale

4.6.1. Observasjoner

Nightingale sitt ønske var å gi kvinner generelle råd for å bedre kunne utøve pleie for barn og voksne, friske og syke. Det var ikke nok med å lære seg teorien, men erfaring måtte også til for å kunne gi god sykepleie. Nightingale hadde stort fokus på hva som karakteriserte god sykepleie. Når det gjelder observasjoner av symptomer, mente hun at symptomer ikke alltid var knyttet direkte til sykdom, men at det like så kunne være tegn på utilstrekkelig ivaretagelse av de betingelsene som må være til stede for at helse og velvære skal kunne opprettholdes. Når Nightingale beskriver sykepleiens fokus, er det derfor ikke sykdommen, men årsaker og konsekvenser som er hovedfokus. (Kirkevold, 2014)

Når man er inne hos en pasient, skal man alltid sette seg ned og høre på hva pasienten ønsker å fortelle. Hvis sykepleiere viser at de har det travelt, vil det være plagsomt for pasienten, men man kan også gå glipp av viktig informasjon som pasienten ønsker å meddele. Samtidig kan det hende at pasienten innerst inne har noe hun eller han ønsker å fortelle, men tør ikke. Hos syke mennesker vil ofte de vonde tankene dominere over de gode. Da er det enda viktigere at man som sykepleier greier å se på pasienten at det er noe hun tenker på, eller bekymrer seg over. Formålet med å observere er ikke å samle masse forskjellig informasjon, men for å redde liv og styrke helse. Det er derfor viktig at sykepleier observerer de riktige tingene. Syke mennesker kan ofte ha en trang til å se ut av vinduet, og farge og latter kan brukes for å frigjøre pasientene fra vonde tanker. (Nightingale, 2016)

4.6.2. Forebygging av sykdom

Nightingale definerer begrepet sykdom slik:

«skal vi begynne å gå ut med et allment prinsipp – at all sykdom, på et eller annet stadium under sitt forløp, er en mer eller mindre gjenoppbyggende prosess, som ikke nødvendigvis følges av plager: at det er naturens forsøk på å

bøte en forgiftnings- eller forfallsprosess som ubemerket fant sted uker, måneder, ja iblant år tidligere, og at sykdommens utfall ble avgjort da, mens den forutgående prosessen var i gang?». (Nightingale, 2016, s. 31)

Nightingale har et positivt syn på sykdom, som er en prosess forbundet med fornyelse eller reparasjon. Det er en tilstand som «sier ifra» til mennesket om forhold som ikke er som de skal være. Nightingale råder alle til å se på hvilke forhold man lever under, og har kontroll over, og hvordan disse kan endres i positiv retning. Bare man lærer seg å forstå hva sykdom er et uttrykk for, så kan det være nok med svært enkle tiltak. En årsak til sykdom kan være miljøet man lever i. De viktigste prinsippene for å kunne gi god pleie er at man har ren luft, rent vann, ordentlig avløp, renslighet og lys tilgjengelig (Kirkevold, 2014).

Hvis man skal ha fokus på noe på en avdeling, er det viktig at alle følger rutinene rundt dette. God sykepleie kan ødelegges hvis det skjer en enkelt svikt, og det er derfor viktig at administrasjonen og ledelsen setter klare regler på hvordan rutinene på avdelingen skal være. Ofte er det noen som er flinkere til å følge rutiner enn andre, men for at pasientene skal oppleve god pleie er det viktig at alle sykepleierne har like stort fokus på alle områder (Nightingale, 2016).

4.7. Sykepleiefunksjon

4.7.1. Generelt

Som sykepleier fokuserer man på mennesket, pasienten, og dens helsetilstand. Helse, livskvalitet og mestring er sentrale emner. Grunnleggende verdier i utøvelsen av sykepleie er nestekjærlighet og barmhjertighet. Teoretisk kunnskap er viktig å kunne, men i tillegg må man som sykepleier bevisst kunne bruke sine sanser i møte med pasientene. Det å kunne observere, lytte, kjenne, samt innlevelse er nødvendig når man er hos pasientene. Som sykepleier må vi i tillegg kunne utføre konkrete handlinger knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov, som blant annet å gi mat, utføre sårstell eller gi medisiner. Måten vi utfører sykepleie på er avgjørende for pasientens opplevelse av hjelpen han får. Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder er inndelt i ulike emner: helsefremming og forebygging, behandling, lindring,

rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Helsefremming innebærer helse, velvære og livskvalitet og omfatter tiltak rettet mot pasienten og miljøet. Lindring betyr å redusere eller begrense belastninger. Belastningene kan være både fysiske og psykiske. Undervisning og veiledning innebærer informasjon og støtte, og kan rettes mot både pasienter og pårørende (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

4.7.2. *Sykepleiers funksjon på barselavdelingen*

På barselavdelingen jobber både sykepleiere, jordmødre og barnepleiere.

