

Kine Alicia Holden
10018

Sykepleietiltak for kvinner med psykiske utfordringer etter fødsel

7217

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Ulvestad
Mai 2024

Kine Alicia Holden
10018

Sykepleietiltak for kvinner med psykiske utfordringer etter fødsel

7217

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Ulvestad
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleietiltak for kvinner med psykiske utfordringer etter fødsel	Dato	16.05.24
		:	
Forfattere:	Kine Alicia Holden		
Veileder(e):	Ingunn Ulvestad		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Sykepleietiltak, Fødselsdepresjon, Sykepleierrolle, Psykisk helse		
Antall sider/ord: 7217	Antall vedlegg: 0		

Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:

Fødselsdepresjon forekommer hos ca. 10-16% av kvinner i Norge, og en utløsende faktor for dette kan blant annet være manglende sosial støtte etter fødsel. Noen kvinner opplever også andre psykiske utfordringer som generalisert angst, tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse. Denne bacheloroppgaven handler om hvordan sykepleier kan støtte kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel. Hensikten var å utforske om sykepleier uten videreutdanning kan bidra med sykepleietiltak for kvinner som opplever en form for psykiske utfordringer etter fødsel. Det er brukt litteraturstudie som metode og resultatet baserer seg på 5 utvalgte artikler fra to databaser og annen relevant litteratur. Funnene fra disse artiklene resulterte i fire grunnlag som sykepleietiltak for disse mødrene kan basere seg på. Gjennom sykepleietiltak som inkluderer screening, støttesamtaler, ikke-veiledende rådgivning og lyttebesøk, kan sykepleiere uten videreutdanning tilby hjelp og støtte til denne pasientgruppen.

ABSTRACT

Title:	Nursing interventions for women experiencing mental health challenges after childbirth.	Date	16.05.24
		:	
Authors:	Kine Alicia Holden		
Supervisor(s)	Ingunn Ulvestad		
Keywords	Nursing interventions, Postnatal depression, Nurse's role, Mental health		
(3-5)			
Number of pages/words:	Number of appendix: 0		
7217			

Short description of the bachelor thesis:

Postnatal depression occurs in approximately 10-16% of women in Norway, and one triggering factor for this can be a lack of social support after childbirth. Some women also experience other mental health challenges such as generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder. This bachelor's thesis focuses on how nurses can support women experiencing mental health challenges after childbirth. The aim was to explore whether nurses without specialized training can provide nursing interventions for women experiencing some form of mental health challenges after childbirth. A literature review was conducted as the method, and the results are based on five selected articles from two databases and other relevant literature. The findings from these articles resulted in four foundations on which nursing interventions for these mothers can be based. Through nursing interventions including screening, supportive counselling, non-directive counseling, and listening visits, nurses without specialized training can offer assistance and support to this patient group.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
2.0	Bakgrunn	2
2.1	Problemstilling	2
2.2	Avgrensning og presisering	2
3.0	Sykepleiefaglig relevans og teori	4
3.1	Sykepleieteori.....	4
3.1.1	Joyce Travelbee's interaksjonsteori.....	4
3.2	Sykepleietiltak	4
3.3	Barseltårer	5
3.4	Angsttilstander etter fødsel	6
3.5	Fødselsdepresjon	6
3.6	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	8
4.0	Metode	9
4.1	Litteraturstudie som metode	9
4.2	Fremgangsmåte.....	9
4.3	Utvalgte artikler	11
5.0	Resultat.....	14
5.1	Oppsummering av artiklene.....	14
5.2	Sammenfatning av resultatene	17
6.0	Drøfting	19
7.0	Konklusjon.....	21
8.0	Litteraturliste	22

1.0 Innledning

Overgangen til morskap er en stor begivenhet i en kvinnes liv, preget av en rekke følelsesmessige og fysiske utfordringer. Det er en tid fylt med forventninger, glede, men også usikkerhet og store endringer. De første ukene og månedene etter fødselen er en særlig kritisk periode hvor kvinner står overfor betydelige tilpasninger og utfordringer i overgangen til morsrollen.

Mitt valg av tema for denne bacheloroppgaven er inspirert av et ønske om å utforske og forstå den komplekse dynamikken som oppstår i overgangen til å bli mor, spesielt med tanke på den psykiske helsen til nybakte mødre. Mens barseltårer og følelsesmessige svingninger betraktes som vanlige og forventede reaksjoner, er det viktig å erkjenne den betydelige andelen kvinner som opplever mer alvorlige psykiske utfordringer som angst og fødselsdepresjon. Når det er sagt så tror jeg det er mange kvinner som kunne trenge noen å støtte seg på og snakke om vanskelige tanker og bekymringer etter fødsel, uten å måtte ha en diagnose.

Det er særlig interessant å utforske rollen til sykepleiere i denne konteksten, spesielt de uten spesialkompetanse, og deres potensielle bidrag til å støtte og veilede kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel. Med en stadig økende etterspørsel etter helsetjenester innen psykisk helse i Norge, blir det stadig viktigere å undersøke alternative oppgaveoverføringer eller jobbglidninger for å imøtekomme behovene til nybakte mødre som trenger ekstra støtte på grunn av psykisk uhelse i forbindelse med morskap.

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg derfor å belyse den potensielle rollen til sykepleiere uten spesialkompetanse i barselomsorgen, og utforske hvordan deres tilstedeværelse og innsats kan bidra til å fylle gapene i omsorgen for kvinner i denne fasen av livet. Med et ønske om å bidra til en dypere forståelse av denne problemstillingen, vil jeg utforske relevante teorier, forskning og erfaringer for å avdekke muligheter knyttet til denne tematikken.

2.0 Bakgrunn

Det er en stor omstilling å skulle bli mor. Kvinnen har ofte mange tanker og forestillinger om hvordan det skal bli. I barseltiden skjer det en stor omstillingsprosess hvor kvinnen går inn i en ny livssituasjon med en kropp med hormonelle svingninger. Det er kort vei fra lykke til fortvilelse og de fleste er kjent med betegnelsen barseltårer. Dette betraktes som normal reaksjon og forekommer hos de fleste kvinner, men mellom 10-16,5% (Helsedirektoratet, 2014) viser tegn til depresjon etter fødsel. Det er derfor viktig at kvinnen får informasjon om hva som er normale emosjonelle reaksjoner og hva som kan være tegn på en mer alvorlig tilstand. Før kvinnen skrives ut av barsel avdelingen er det i tillegg til jordmødre og barnepleiere, også sykepleiere som har ansvaret for å gi informasjon og veiledning (Holan og Hansen, 2019, s.199). I barselomsorgen i Norge er det ofte helsepersonell med spesialkompetanse som har den største kontakten med kvinnen. Sykepleiere uten videreutdanning har ikke like stor plass i barselomsorgen, og etter utskrivelse fra barselavdeling har kvinnen som regel kun kontakt med helsesykepleier og lege i kommunehelsetjenesten. Ikke før kvinnen blir så syk at hun må legges inn i spesialisthelsetjenesten kan sykepleier bidra med sin kompetanse. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke om sykepleiere uten spesialkompetanse også kan bidra med sykepleietiltak for kvinner i barsel, og spesielt med tanke på de psykiske utfordringene noen kvinner kan oppleve etter fødsel. Ifølge en rapport gjort av SINTEF i oppdrag for Norsk sykepleierforbund mangler vi i Norge over 2000 helsesykepleiere (SINTEF 2020). Derfor er det interessant å utforske om sykepleiere uten videreutdanning kan bidra med sykepleietiltak for å lette arbeidsmengden for helsesykepleierne i kommunen.

2.1 Problemstilling

Hvilke tiltak kan sykepleier uten videreutdanning bidra med for å gi støtte til mødre som opplever psykiske utfordringer etter fødsel?

2.2 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven handler om kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel. Menn kan også oppleve å ha det vanskelig etter en fødsel og utvikle fødselsdepresjon som kvinner, men i denne oppgaven fokuseres det kun på kvinnen etter fødsel. I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg i Norge står det at det er tre ganger så høy risiko å få en klinisk depresjon de første fem månedene etter fødsel i forhold til ett år senere (Helsedirektoratet, 2014). Derfor vil oppgaven dreie seg om kvinnens psykiske helse i en tidsperiode som overskrider barseltiden som kun er de seks første ukene etter fødsel. Denne oppgaven omhandler kvinner som opplever

vanskelige tanker, nedstemthet, angst, uro og mild til moderat fødselsdepresjon. Oppgaven omhandler ikke mødre som opplever fødselspsykose eller andre former for alvorlige psykiske lidelse etter en fødsel. Mødre som er så syke at de trenger å bli innlagt i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er ekskludert. Denne oppgaven handler om mødre som kan ha nytte av støtte og hjelp i kommunehelsetjenesten. Oftest er det helsesykepleier som har mest kontakt med mødre etter fødsel, men i denne oppgaven utforskes det om sykepleiere uten videreutdanning kan bidra mer for mødre med psykiske utfordringer etter fødsel. Med sykepleietiltak menes det tiltak sykepleier kan iverksette hos mødre som opplever psykiske utfordringer i tiden etter fødsel. Det finnes flere alvorlige psykiske lidelser mor kan oppleve i barseltiden. I denne oppgaven er det fokus på kvinner som har symptomer på depresjon og angst etter fødsel og som ikke nødvendigvis får en klinisk diagnose, men som likevel er i behov av ekstra støtte og oppfølging.

3.0 Sykepleiefaglig relevans og teori

I dette kapitlet blir det presentert sykepleieteori og beskrivelse av sykepleietiltak som er av sykepleiefaglig relevans for oppgaven. Samt teori som er relevant for i forbindelse med å kunne gi støtte til kvinner som opplever psykiske problemer etter fødsel. Teorien som er valgt ut for dette kapitlet er barseltårer, angst tilstander etter fødsel, fødselsdepresjon og EPDS.

3.1 Sykepleieteori

3.1.1 Joyce Travelbee's interaksjonsteori

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) skriver at Joyce Travelbee's interaksjonsteori setter søkelys på den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleier og pasient, der sykepleieren spiller en sentral rolle i å bistå pasienten i å forebygge, mestre eller finne mening i sin sykdomsopplevelse. Teorien legger vekt på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, og tar hensyn til pasientens subjektive opplevelse av sykdom og lidelse. Denne tilnærmingen er spesielt relevant for pasienter som opplever problemer eller kriser, og som preges av lidelse og manglende mening. Dette kan manifestere seg gjennom ulike grader av lidelse, som kan inkludere midlertidig ubehag, intens angst, alvorlig fortvilelse og apatisk likegyldighet. I Travelbee's teori er sykepleierens rolle å bruke seg selv terapeutisk i samspillet med pasienten, og etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. Sentralt i denne tilnærmingen er å hjelpe pasienten med å akseptere sin egen sårbarhet som menneske, samtidig som sykepleieren bidrar til å opprettholde pasientens håp. Gjennom å praktisere dette ønsker sykepleieren å skape et miljø preget av empati, forståelse og støtte, der pasienten føler seg sett, hørt og respektert. Dette kan bidra til å fremme pasientens psykiske og fysiske velvære og bidra til en meningsfull opplevelse av sykdom og lidelse. (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

3.2 Sykepleietiltak

Er en del av sykepleieprosessen, som består i datainnsamling og vurdering, planlegging av tiltak, implementere tiltakene og til slutt evaluere resultatet av tiltaket og eventuelt endre tiltak (Stubberud, Grønseth og Almås, 2019, s.22). Sykepleietiltak er de konkrete handlingene sykepleier utfører. Synonyme begreper som brukes er sykepleiehandlinger, sykepleiemetoder, sykepleieaktiviteter, sykepleiebehandlinger og sykepleieintervensjoner (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011), men i denne oppgaven brukes begrepet sykepleietiltak. Sykepleietiltakene som iverksettes tar utgangspunkt i diagnosen og er rettet mot det satte målet for tiltaket.

Sykepleietiltak skal derfor være målrettet, gjennomtenkte og basere seg på anerkjente kunnskaper og erfaring. Ofte er det flere alternativer å velge mellom for å hjelpe pasienten. Det er flere faktorer man må vurdere og ta i betraktning for å velge riktig sykepleietiltakene for pasienten. Ifølge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) er det sykepleiediagnosens egenart, det vil si: 1) hva det aktuelle problemet består i og hvordan det arter seg for pasienten, hva som er bakgrunnen for problemet, hvilke konsekvenser det problemet evt. har for pasienten og hvilke ressurser pasienten har tilgjengelig som handlingene skal ivareta og styrke, 2) hva som er ønskelig og akseptabelt for pasienten, 3) tilgjengelige ytre ressurser og 4) pasientens totalsituasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). I følge Orem's teori kan sykepleietiltakene være helkompenserende, delkompenserende eller støttende og undervisende (Grov og Holter, 2019). Helkompenserende sykepleietiltak blir iverksatt hos pasienter som ikke kan eller vil utføre nødvendige tiltak selv for å ivareta daglige aktiviteter eller grunnleggende behov. Delkompenserende sykepleietiltak praktiseres ved at pasienten sammen med sykepleier utøver tiltaket. Støttende og undervisende sykepleietiltak utføres av sykepleier for å ytterligere støtte pasientens helsefremmede aktiviteter (Grov og Holter, 2019).