Sykepleierens ansvar på barselavdelingen er å sørge for at alle har det bra etter fødsel, og tilby hjelp om noen trenger det i form av veiledning eller undervisning, enten det er i forhold til amming, barnestell eller bading. De tar også blodprøver av mor og barn ved behov, og hørselsscreening av barna. Det blir også gitt felles informasjon for dem som skal reise neste dag, samt at mødrene får tilbud om samtale knyttet til fødselsopplevelsen individuelt på rommet før de reiser hjem. Sykepleierne oppfordrer de nybakte mødrene til å bruke oppholdsrommet, hvor man de møte flere nybakte foreldre, og man kan dele erfaringer (St. Olavs Hospital, 2018b).

Min ressursperson forteller at en viktig oppgave for sykepleierne er å observere pasientene i forhold til blødning, sting og eventuelle smerter, samt å sørge for at mødrene får nok hvile. Mødrene oppfordres til å ha de nyfødte mest mulig sammen med seg den første tiden, helst liggende inntil kroppen. Sykepleierne tilbyr også avlastning der de ser det er behov. En arbeidsoppgave på barselavdelingen som tar mye tid er dokumentasjon, det er mye som skal dokumenteres om både mor og barn, og det skal føres en elektronisk utskrivning når mor og barn skal reise hjem. Det er alltid en sykepleier eller en jordmor som har ansvarsvakt, og har da ansvar for hele avdelingen når det gjelder ansvarsfordeling, sikkerhet og i tilfelle nødsituasjoner. På barselavdelingen som ressurspersonen min jobber, har de ikke spesifikke rutiner i forhold til fødselsdepresjoner, av den grunn at ingen blir diagnostisert så tidlig.

4.7.3. Tiltak for å oppdage fødselsdepresjon

For å oppdage fødselsdepresjoner er det ulike tiltak man kan benytte seg av. Det kan være samtaler med pasienten, hvor man spør hvordan pasienten har det, eller mer konkret om hun har vært nedstemt eller opplevd nedsatt interesse eller glede for aktiviteter. Sykepleier kan også spørre om pasienten har folk i rundt seg som hun har kontakt med, og om hvordan det fungerer å ta hånd om ting hjemme. Det er også viktig at sykepleier observerer mengde søvn og hvile hos pasienten, da søvnforstyrrelser er et vanlig problem ved depresjoner. Det er også viktig å observere endringer i fysisk og psykisk tilstand. EPDS-skjema kan også være et nyttig hjelpemiddel. Skjemaet består av 10 spørsmål som pasienten svarer på selv. Etter man har fylt ut, vil man få en EPDS-skår mellom 0-30, som viser om du har tegn på depresjon eller ikke. (*Edinburgh postnatal depresjonsskår, 2015*)

5. Drøfting

5.1. Innledning

Ved å bruke oppgavens empiri og teori, samt mine erfaringer vil jeg drøfte hvordan sykepleier tidlig kan oppdage tegn på fødselsdepresjon, og hvilke faktorer som er avgjørende for om sykepleier greier å oppdage dem. Samtidig skal jeg drøfte hva som kan være årsaken til at kvinner får fødselsdepresjoner. For å gjøre oppgaven mer oversiktlig, er kapittel 5- Drøfting, inndelt i underkapitler. De vil ta utgangspunkt i drøftingsspørsmål eller undertema knyttet til problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier tidlig oppdage tegn på fødselsdepresjon hos kvinner på barselavdelingen, og hva kan være årsaken til at de blir deprimerte?

5.2. Kortere liggetid for barselkvinnen

Vanlig praksis på middels store sykehus i Norge er å sende hjem førstegangsfødende 60 timer etter fødsel, mens kvinner som har vært igjennom fødsel tidligere blir sendt hjem etter 48 timer (St. Olavs Hospital, 2018b). Enkelte deler av landet ønsker nå å kutte liggetiden helt ned til seks timer etter fødsel (Moe, 2016).

Fladberg (2018) hevder i en artikkel i Dagsavisen Nordlys, at mange kvinner blir sendt hjem før de er klar for det selv, grunnet plassmangel. Sykepleiere på barselavdelingen erfarer at hvis de skal rekke å oppdage tegn på sykdom, trenger de tid til å bli kjent med pasientene. Forskning gjort av Farhat og Rajah (2011) viser til at tidlig utskrivelse etter fødsel resulterer i flere reinnleggelser grunnet gulsott, sepsis, pusteproblemer eller hemolytisk sykdom hos barnet. De finner også at reinnleggelser fører til flere bekymringer og stress hos mor, noe som igjen kan føre til depresjon. Farhat og Rajah (2011) mener da at det er bedre at mor og barn får en ekstra dag på sykehuset etter fødselen, slik at de er mer rustet til å reise hjem, heller enn å bli lagt inn igjen i etterkant. Mange mener at det vil være kostnadseffektivt å kutte liggetiden, men hvis mor og barn blir innlagt på grunn av komplikasjoner i etterkant, vil de ikke spare så mye på det allikevel (Farhat og Rajah, 2011). Sykepleiere ved barselavdelingen erfarer at det ikke er mye kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, det betyr at når man sender hjem mor og barn etter fødsel, vet de egentlig ikke når- og om det blir utført hjemmebesøk av jordmor. Det betyr at hvis det ikke er noe organisert oppfølging i kommunen etter fødsler, så kan man risikere uoppdaget depresjon eller annen sykdom hos kvinnen (Hjälmhult og Økland, 2012). Hvis kommunehelsetjenesten ikke greier å gi forsvarlig oppfølging vil det i verste fall også føre til økt spedbarnsdødelighet (Fladberg, 2018).