3.3 Barseltårer

Barseltårer er en forbigående ustabil følelsesmessig reaksjon som 50-80% av alle nybakte mødre opplever de første dager etter fødsel (Glavin, 2019). Opplevelsen er ofte ustabil humør og lette depressive symptomer. Barseltårene opptrer ofte samtidig med at melkeproduksjonen er i ferd med å komme i gang (Helsedirektoratet, 2014). Dette kan underbygger påstanden om at denne reaksjonen sannsynligvis skyldes mye av hormonelle faktorer.

I tillegg kan følelser knyttet til en periode fylt av forventninger til tiden med det nyfødte barnet i kombinasjon med lite søvn også være faktorer som påvirker barseltårer. Noen kvinner opplever barseltårer som plutselig gråt som blir kastet over dem. Mens andre opplever flere tegn på nedstemthet, som søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, lett for å gråte og nedsatt appetitt. Usikkerhet, anspennelse eller engstelse og følelse av å ikke kunne tenke klart er også ganske vanlig (Kendall-Tackett 2005 og Whaetley 2005 i Glavin, 2019). Andre former for barseltårer kan utspille seg som mer blandede følelser med kombinasjon av angst, spenning, irritabilitet, rastløshet, forvirring, følelse av at man er fremmedgjort, søvnbesvær og hodepine. Det finnes mange forskjellige kombinasjoner, og intensiteten og varigheten kan variere mye for den enkelte kvinne (Lindved 2012 i Glavin, 2019). Barseltårer oppstår ofte mellom tre og ti dager etter fødsel og varer ofte i en til tre dager. Forbigående nedstemthet og følelsesmessige svingninger er normale reaksjoner hos mor etter en fødsel, men hvis perioden med nedstemthet og uro blir

forlenget kan dette være tegn på en begynnende fødselsdepresjon. Det er ikke alltid like lett hverken for kvinnen eller helsepersonell å vite når nedstemthet og uro vil gå over av seg selv og når det kreves behandling (Helsedirektoratet, 2014).

3.4 Angsttilstander etter fødsel

Det er enda ikke forsket så mye på angsttilstander i barselperioden, men i en systematisk oversikt som omhandlet dette tema fant de at angsttilstander sannsynligvis er mer vanlig enn man har trodd tidligere (Goodman *et al.*, 2016 i Glavin, 2019). Videre skriver Glavin (2019) at Pawluski med medarbeidere fant ut at minst 10% av barselkvinner erfarte en angsttilstand og at angst oftere forekommer i barselperioden enn i andre perioder av kvinners liv (Pawluski *et al.*, 2017 i Glavin, 2019). Hos noen er det angst som er den mest fremtredende reaksjonen etter fødsel. Angst etter fødsel kan oppstå hos kvinner som har hatt angst fra tidligere, men også hos de som aldri har opplevd angst før i livet. Kvinnene som opplever angst etter fødsel kan for eksempel ha ekstreme katastrofetanker som kan resultere i innkrenkinger i hverdagen for å skåne seg og barnet for tenkte farer. For noen kan angsten gå over til panikkangst, hvor kvinnen føler seg ekstremt redd uten noen åpenbar grunn, med tilhørende symptomer som blant annet pusteproblemer, følelse av trykk i brystet, skjelving og kvalme. Vanlige symptomer på angsttilstander er ifølge Glavin (2019) nervøsitet og overdreven bekymring og engstelse for barnet, ustabil stemningsleie, appetitt- og søvnforstyrrelser, manglende konsentrasjon og distraksjon og glemsomhet. Generalisert angst og tvangslidelser er vanligst, men posttraumatisk stressforstyrrelse kan også oppstå. Da særlig i forbindelse med en voldsom fødsel med komplikasjoner (Glavin, 2019).

3.5 Fødselsdepresjon

Det er ikke alltid like lett hverken for kvinnen eller helsepersonell å vite når nedstemthet og uro vil gå over av seg selv og når det kreves behandling. I følge Gullestrup og Terp (2008) er fødselsdepresjon en psykisk lidelse av en viss varighet, som kan strekke seg fra noen uker til mange måneder. Depresjonen kan opptre allerede i graviditeten, men bryter som regel ut etter fødsel. Fødselsdepresjon skiller seg ikke vesentlig fra depresjoner som oppstår ellers i livet og har de samme symptomene. Forskjellen er at tanker og følelser handler om det å bli mor og barnet som har kommet til. Kvinnen er i en enda mer sårbar situasjon hvor hun i tillegg til å stå i en ny livssituasjon også har et lite barn å ta vare på. Symptomer på fødselsdepresjon er tristhet, energiløshet, søvnproblemer og at man tar lett til tårer. Etter hvert kan symptomer som rastløshet, angst og panikk opptre. Relasjonen til barnet blir ofte påvirket, og kvinnen kan få vonde tanker om barnet, for eksempel at barnet ikke liker henne eller en følelse av at hun ikke

har tilhørighet til barnet. Det er også vanlig å føle på skam og skyldfølelse (Gullestrup og Terp, 2008, s.17).