Sykepleiere ved barselavdelingen har erfart at liggetiden bør tilpasses mor og barn, siden mange ikke føler seg klar til å reise hjem like tidlig som andre. Moe (2016) skriver at dette kan være vanskelig med tanke på begrenset antall pasientsenger, og sykepleiere føler et press med å få pasienter ut av avdelingen raskest mulig etter fødsel, for at det ikke skal bli mangel på plasser. Nedleggelse av lokale sykehus gjør at flere fødende kommer til de større sykehusene, og det blir mer press på føde- og barselavdelingene. Flere skal inn, og da må man være rask med å få pasienter ut, siden det er et begrenset antall sengeplasser (Moe, 2016). Forskning gjort av Hjälmhult og Økland (2012) viser at barselkvinnene opplevde at en problemfri amming var en faktor for at de skulle føle seg som en god mor, men ved hjemreise etter kun seks timer, er det ikke alle som har greid å amme enda. Hvis man blir overlatt til seg selv med ammingen vil det kunne skape frustrasjon hos mange (Hjälmhult og Økland,

2012). Helsedirektoratet (2014) sier dessuten at ammingen skal fungere før utskrivelse, eller at sykepleier skal forsikre seg om at kvinnen vil få hjelp ved hjemmebesøk eller på helsestasjonen. Her kan det se ut som om realitet og helsedirektoratets mål ikke er i overensstemmelse.

På en annen side mener sykepleiere ved barselavdelingen at tidlig hjemreise etter fødsel kan være et godt tilbud for de som ønsker det selv. For dem som har vært gjennom en fødsel tidligere, kan det virke bortkastet å skulle ligge flere døgn på sykehus. Kortere liggetid kan i følge Farhat og Rajah (2011) redusere risiko for sykehusinfeksjoner, fremme familiebinding og redusere pasientkostnadene. Å sende hjem kvinner og barn like etter fødselen vil ikke være noe problem så lenge de får oppfølging av kommunen etter hjemkomst, eller vet hvem de skal kontakte hvis det oppstår noe uforventet. Jeg tenker at hjemme får foreldrene styre hverdagen selv i større grad, i kjente omgivelser og rutiner.

5.3. Fokus på fødselsdepresjoner i helsevesenet

I følge Nightingale (2016) kan god sykepleie ødelegges hvis det skjer en svikt i rutiner på avdelingen, og derfor er det viktig at ledelsen setter klare regler for hva rutinene innebærer. Ofte er enkelte flinkere enn andre til å følge rutiner, men for at pasientene skal oppleve god pleie, er det viktig at alle sykepleierne har like stort fokus på alle områder (Nightingale, 2016). Helsedirektoratet (2014) foreslår anbefalinger for å sikre en faglig og forsvarlig barselomsorg, et helhetlig pasientforløp, at det blir tatt riktige prioriteringer og at omsorgen er av god kvalitet. Samtidig anbefaler Helsedirektoratet (2014) at de med utsatt risiko får en individuelt tilpasset oppfølging. I en studie av Hjälmhult og Økland (2012) viser det seg at det er stor forskjell i fokus på mental helse fra kommune til kommune. Mange pasienter rapporterte at de ikke ble møtt som individ på sykehuset, fordi sykepleierne hadde det så travelt. Pasientene fikk ikke den hjelpen og støtten de hadde behov for, og med dette i minnet, ble de følsomme for hvordan helsetjenesten videre ville møte dem (Hjälmhult og Økland, 2012).

Litteraturen skriver at både leger og jordmødre har jevnlig samtaler gjennom svangerskapet, der det blir tatt opp hvordan de har det både fysisk og psykisk (Taxbøl,

2009). I en studie gjort av Glavin, Smith og Sørum (2009) kommer de frem til at med en utbredelse av fødselsdepresjoner på omtrent 10% i to kommuner i Norge, og kunnskap om at kun 2% av lidelsene blir identifisert, bør det absolutt bli et større fokus på fødselsdepresjoner i helsevesenet og blant sykepleiere. Fødselsdepresjoner er et tema som blir litt glemt fordi det fortsatt er tabubelagt (Glavin, Smith og Sørum, 2009). Edhborg et al. (2005) er også enig i at temaet fortsatt er noe skjult, og mener at sykepleiere bør ha større fokus på det, hvis man skal greie å oppdage depresjonene.