For å få en forståelse av hvordan fødselsdepresjon kan utvikle seg er det i dette avsnittet forklaring på faktorer som kan påvirke utfallet av eventuelle psykiske utfordringer etter fødsel. Glavin (2019) skriver at den psykososiale konteksten kan ha noe å si for fødselsdepresjon og viser til Milgrom et. al. (2005) (i Glavin 2019), som har laget en biopsykososial modell for å bedre forstå fødselsdepresjon. Dette kan for eksempel være urealistiske forventninger eller manglende støtte til nye foreldre, og at dette igjen kan ha noe å gjøre med samfunnsstrukturen vår. For eksempel kort liggetid på barselavdelingen på sykehus etter fødsel og at vi ikke har familie og støttepersoner i umiddelbar nærhet. *Sårbarhetsfaktor* kan ha en innvirkning på utvikling av fødselsdepresjon. Sårbarhetsfaktorer kan for eksempel en personlig og kognitiv stil som perfeksjonisme eller dårlig selvtillit. Hvis kvinnen har opplevd depresjon tidligere i livet eller har en vanskelig fortid med sin egen mor, egne foreldres død, dårlig relasjon til far av barnet, lite sosialt nettverk og ikke planlagt svangerskap kan også være sårbarhetsfaktorer som kan påvirke om kvinnen vil oppleve depresjon etter fødsel. *Utløsende faktor* for utvikling av fødselsdepresjon kan bestå i stressfulle hendelser som har hendt det siste året, som sykdom, arbeidsledighet, komplikasjoner i svangerskapet. Dette kan i tillegg til å være sårbarhetsfaktorer også være utløsende faktor for depresjonen. En fødsel med komplikasjoner eller å få et barn med spesielle behov kan også være utløsende faktorer. En annen forklarende årsak til utvikling av depresjon er ifølge Glavin (2019) lavt østrogennivå etter fødsel. *Forverrende og opprettholdende faktorer* kan være forskjellige reaksjoner hos mor og partner. Negative kognitive reaksjoner hos mor, som tanker om at hun ikke er noen god mor for barnet kan få konsekvenser, for eksempel vet at hun ikke forteller om tankene sine til partner, noe som gjør det vanskelig å forstå for partneren. Negative følelsesmessige reaksjoner hos en av foreldrene kan føre til at den ene trekker seg unna. Som igjen vil føre til vanskeligheter i parforholdet og kan påvirke til svekkede foreldreferdigheter. Dette er faktorer som kan bidra til å forverre eller opprettholde en depresjon etter fødsel. Andre faktorer kan være hvis kvinnen har det vanskelig med tilknytning til barnet, manglende nettverk og sosial støtte (Milgrom et. al., 2005 i Glavin 2019). Lanes et. al (2011) (i Glavin, 2019) mener at størst direkte sammenheng mellom depresjon etter fødsel var stress i svangerskapet og mangel på tilgjengelig støtte i barseltid (Lanes et al. 2011 i Glavin 2019). Hvordan vi reagerer på negativt stress, tanker og følelser er individuelle, sårbarhet og risiko er derfor ikke tilstrekkelig til å forklare hvorfor noen opplever psykiske utfordringer etter fødsel (Hjemdal et al. 2011 i Glavin, 2019), men disse faktorene er relevant kunnskap for helsepersonell som møter kvinner som opplever symptomer på fødselsdepresjon.

3.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

«Screening er en undersøkelse av en gruppe mennesker med en test eller annen standardisert undersøkelsesmetode for å påvise et bestemt, ennå ikke oppdaget, sykdom eller risikofaktor for sykdom» (Glavin, 2019, s.83). EPDS er et spørreskjema som er utviklet for å avklare om mor har symptomer på depresjon etter fødsel. Det er en selvvurderingsskala som består av ti spørsmål med fire svaralternativer som vurderer intensiteten av depresjonssymptomer de siste syv dagene. Denne screeningen danner grunnlag for oppfølgingssamtalen og eventuell individuell planlegging av oppfølging, ut i fra hvilken skår kvinnen får. Screening for fødselsdepresjon er ikke anbefalt å ta i bruk før etter barselperioden er over, det vil si seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet,2014). EPDS fokuserer på de kognitive og affektive symptomene mer enn de somatiske symptomene. Spørreskjemaet kan ikke bekrefte en fødselsdepresjon, men det gir en indikasjon på om kvinnen har hatt depressive tanker de siste 7 dagene. EPDS kan heller ikke si noe om kvinnen kan utvikle depressive symptomer senere. EPDS er oversatt til 57 språk og kan deles ut på helsestasjonen til kvinner som ikke snakker norsk. Dette er ikke et diagnostisk verktøy, derfor kreves det en klinisk vurdering og samtale med helsepersonell etter utfylling (Glavin, 2019).

4.0 Metode

I dette kapittelet er det beskrevet hvilke metoder jeg har brukt i denne oppgaven for å svare på problemstillingen. Her blir det beskrevet hvordan litteraturstudie brukes som metode, og hvordan søkene for denne oppgaven er utført. Kapittelet inneholder også presentasjon av de valgte artiklene for denne oppgaven.

4.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode. Thidemann (2023) skriver at litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det samles inn litteratur som er relevant for problemstillingen, og informasjonen skal bli kritisk gjennomgått, for å til slutt sammenfatte det hele. Det skal være en systematikk til alle trinnene i litteraturstudien. Det formuleres en avgrenset og presis problemstilling. Deretter skal det utføres et innledende litteratursøk som gir en innsikt i litteratur og forskning fra ulike kilder for problemfeltet. Så blir det gjort et systematisk litteratursøk som er knyttet til problemstillingen, med bestemte søkeord i databaser. Dette skal dokumenteres og være etterprøvbart. Det brukes søketeknikker og søkestrategier som for eksempel PICO-skjema. Selve litteraturstudien består av å skanne artiklene for å vurdere artikkelens relevans og om de inneholder inklusjonskriteriene, deretter ekskludere irrelevante artikler. Til slutt vil man sitte igjen med artikler som er relevant for problemstillingen. De valgte artiklene skal leses med et reflektert og kritisk blikk. Det skal så gjøres en kritisk vurdering av artiklenes kvalitet. Innholdet skal analyseres og resultatene tolkes for å forstå teksten. Når artiklene for oppgaven er valgt utarbeides det en litteraturmatrise hvor artiklene blir sammenfattet og fremstilt på en oversiktlig måte. Til slutt skal resultatene sammenfattes og bli presentert i resultatkapittel (Thidemann,2023).

4.2 Fremgangsmåte

Det er utført strukturerte litteratursøk i databaser hvor man finner artikler for tema som belyser problemstillingen og en systematisk søkeprosess som konkretiserer informasjonsbehovet. Før søket ble det bestemt inklusjonskriterier. Dette var at artiklene ikke skulle være publisert før 2010, for å sikre at informasjonen er tidsrelevant, alle artiklene skulle ha en form for IMRAD-struktur, i tillegg skulle artiklene omhandle tiltak som kan bli utført av sykepleiere, og alle artiklene måtte omhandle behandling for personer med psykisk uhelse. Artiklene måtte være nordisk- eller engelskspråklig og være utført i land som kan relatere til norske forhold, for at kunnskapen best mulig kan anvendes i Norge.

Databasene som er brukt er PubMed, Cinahl. Det er kun valgt to databaser fordi søkene resulterte i mange relevante artikler. Søket var en kombinasjon av MeSH-termer og tekstord. For å finne riktige søkeord har mange av ordene blitt søkt opp på nettsiden *MeSH på norsk* for å finne korrekte søketermer og forslag til lignende ord. Det ble laget et PICO-skjema for å starte det strukturerte søket, men etter hvert som jeg fant relevante artikler så jeg også på hvilke emneord artiklene jeg leste hadde og fant dermed flere og minst like relevante søkeord på den måten.

Tabell 1: PICO-skjema

Patient/Problem	Intervention/Tiltak	Comparison/Alternativer	Outcomes/Resultater
Pasient med symptomer på fødselsdepresjon	Kartlegging og veiledning		Opplevelse av ivaretagelse og støtte

Tabell 2: Søketablell

	Søkeord	PubMed	Cinhal
1	Nurse	80 000	523 294
2	Nurse's role	2 568	50 62
3	Postpartum health	23 064	1 930
4	Postnatal mental health	2 521	202
5	Maternal health	101 237	27 538
6	Maternity nursing	3 195	1 262
7	Maternal-child nursing	4 919	1723
9	Breast feeding	16 078	10 607
10	Postpartum depression	13 640	8 251
11	Mental health	552 961	196 109
12	Nursing	923 953	747 722
13	1 AND 3	777	250
14	2 AND 4	1	5
15	2 AND 7	48	106
16	9 AND 10	288	234
17	1 AND 4	228	22
18	2 AND 10	154	16
19	2 AND 11	2 444	2 385
20	10 AND 12	2 475	1 028

Inkluderte artikler: Gading, E. A., Wilson, I. (2022) Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review, *International journal of nursing practice*, 28 (5),
Glavin, K. et al. (2010) Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression, *Journal of advanced nursing*, 66 (6), s. 1317-1327,
McCabe, J. E. et al. (2021) Listening visits for maternal depression: a meta-analysis, *Archives of women's mental health*, 24, s. 595-603
Segre, L. S. et al. (2010a) Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling?, *MCN, the American journal of maternal/child nursing*, 35(4), s. 220-225,
Segre, L.S. et al. (2010b) Screening and Counseling for postpartum depression by nurses: the woman's view, *MCN, the American journal of maternal/child nursing*, 35(5), s. 280-238,

Det er også utført manuelle søk for å søke opp litteratur som er oppført i litteraturlistene til relevante artikler. Manuelle søk er også gjort på Google for å finne blant annet retningslinjer for barselomsorg i Norge. I tillegg er det gjort søk i Oria for å finne relevante fagbøker. Noen av bøkene var kjent for meg på forhånd og ble søkt opp med full boktittel, mens andre bøker ble funnet med søkeordene «barselstid» og «fødselsdepresjon». Søket ble utført med kun «bøker» som materialtype. Søket viste resultater fra NTNU universitetsbibliotek. Alle bøkene utenom en ble brukt i oppgaven. Boken som ikke var å få tak i, men som hadde vært relevant for oppgaven var «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joice Travelbee.

4.3 Utvalgte artikler

Første artikkelen heter «*Nursing care for postpartum depression, part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling?*». Artikkelen er fagfelleurdert og har IMRAD-struktur. Dette er en «descriptive survey» som undersøker hvilke holdninger sykepleiere har til å utføre screening og behandling for kvinner som opplever fødselsdepresjon. Sykepleierne svarte på et spørreskjema med svaralternativer. Det er laget en statistisk analyse av svarene som er grunnlag for resultatet av analysen. Inklusjonskriteriet for valg av sykepleier som fikk utdelt spørreskjema var at de måtte ha minimum en bachelorgrad i sykepleie, ha lisens som sykepleier i Iowa og måtte jobbe innen kvinnehelse, pediatri, samfunnshelse, allmennpraksis eller psykiatrisk helse.

Den andre artikkelen er en «del to» artikkel av artikkelen over. Artikkelen heter «*Screening and counseling for postpartum depression by nurses: The woman's view.*». Den er også fagfelleurdert og har IMRAD-struktur. Dette er også en «descriptive survey» som undersøker holdningene kvinnene har til at sykepleiere skal utføre screening og behandling for dem som opplever fødselsdepresjon. Disse kvinnene fikk også spørreskjema med svaralternativer hvor svarene ble laget en statistisk analyse som resultatet i artikkelen bygger på. Kvinnene som svarte på spørsmålene, ble delt i to grupper og hadde derfor to sett med inklusjonskriterier. Den ene besto av kvinner som var hvite, gift, hadde høy utdanning og nettopp hadde født barn. Den

andre gruppen besto av unge kvinner med etnisk mangfold som hadde lav inntekt som nettopp hadde født barn.

Den tredje artikkelen heter *Listening visits for maternal depression: a meta-analysis*. Artikkelen er fagfelleurdert og har en IMRAD-struktur. Artikkelen utforsker den faktiske effekten av lytte-samtaler i befolkningen. For å finne relevante artikler til studien ble det utført et strukturert søk. Inklusjonskriteriene for artiklene som kunne bli inkludert i studien var at de skulle være pragmatiske eller randomiserte kontrollstudier som omhandlet lytte-besøk, utført av personell som ikke hadde spesialisering i psykiatri, for mødre som hadde symptomer på depresjon. Etter de hadde ekskludert alle artiklene som ikke møtte kriteriene hadde de 6 studier som de samlet dataene for å lage analyser av effektraten i de valgte studiene.

Den fjerde artikkelen heter *Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A system review*. Artikkelen er fagfelleurdert og har IMRAD-Struktur. Studien er en systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier for å finne ut om sykepleiere kan utføre behandling som vanligvis blir gjort av personell med psykiatrisk utdanning. Denne studien hadde kvalifikasjonskriterier for studiene som ble inkludert. Deltagerne måtte være over 18 år og måtte være diagnostisert med en psykisk sykdom. Studier som omhandlet rus- og alkoholproblemer eller nevrologiske lidelser ble ekskludert. Studiene måtte være utført i primærhelsetjenesten, studier utført på sykehus og poliklinikker ble ekskludert. Studiene måtte involvere oppgaveskiftende sammenligninger mellom sykepleiere som har liten erfaring eller ingen formell kvalifikasjon innen psykisk helsefeltet og spesialister på psykisk helse. De inkluderte studiene skulle inneholde minst ett resultat etter behandlingen. Studier som ikke rapporterte hvilket utfall det ble etter behandlingene ble ekskludert. Den inkluderte kun studier som brukte en randomisert kontrollert, engelskspråklige studier publisert mellom 2000 og 2020. Dette resulterte i 12 studier som ble inkludert.