Barselavdelingens erfaringer er at sykepleierne ofte ser barseltårer, men i og med at pasientene ikke blir diagnostisert med fødselsdepresjoner så tidlig, har de ikke erfaringer med denne lidelsen. Sykepleier ved barselavdelingen sier de har temaet i bakhodet når de omgås pasientene, men siden det er så sjeldent de opplever det, har de mer fokus på andre områder. Dersom det er kjent at pasienten har hatt fødselsdepresjon tidligere, tilbyr sykepleierne ekstra samtaler og passer på at pasienten får oppfølging i kommunen etter utskrivelse fra sykehuset.

I følge forskning gjort av Madsen, Bibow og Eliasson (2018) viser det seg at tegn på fødselsdepresjoner kan oppdages allerede under graviditeten. Dette stritter i mot det som er skrevet i faglitteraturen, hvor det står at fødselsdepresjoner oppstår etter fødselen (Brudal, 2007). Hvis det er slik at man kan oppdage tegn tidligere, er det desto viktigere for sykepleiere på barsel å ha større fokus på området, enn å bare overlate ansvaret til kommunen. Sykepleiere som deltok i studien til Glavin, Ellefsen og Erdal (2010) rapporterte at opplæring i screeningverktøyet EPDS, ga økt bevissthet rundt fødselsdepresjoner og mødres mentale helse. Sykepleiere i distriktet møttes og delte erfaringer, og kunne inspirere hverandre til å ha større fokus. Opplæring i bruk av EPDS førte til at sykepleierne fikk mer kunnskap om temaet, og det ble enklere å snakke om det med pasientene (Glavin, Ellefsen og Erdal, 2010). Forskning gjort av Glavin, Ellefsen og Erdal (2010) viser til at det er viktig å utføre samtaler etter screeningen, og ikke bare få pasientene til å fylle ut skjemaet. Enkelte av sykepleierne i studien til Glavin, Ellefsen og Erdal (2010) mener det blir vanskelig å rekke de ekstra samtalene, grunnet tidsmangel.

Mangel på jordmødre i kommunene, gjør at det kan være vanskelig å få til å følge opp kvinnene etter utskrivelse fra barselavdelingen (Andreassen, 2018). Desto viktigere er det at sykepleiere på barselavdelingen tar ansvar og har mer fokus på å oppdage tegn på fødselsdepresjoner (Glavin, Smith og Sørum, 2009).

5.4. Tiltak for å tidlig oppdage tegn

Hvordan kan endring i rutiner på barselavdelingen gjøre at flere fødselsdepresjoner og barseltårer oppdages og hvordan kan sykepleiere avverge videre utvikling av lidelsen?

Først og fremst må man kunne skille mellom fødselsdepresjoner og barseltårer. I faglitteraturen står det at barseltårer kjennetegnes som en normal tilstand etter fødsel, preget av hormonendringer (Eberhard-Gran og Slinning, 2017). Symptomer kan være gråt, irritabilitet, oppstemthet, humørsvingninger, angst og glemsomhet, og tilstanden går vanligvis over av seg selv etter et par dager (Brudal, 2007). Fødselsdepresjoner kjennetegnes av søvnmangel, nedstemthet, store humørsvingninger, tristhet, gråt, gledeløshet, selvmordstanker og tanker om å skade barnet, men denne tilstanden er mer langvarig og vedkommende trenger hjelp og støtte for å bli frisk (Brudal, 2007). I studien til Maliszewka et al. (2016) skriver forskerne at det kan være vanskelig å skille barseltårer fra fødselsdepresjoner da symptomene kan være like, eneste forskjellen er at barseltårene går over av seg selv i løpet av et par dager. Nyere forskning gjort av Madsen, Bibow og Eliasson (2018) påpeker at fødselsdepresjoner kan oppstå allerede under graviditeten. Dette betyr at sykepleiere faktisk kan greie å oppdage tegn før pasienter utskrives fra barselavdelingen. Sykepleierne på barselavdelingen har kun erfart at kvinner kan oppleve barseltårer mens de er på sykehuset etter fødsel, men kan det også tenkes at de tegnene sykepleierne observerer egentlig er tegn på fødselsdepresjoner?

Endringer i rutiner kan innebære endring av arbeidsmåte, men også enkle tiltak kan være nok til å forhindre sykdom. Samtidig må man forstå hva sykdom er et uttrykk for (Kirkevold, 2014). I følge Nightingale (2016) krever endring av rutiner at alle sykepleierne på avdelingen følger de nye rutineene, for at pasientene skal oppleve god

kvalitet på sykepleien. Nightingale anbefaler sykepleierne å undersøke hvilke forhold pasientene lever under, og kanskje kan disse endres for at pasienten skal kunne begrense utvikling av sykdom (Nightingale, 2016). I en studie av Edborgh et al. (2005) undersøkes kvinners erfaringer med det å ha et nyfødt barn samtidig som man har fødselsdepresjon. Studien viser at å sette av tid til samtaler med mødre etter fødsel, samt bruk av screeningverktøyet EPDS, er nyttige tiltak for å oppdage tegn på fødselsdepresjoner. Mange kvinner kan skjule symptomene, og derfor er det viktig at sykepleier prøver å bli kjent med pasienten, da hun kan åpne seg mer om tanker og følelser hvis hun føler seg trygg (Glavin, Ellefsen og Erdal, 2010).

Tiltak som kan settes i gang for å oppdage fødselsdepresjoner er for eksempel å ta i bruk screeningverktøyet EPDS. Flere forskere har i sine studier fått frem nyttigheten av EPDS. I studien til Vik et al. (2009) forteller sykepleiere at EPDS har gjort dem tryggere i sitt arbeid rundt fødselsdepresjoner, og at det har gjort det enklere å komme inn på temaet når de er inne hos pasientene. Vik et al. (2009) påpeker også at screeningen ikke vil ta så mye ekstra tid, da det er et fåtall som får alarmerende score av alle de som fyller ut skjemaet. En mer sammensatt omsorg for mødre like etter fødselen, kan føre til færre deprimerte (Vik et al., 2009). Glavin, Smith og Sørum (2009) støtter også at EPDS er et nyttig verktøy som er enkelt for sykepleierne å bruke, men samtidig er de noe negativ til verktøyet da deres studie viste at ikke-norsktalende hadde problemer med å utfylle skjemaet, samt at kvinner som fikk et falsk positivt resultat kunne bli engstelige etter screeningen. Forskning gjort av Madsen, Bibow og Eliasson (2018) viser at tidligere diagnostisering av fødselsdepresjoner fører til tidligere oppstart av behandling, noe som kan begrense konsekvensene fødselsdepresjoner har for mor og barn. I følge sykepleierne på barselavdelingen, har de ingen erfaringer med bruk av EPDS eller andre tiltak rettet mot å oppdage fødselsdepresjoner. Nightingale sier at svært enkle tiltak kan være nok til å forebygge sykdom (Kirkevold, 2014), så mest trolig kan bare det å ta i bruk EPDS-screeningsverktøyet på barselavdelingen gjøre at man kan oppdage flere fødselsdepresjoner på et tidligere tidspunkt enn det gjøres per dags dato. For å avverge videre utvikling av fødselsdepresjoner og barseltårer som allerede er oppstått, vil det være viktig å tilby samtaler og støtte, samt forsikre seg om at kvinnene oppsøker

videre hjelp etter utskrivelse fra barselavdelingen (Hjälmhult og Økland, 2012). Å ha mer fokus på observasjonen kan også hjelpe sykepleierne med å fange opp tegn på fødselsdepresjoner eller barseltårer (Maliszewka et al. 2016). Spesielt observasjon av søvnkvalitet, da søvnproblemer er et vanlig symptom ved depresjoner. Det er også viktig å observere andre fysiske og psykiske endringer (*Fødselsdepresjoner, barseldepresjoner*, 2017).

5.5. Årsaker til fødselsdepresjoner

Flere får fødselsdepresjoner nå enn tidligere, kan det ha sammenheng med økt bruk av sosiale medier eller kutt i liggetid på norske sykehus?

I følge Eberhard-Gran og slinning (2017) er årsaker til fødselsdepresjoner blant annet raskt fall i hormonnivå etter fødsel, tidligere opplevelse av psykiske problemer, dårlig forhold med partner, komplikasjoner etter fødsel, vanskelige hendelser i familie, bortgang av familiemedlem eller bitterhet. Hjälmhult og Økland (2012) skriver i sin studie at det er normalt å være sårbar og sliten etter en fødsel. I en studie gjort av Edborgh et al. (2005) sier flere av kvinnene at de holdt følelsene inni seg, fordi de ikke turte å ta det opp, eller at de ikke hadde noen å snakke med. Desto lengre de holdt følelsene for seg selv, jo mer deprimerte ble de. Magelssen (2008) skriver at de fleste spørsmål om sykdom og behandling blir tatt opp innad i familien og i nærområdet, og at å ta kontakt med profesjonelle fagfolk er siste utvei. Edborgh et al. (2005) sin forskning skriver også at flere holder følelser inni seg, enn å faktisk søke hjelp. Grunnen til dette er mest sannsynlig fordi temaet fortsatt er ukjent og tabubelagt (Edborgh et al. 2005).