Den siste artikkelen er en originalartikkel og heter *Supportive counselling by public health nurse for women with postpartum depression*. Artikkelen er fagfelleurdert og har IMRAD-struktur. Det er en pragmatisk studie som undersøker effekten av behandling av kvinner med fødselsdepresjon utført av helsesykepleiere. Det er en studiegruppe og en kontrollgruppe. Studiegruppen består av mødre som blir screenet med EPDS etterfulgt av minst en støttesamtale og eventuelt videre oppfølging av helsesøster med opplæring i EPDS og fødselsdepresjon. Kontrollgruppen fikk standard oppfølging av helsesøster som ikke hadde fått samme opplæring. EPDS ble utført av alle deltagerne 3 ganger, 6 uker, 3 måneder og 6 måneder

etter fødsel. Dataene ble så sammenlignet for å finne effekten av screening og støttesamtaler i barselomsorgen.

Tabell 3: Artikkelloversikt

Artikkel	Database	Søkeord	Navn på artikkel
<i>Artikkel 1</i>	PubMed	2 AND 7	<i>Nursing care for postpartum depression, part1: Do nurses think they should offer both screening and counseling?</i>
<i>Artikkel 2</i>	PubMed	2 AND 7	<i>Screening and counseling for postpartum depression by nurses: The womans view.</i>
<i>Artikkel 3</i>	Cinahl	2 AND 10	<i>Listening visits for maternal depression: a meta-analysis</i>
<i>Artikkel 4</i>	PubMed	2 AND 11	<i>Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A system review</i>
<i>Artikkel 5</i>	PubMed	10 AND 12	<i>Supportive counselling by public health nurse for women with postpartum depression.</i>

5.0 Resultat

I resultat kapittelet er det presentert en artikkelmatrise over valgte artikler, en oppsummering av funnene i hver artikkel som brukes for å svare på problemstillingen samt en sammenfatning av resultatene med tabell som visualiserer hvilke sykepleietiltak som er hentet fra de ulike artiklene.

5.1 Oppsummering av artiklene

Artikkel 1 og 2 «*Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling?*» og «*Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the woman's view*» er begge forfattet av Segre et al. Det er brukt spørreskjema i begge studiene for å komme frem til resultatet. Resultatet av den første artikkelen forteller noe om hvilken holdning sykepleierne har til å utføre en screening og oppfølgingssamtale til kvinner som opplever fødselsdepresjon. I den andre artikkelen er det mødre som får spørreskjema med spørsmål som kunne vise til hva mødre syntes om å bli screenet og få samtaleterapi med sykepleier i forbindelse med fødselsdepresjon. Spørsmålene på spørreskjemaene hadde svaralternativer som deltagerne måtte velge mellom. Resultatene var at flesteparten av både sykepleierne og kvinnene var positive til at sykepleiere skal kunne screene for fødselsdepresjon og utføre samtaleterapi for kvinner som opplever symptomer på fødselsdepresjon. Disse artiklene ble valgt ut fordi de forteller noe om at sykepleierne er komfortable med å utføre denne oppgaven og at kvinnene er villige til å motta hjelpen fra en sykepleier. Ut ifra disse artiklene kan man tenke seg at screening og samtaleterapi kan være tiltak sykepleier kan utføre for å støtte mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon.

Artikkel 3, *Listening visits for maternal depression: a meta-analysis*, skrevet av McCabe et al, er en review artikkel som handler om å finne svar på om «lytte-besøk» i hjemmet til kvinner med fødselsdepresjon gjort av sykepleiere virkelig har så liten effekt at det ikke er grunnlag for å fortsette med tiltaket. «Lytte-besøk» blir definert som en ikke-veiledende rådgiving utført av en sykepleier som kommer hjem til pasienten. Artikkelen konkluderer med at effekten av «lyttebesøk» i hjemmet er stor nok til at de støtter denne type behandling for kvinner som har fødselsdepresjon. Lyttebesøk kan derfor være et alternativ til sykepleietiltak.

Artikkel 4, *Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A system review*, skrevet av Aurizki og Wilson (2022), utforsker effekten av sykepleiere uten videreutdanning som utfører tiltak for voksne med psykiske sykdommer, som vanligvis blir utført av helsepersonell med utdanning innen psykisk helse. Sykepleierne uten videreutdanning fikk i denne anledning trening og veiledning i utførelsen av oppgavene før de

startet å jobbe. Artikkelen konkluderer med at sykepleiere uten videreutdanning, men med trening og veiledning kan utføre oppgaver som vanligvis utføres av annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Det er beskrevet flere typer behandlinger som er utprøvd av sykepleierne uten videreutdanning, men i denne oppgaven legger jeg vekt på «emosjonell og sosial støtte». Konklusjonen i denne studien er at sykepleiere uten videreutdanning kan ansettes i stillinger som utfører psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten i mangel på helsepersonell med spesialisering.

Artikkel 5. *Supportive counselling by public health nurse for women with postpartum depression*, skrevet av Glavin et al. (2010) er en pragmatisk studie som sammenligner to grupper med kvinner som har født barn. En kontrollgruppe og en studiegruppe hvor studiegruppen får tilbud om støttesamtaler ut ifra hvordan de skårer på EPDS screeningen. Studien utforsker om støttesamtaler med helsesykepleier reduserer symptomer på fødselsdepresjon. EPDS screening blir gjort 6 uker, 3 måneder og 6 måneder etter fødsel. Resultatet viser at kvinnene i studiegruppen som mottok støttesamtaler hadde lavere score på EPDS enn kvinnene som ikke fikk samme tilbud. Dette styrker grunnlaget for å velge støttesamtale som et sykepleietiltak for kvinner som opplever symptomer på fødselsdepresjon.

Tabell 4: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstillingen
Artikkel 1	Vurdere sykepleieres syn på en sykepleiemodell hvor sykepleieren både screener og behandler nye mødre som har symptomer på depresjon.	520 sykepleiere gjennomførte en undersøkelse som vurderte sykepleierens syn på en sykepleiemodell hvor de både screener og behandler fødselsdepresjon.	De fleste sykepleierne som deltok på denne undersøkelsen, var «enig» eller «helt enig» i at de syntes det var en god ide for sykepleiere å utføre screeningen. 93,7% var «enig» eller «helt enig» i at det var en god ide at sykepleiere gir rådgivning/ behandling for mildt deprimerte kvinner.	Denne artikkelen gir informasjon om hvilke tiltak sykepleiere selv synes det er greit at de kan bidra med for kvinner som opplever symptomer på depresjon etter fødsel.
Artikkel 2	Denne artikkelen er en part 2-artikkel i sammenheng med Artikkel 1. Denne artikkelen undersøker hva pasientene synes om en	Det er brukt beskrivende design med spørreundersøkelse som er gitt ut til to grupper. Gruppe 1 som besto av 691 hvite kvinner etter fødsel med relativt høy inntekt og	Flertallet i begge grupper (>90%) mente at det var akseptabelt for sykepleierne å utføre screening for fødselsdepresjon og gi samtalebehandling for	Artikkelen gir en indikasjon på om barselkvinnen er komfortable og villige til å få veiledning/samtale fra sykepleiere for