Nightingale skriver at en årsak til sykdom kan være miljøet man lever i. Symptomene trenger ikke alltid å være knyttet direkte til sykdommen, men det kan være tegn på mangel av betingelser som må være tilstede hvis helse- og velvære skal kunne opprettholdes (Kirkevold, 2014). Hvis sykepleier kan fjerne stress hos kvinnen, og heller skape en rolig og behagelig atmosfære, kan det minske muligheten for å utvikle depresjon (Andersson og Hildingsson, 2016). I Andersson og Hildingsson (2016) sin studie rapporterer flergangsfødende mer stress knyttet til sosial isolasjon og ekteskapsproblemer, enn førstegangsfødende. Mangel på støtte og oppfølging er også i

følge forskning gjort av Vik et al. (2009) og Glavin, Ellefsen og Erdal (2010) en årsak til fødselsdepresjoner, da det fører utrygghet, bekymringer og redsel.

I dagens samfunn er det et stort fokus på kropp og utseende (Aasen og Rognan, 2018). Samtidig har samfunnsendringer ført til at flere generasjoner ikke bor så nære hverandre lengre, og kvinner med et nyfødt barn må klare seg mer selv (Leira, 2010). I følge Melchior (2009) opplever kvinner en kamp mellom egne følelser og ytre status, siden det hele tiden er krav som settes. I en studie av Hicks og Brown (2016) kommer det frem at bruk av sosiale medier, da spesielt Facebook, kan øke mødrenes misnøye med egen kropp under graviditeten. Over halvparten av deltakerne i studien hadde på et eller annet tidspunkt sammenliknet seg med andre gravide, og var bekymret med tanke på vektøkning, samt at de følte press for å få en perfekt mage under svangerskapet (Hicks og Brown, 2016). Å ha et sunt kosthold og mosjonere er bra for både mor og barn, men det er viktig å ta hensyn til at man er gravid også (Due, 2009). I følge Aasen og Rognan (2018) blir mange påvirket av det de ser på sosiale medier, og mødre tør nesten ikke være seg selv lengre, for de er så redd for å feile. Tidligere var det vanlig at mødre hadde fokus på kjærlighet, tålmodighet og var villige til å tilbringe mye tid med den nyfødte, mens de ny-moderne mødre er interessert i å beholde sin uavhengighet og identitet i tillegg til å gi barnet nok stimuli (Edborgh et al. 2005). Hvis man ser på dette sammen med at PPD skyldes tidspress, mangel på sosialt nettverk og mangel på støtte (Glavin, Smith og Sørum, 2009), er det ikke rart at kvinner blir deprimerte.

Er det slik at alle påvirkes av sosiale medier? I forskning gjort av Hicks og Brown (2016) viser resultater at kvinner sammenlikner seg med andre via sosiale medier, og opplever økt misnøye med egen kropp, da den ikke er slik som andres. Men på en annen side, viser studien også at mødre som har født flere barn ikke sammenlikner så mye som førstegangsfødende (Hicks og Brown, 2016). Det kan også synes som om kvinner uten facebook, og kvinner som ikke tilbringer mye tid på sosiale medier, føler seg mer positiv til egen kropp og bruker mindre tid på å sammenlikne seg med andre (Hicks og Brown, 2016). I følge Andersson og Hildingsson (2016) trenger skjøre mødre veiledning og informasjon om hva som er normalt av forandringer under

graviditet og etter fødsel, og de bør fortelles hvilke kilder på internett som er troverdige og ikke. Nybakte foreldre søker i hytt og pine på internett for hver minste ting, og de tror på alt de leser (Andersson og Hildingsson, 2016). Dette kan i følge Aasen og Rognan (2018) skape flere bekymringer enn nødvending.

Når vi ser på om kortere liggetid kan være en årsak til fødselsdepresjoner, er det forskjellige meninger rundt dette. Sykepleiere på barselavdelingen erfarer at enkelte ønsker å dra hjem tidligere etter fødsel, fordi de føler seg klar for det, og de ønsker seg hjem til egne rutiner og i kjente omgivelser. I tillegg viser forskning gjort av Farhat og Rajah (2011) at tidlig hjemreise fremmer familiebinding, og det reduserer risiko for sykehusinfeksjoner hos barnet. Helsedirektoratet (2014) anbefaler at liggetiden bør tilpasses mor og barn. I følge Fladberg (2018) blir flere kvinner sendt hjem mot sin vilje på grunn av plassmangel, noe som skaper usikkerhet, utrygghet og bekymringer hos mor, som igjen kan føre til at mødrene utvikler fødselsdepresjoner. Dersom kvinnene som trenger det, hadde fått en ekstra dag på sykehuset, hadde de vært mer rustet til å dra hjem og færre komplikasjoner som for eksempel fødselsdepresjoner ville oppstått (Farhat og Rajah, 2011).

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å besvart problemstillingen min ved å finne svar på fire undertema, som jeg i forrige kapittel har drøftet. Disse er: liggetid, fokus i helsevesenet, tiltak for å oppdage fødselsdepresjoner og årsaker til fødselsdepresjoner.