	sykepleiemodell hvor sykepleierne screener og behandler dem for symptomer på fødselsdepresjon.	gruppe 2 som besto av 132 kvinner med lavere inntekt.	kvinnene. Mer enn halvparten var «definitivt villige» til å oppsøke en sykepleier for veiledning.	symptomer på depresjon etter fødsel.
Artikkel 3	Hensikten med meta-analysen er å finne det sanne estimatet for populasjonseffekten av «lytte-samtaler» (ikke-veiledende rådgiving) i hjemmet, utført av sykepleiere til kvinner som opplever fødselsdepresjon, og sammenligne det med en annen meta-analyse som var bakgrunnen for at støttesamtaler i hjemmet som anbefalt behandling i Britiske nasjonale retningslinjer ble tatt vekk i 2007.	Det er brukt strukturert søk for å finne artikler som skulle inkluderes i meta-analysen. Det var strenge inkluderingskriterier og av 115 artikler var det 6 som ble inkludert i studien. Effektstørrelser for alle mål på depresjon ble gitt for hver studie. Dataene ble regnet om så de fikk sammenlignbare tall for resultatene for å lage statistikk for studiene.	Resultatet av meta-analysen gir empirisk støtte for at hjemmebesøk av sykepleier for støttesamtale er en effektiv behandling for depresjon hos mødre. Resultatene indikerer at hjemmebesøk er en effektiv førstelinje-behandling for kvinner med fødselsdepresjon.	Artikkelen gir en indikasjon om tiltaket for støttesamtaler i hjemmet har en effekt for kvinner som har mild til moderat fødselsdepresjon. Dette er relevant for denne artikkelen for å underbygge at dette er et tiltak sykepleier kan utføre for å støtte kvinner som opplever symptomer på depresjon etter fødsel.
Artikkel 4	Hensikten med denne studien er å sammenfatte bevis som sammenligner oppgaveglidning i intervensjoner gjort av sykepleier uten videreutdanning og spesialister i psykisk helse for å forbedre utsiktene for bedre psykisk helse hos pasienter i primæromsorgen.	Artikkelen bruker en systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier.	Åtte av ti studier avdekket at sykepleierstyrte intervensjoner var betydelig bedre enn sammenlignbare tiltak. Gjennomgangen identifiserte tre hovedområder: opplæring og veiledning, individuell og samarbeidsorientert omsorg, samt psykososiale behandlinger.	Denne artikkelen utforsker om sykepleier kan gi behandling til personer med psykisk sykdom, og er ikke fokusert kun mot mødre etter fødsel. Denne artikkelen er likevel valgt ut fordi den forteller noe om en sykepleier uten spesialutdanning kan gi tilfredsstillende behandling til pasienter som opplever psykiske utfordringer. Og man kan anta at resultatet også gjelder for kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel også.
Artikkel 5	Denne artikkelen er en rapport om en studie som utforsker effekten av støttesamtaler med helsesøster for	Dette er en pragmatisk studie. Studiepopulasjonen besto av barselkvinner i to norske kommuner, som hadde født et levende barn mellom juni 2005 og	I forsøksgruppen ble depresjonsskåren signifikant redusert både tre og seks måneder etter fødselen sammenlignet med	Denne artikkelen er inkludert i oppgaven fordi den er relevant for oppgavens problemstilling, til tross for at det er

	kvinner som har fødselsdepresjon.	desember 2006. Totalt 228 kvinner ble inkludert i studien: 64 i sammenligningskommunen og 164 i forsøkskommunen. 26 jordmødre i forsøkskommunen ble opplært i å identifisere barseldepresjon og i å gi støttende rådgivning. Pretester ble utført ved hjelp av Edinburgh Postnatal Depression Scale seks uker etter fødselen. Posttester med samme spørresjema ble utført tre og seks måneder etter fødselen.	sammenligningsgruppen. Støttesamtaler, basert på en ikke-veiledet tilnærming fra helsesøstre, viste seg å være en effektiv behandlingsmetode for fødselsdepresjon.	helsesykepleiere og ikke sykepleier uten spesialisering som er involvert i studien. Denne studien er likevel valgt fordi den er utført med norsk helsepersonell og norske mødre. Den er derfor mer overførbart til norske forhold og primærhelsetjenesten i Norge.
--	-----------------------------------	---	--	--

Artikkel 1: *Nursing care for postpartum depression, part1: Do nurses think they should offer both screening and counseling?* **Artikkel 2:** *Screening and counseling for postpartum depression by nurses: The womans view.* **Artikkel 3:** *Listening visits for maternal depression: a meta-analysis.* **Artikkel 4:** *Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A system review.* **Artikkel 5:** *Supportive counselling by public health nurse for women with postpartum depression.*

5.2 Sammenfatning av resultatene

Ut ifra disse artiklene er det kommet frem til 4 tiltak som sykepleier uten spesialutdanning kan utføre for å støtte kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel. Det er blant annet å screene kvinner etter fødsel for å finne ut om de opplever symptomer på psykisk uhelse. I den forbindelse er den mest brukte screeningskjemaet EPDS, som allerede blir brukt og sterkt anbefalt i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Et annet tiltak som går igjen i alle artiklene er samtaleterapi. For eksempel i form av lyttebesøk hjemme hos pasienten eller støttesamtaler på helsestasjon. Flere av artiklene har resultater som bekrefter at sykepleier uten videreutdanning kan utføre støttende tiltak for kvinner med symptomer på fødselsdepresjon med beviselig effekt. Kvinnene som skårer høyt på EPDS og har mild til moderat depresjon burde få tilbud om samtaleterapi, og det burde tilpasses til hver enkelt kvinne om det er mest hensiktsmessig å ha samtalen i hjemmet til kvinnen eller på helsestasjonen.

Tiltak som er representert i de ulike artiklene presenteres her i en Tabell 5, hvor man ser hvilke tiltak som er relatert til den enkelte artikkel.