Angående liggetid, viser flere av forskningsartiklene jeg har brukt at kortere liggetid kan ha flere konsekvenser. Enkelte av forskerne er positive til forslaget, men sykepleierne på barselavdelingen mener at det kan fungere så lenge det er et frivillig tilbud for de som er klare for å reise hjem, og de som har et ønske om det. Sykepleiere på barselavdelingen mener det ikke er forsvarlig å sende hjem noen som ikke er klar for det, og i tillegg trosser det retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014).

Flere forskere mener det er for lite fokus på fødselsdepresjoner i helsesektoren.

Forekomsten av fødselsdepresjoner er et økende problem i samfunnet, og derfor er det enda viktigere å få økt fokuset hos sykepleierne på barselavdelingen (Hjälmhult og

Økland, 2012). Dette kan innebære endring av rutiner og igangsetting av nye tiltak, som for eksempel bruk av EPDS-skjema, og større fokus på å gjennomføre samtaler med kvinnene etter fødsel (Glavin, Ellefsen og Erdal, 2010; Vik et al. 2009).

Tiltak som kan igangsettes for å tidligere oppdage fødselsdepresjoner er endring av rutiner og å benytte samtaler for det de er verdt – man kan få mye informasjon ut av pasienten, bare man har tid til å snakke med dem. I tillegg er EPDS et verktøy som har fått flere positive tilbakemeldinger i forskningsartiklene. I følge Nightingale kan til og med enkle tiltak være nok til å forhindre sykdom (Kirkevold, 2016).

Faglitteratur skriver at årsaker til fødselsdepresjoner kan være hormonendringer, tidligere sykehistorie, familiekonflikter, komplikasjoner etter fødsel eller tap av familiemedlem (Eberhard-Gran og Slinning, 2017). Forskning gjort av blant annet Hicks og Brown (2016) og Farhat og Rajah (2011) viser til at både press i sosiale medier og kutt i liggetid kan påvirke utvikling av fødselsdepresjoner. Dette støtter Nightingales teori om at årsaken til sykdom kan være miljøet man lever i (Kirkevold, 2014). Det er kun en av forskningsartiklene jeg har funnet, som mener at fødselsdepresjoner kan oppdages allerede i svangerskapet (Madsen, Bibow og Eliasson, 2018). Dette er noe vi trenger mer kunnskap om, og kanskje vil flere forskere i Norge forske på dette i fremtiden?

Å greie å oppdage fødselsdepresjoner på et tidligere tidspunkt, samt å avdekke årsakene til depresjonene kan ha stor betydning for sykepleiefaget, da det vil gi oss en bedre forståelse av kvinnenes opplevelser, slik at man kan gi dem hjelp og støtte på en bedre måte.

7. Litteraturliste

Aasen, K. og Rognan, R. (2018) *Mammasjokket*. Tilgjengelig fra:

<https://tv.nrk.no/program/NNFA30000318/mammasjokket> (Hentet: 4. april 2018)

Andersson, E. Og Hildingsson, I. (2016) Mother's postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum, *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), s. 782-789. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12305> (Hentet: 6. April 2018)

Doi: 10.1111/scs.12305

Andreassen, T. (2018) Stor mangel på jordmødre kan sette barn i fare. Tilgjengelig fra:

<https://www.siste.no/arbeidsliv/innenriks/nyheter/stor-mangel-pa-jordmodre-kan-sette-barn-i-fare/s/5-47-113143> (Hentet: 22. mai 2018)

Bokmålsordboka (2018) *Pasient*. Tilgjengelig fra:

https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=pasient&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal (Hentet: 18. mai 2018)

Bokmålsordboka (2018) *Sykepleier*. Tilgjengelig fra:

https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=sykepleier&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal (Hentet: 18. mai 2018)

Brudal, L.F. (2007) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen:

Fagbokforlaget

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Due, U. (2009) Den gravide kroppen, i Taxbøl, D. (red) *Graviditet og fødsel*. 1. utg.

Oslo: Aschehoug, s. 74-94

Eberhard-Gran, M.E. og Slinning, K. (2017) *Fakta om fødselsdepresjon*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/fp/gravide-og-fodende-kvinner-helse/depresjon-i-forbindelse-med-fodsels/> (Hentet 4. april 2018)

Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W. Og Widström, A.M. (2005) Struggling with life: narratives from women with signs of postpartum depression, *Scandinavian Journal of public health*, 33(4), s. 261-267. Tilgjengelig fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1080/14034940510005725> (Hentet: 5. April 2018)
Doi: 10.1080/14034940510005725

Edinburgh postnatal depresjonsskår (2015) Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/psykiatri/edinburgh-postnatal-depresjonsskar/> (Hentet: 4. april 2018)