Tabell 5: Sykepleietiltak i artiklene

Artikkel/ Sykepleietiltak	1	2	3	4	5
Screening	X	X			X
Støttesamtale	X	X		X	X
Ikke-veiledet rådgivning			X		X
Lytte-besøk/ Hjemmebesøk			X		X

6.0 Drøfting

Kommunikasjon er et nøkkelord og gjennomgående tema gjennom de valgte artiklene og i resultatet for denne oppgaven. Både for å gjennomføre screening og ikke minst i samtaleterapi er kommunikasjonen mellom kvinnen og behandler avgjørende for hvilket utfall man får av behandlingen.

Samtaleterapien burde ifølge artikkel 3 og 5 bestå i ikke-veiledende samtaleterapi. Det betyr at man blant annet bruker aktiv lytting for å sette seg inn i kvinnens opplevelse og perspektiv (Glavin et al. 2010). «*Målet med aktiv lytting er forståelse, forståelse for atferd og ikke-verbale signaler, av ordene som sies, av helheten i kommunikasjonen*» (Hummelvold, 2012, i Håkonsen, 2018). Empatisk kommunikasjon er også et element som er vesentlig å utøve i samtaleterapien med denne pasientgruppen. Det er både en måte å være på, men også en metode og et samtaleverktøy for aktiv lytting (Brudal 2016, i Brean 2023). Man kan tenkte seg at de som velger å utdanne seg til sykepleier har et stort ønske om å hjelpe andre og at mange sykepleiere er empatiske personer uavhengig av tittel. Trolig har mange personer denne oppfatningen av sykepleiere og kanskje er det grunnen til at det er så stor villighet blant kvinnene i artikkel 1 og 2 til å få behandling av sykepleiere.

For denne pasientgruppen er det er støttende og undervisende sykepleietiltak som er aktuelt. I følge Orem's teori betyr det «*å styrke pasientens egne helseaktiva ytterligere.*» (Grov og Holter, 2019). Videre i Orem's teori står det videre som eksempler på støttende og undervisende sykepleietiltak blant annet kan være emosjonell støtte, skape motivasjon, sosial støtte gjennom gode relasjoner, undervisning og veiledning (Grov og Holter, 2019). Disse eksemplene passer godt for tiltakene som er valgt for å støtte kvinnene som opplever symptomer på fødselsdepresjon. Støttesamtale, ikke-veiledet rådgivning, empatisk kommunikasjon og aktiv lytting er alle tiltak som underbygger disse eksemplene. Tidligere i oppgaven har det ikke vært fokus på hva kvinnene kunne trenge av veiledning og undervisning, men man kan tenke seg at mange av mødrene kunne få gode råd og veiledning som handler om grunnleggende behov som søvn og ernæring. Et sentralt tema kunne for eksempel være hvordan vår psykiske helse påvirkes av for lite søvn.

Joice Travelbee's interaksjonsteori kan sees i sammenheng med disse tiltakene, fordi hun beskriver kommunikasjon som det viktigste redskapet til sykepleieren når det gjelder å etablere et ekte menneske-til-menneske-forhold til pasientene (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Spesielt i Artikkel 3 er det utdypet at kontakten som skapes mellom pasient og behandler er vel

så viktig som hvilken tittel behandleren har. Dette er kanskje grunnen til at sykepleierne uten spesialisering i denne artikkelen fikk til minst like gode resultater av behandlingen som en behandler som er spesialisert. Travelbee mener at «*Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov.*» (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Ut ifra dette kan man si at for å kunne støtte kvinner som opplever symptomer på fødselsdepresjon er det viktig å lytte til- og bli kjent med pasienten for å kunne gi en individuell tilnærming til tiltakene. Noen pasienter kan ha vanskelig for å komme seg ut av huset og møte opp på avtalte timer når man opplever å være deprimert, men for andre kan det tenkes at det er en ekstra belastning og en stressfaktor å få besøk i hjemmet og det vil heller være bedre å kunne komme seg ut av huset for samtale-terapi.

Det blir utført EPDS kartlegging og oppfølgingssamtale hos helsesykepleier i de fleste kommuner i Norge. Både i sykepleieteorien og i de valgte artiklene er det fokus på en god relasjon mellom pasient og behandler, og at pasienten føler seg trygg og ivaretatt er viktige faktorer for å få til et godt samarbeid i samtale-terapi. Derfor ser jeg det nødvendig at sykepleieren som utfører EPDS sammen med pasienten konsekvent også er den samme som utfører oppfølgingssamtalen og eventuelt samtaleterapi i etterkant.

Ut ifra resultatene fra valgte artikler ser det ut til at sykepleiere uten videreutdanning kan utføre screening og samtaleterapi for kvinner som opplever psykiske utfordringer etter fødsel, men at det trengs opplæring og veiledning av en sykepleier som skal utføre disse oppgavene. Det vil si at kommuner som har problemer med å rekruttere helsesykepleiere kan ansette sykepleier uten videreutdanning for å lette på oppgavebyrden til helsesykepleiere. Helsesykepleier har mye fokus på barnet, og selv om det i Norge blir utført en samtale med mor ofte med utfylling EPDS fire til seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014) skal kvinnen ha relativt store psykiske plager for å få oppfølging og samtaleterapi med helsesykepleier eller kommunepsykolog. Her mener jeg sykepleier uten videreutdanning kunne gjort en god jobb med å avlaste helsesykepleier og gi lavterskeltilbud til kvinner som opplever psykiske problemer etter fødsel. Kunne for eksempel sykepleier uten videreutdanning følge opp mor med EPDS skjema og oppfølgingssamtale, og eventuelt videre oppfølging for kvinner som trenger dette? Så kan helsesykepleier konsentrere seg om barnet. Dette trengs det mer kompetanse for å svare på, men det er et forslag som kanskje kan gi bedre og mer oppfølging til mødre som trenger ekstra psykisk støtte etter fødsel uten å belaste helsesykepleierne. Sykepleiere kan også ansettes som en ekstra forsterkning for i helsetilbudet i primærhelsetjenesten for disse kvinnene, ved at de dekker en tilbudsforespørsel om ikke tilstrekkelig finnes i dag.

7.0 Konklusjon

Ut ifra analyse av valgte artikler og sykepleieteorien, har jeg kommet frem til at sykepleiere uten videreutdanning kan spille en essensiell rolle i å støtte mødre som opplever psykiske utfordringer etter fødselen. Symptomer på fødselsdepresjon kan være et resultat av flere forskjellige faktorer, men samlet sett kan det se ut som mange av disse mødrene har godt utbytte av å ha noen å snakke med og støtte seg til når det blir vanskelig. Informasjon fra artiklene som er valgt ut for denne oppgaven forteller at det er både motivasjon og vilje for