Farhat, R. og Rajab, M. (2011) Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge, *North American Journal of Medical Sciences*, 3 (3), s. 146-151. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3336902/> (Hentet: 3. mai 2018) Doi: 10.4297/najms.2011.3146

Fladberg, K.L. (2018) Frykter at nyfødte babyer kan dø på grunn av kort liggetid på sykehuset, *Dagsavisen Nordlys*. Tilgjengelig fra: <https://www.nordlys.no/sykehus/helse/fodsels/frykter-at-nyfodte-babyer-kan-do-pa-grunn-av-kort-liggetid-pa-sykehuset/s/5-34-794461> (Hentet: 10. mai 2018)

Fødselsdepresjon, barseldepresjon (2017) Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsels/sykdommer/fodsels/fodselsdepresjon/?page=3> (Hentet: 2. mai 2018)

Glavin, K., Ellefsen, B. og Erdal, B. (2010) Norwegian public health nurses' experience using

a screening protocol for postpartum depression, *Public health nursing*, 27(3), s. 255-262. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x> (Hentet: 8. april 2018) Doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x

Glavin, K., Smith, L. Og Sørum, R. (2009) Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway, *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(4), s. 705-710. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x> (Hentet: 8. april 2018) Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x

Helsedirektoratet (2014a) *Fødselsdepresjon*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/etter-fodsels/fodselsdepresjon> (Hentet: 4. april 2018)

Helsedirektoratet (2014b) *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonalfaglig retningslinje for barselomsorgen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf> (Hentet 15. mai 2018)

Hicks, S. og Brown, A. (2016) Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: the role of self-comparison, *Midwifery An International Journal*, 40, s. 132-140. Tilgjengelig fra: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30107-3/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30107-3/fulltext) (Hentet: 15. mai 2018)
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.018>

Hjälmhult, E. Og Økland, T. (2012) Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt, *Sykepleien forskning*, 7(3), s. 224-230. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-barselkvinner-er-opptatt-av-den-forste-tiden-hjemme-med-en-nyfodt> (Hentet: 6. april 2018) Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0128

Kirkevold, M. (2014) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Og Skaug, E.A. (2011) Om sykepleie, i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag , s. 15-28
- Krogh, S.V. (2018) *Barselavdeling*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/barselavdeling>
(Hentet: 14. mai 2018)
- Leira, A. (2010) Familier og velferdsstat – en ny kompleksitet, i Frønes, I. Og Kjølrsrød, L. (red.) *Det Norske Samfunn*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 237-260
- Madsen, S.A. (2009) Familiedannelsen, i Taxbøl, D. (red) *Graviditet og fødsel*. 1.utg. Oslo: Aschehoug, s. 136-151
- Madsen, S.A., Bibow, B. og Eliasson, S.T. (2018) Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet, *Månedsskrift for almen praksis*, mai. Tilgjengelig fra: <https://www.maanedsskriftet.dk/mpl/2018/276/12170/>
(Hentet: 27. april)
- Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet*. 2.utg. Oslo: Akribe
- Maliszewska, K., Swiatkowska, M.F., Bidzan, M. og Preis, K. (2016) Relationship, social support and personality as pshychosocial determinants of the risk for postpartum blues, *Ginekologia Polska*, 87(6), s. 442-447. Tilgjengelig fra: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.2016.0023/35180
(Hentet: 15. mai 2018) Doi: 10.5603/GP.2016.0023
- Melchior, E. (2009) Å bli mor – forandring og utvikling, i Taxbøl, D. (red.) *Graviditet og fødsel*. 1.utg. Oslo: Aschehoug, s. 95-115
- Moe, L. (2016) Stiller kritiske spørsmål om liggetid på fødeavdelingen. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/08/09/Stiller-kritiske-sporsmal-om-liggetid-paa-fodeavdelingen/> (Hentet:15. mai 2018)

Nightingale, F. (2016) *Notater om sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

St. Olavs Hospital (2018a) *Barsel*. Tilgjengelig fra:

<https://stolav.no/avdelinger/kvinneklinikken/fodeavdelingen/barsel-ostvest#dagsrytme>
(Hentet: 7. mai 2018)

St. Olavs Hospital (2018b) *Barselhotell*. Tilgjengelig fra:

<https://stolav.no/avdelinger/kvinneklinikken/fodeavdelingen/barselhotellet#les-mer-om-barselhotell> (Hentet: 7. mai 2018)

Thornquist (2003) *vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 1. utg. Bergen:

Fagbokforlaget

Vik, K., Aass, I.M., Willumsen, A.B. og Hafting, M. (2009) It's about focusing on the mother's mental health: screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective, *Scandinavian journal of public health*, 37(3), s. 239-245.

Tilgjengelig fra:

http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494808100275?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed (Hentet: 6. april 2018)
Doi: 10.1177/1403494808100275

Vedlegg 1 – Samtykkeskjema ressurssamtale



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før bruk i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli brukt som fortalt, uten endring eller tilføyelse av innhold

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted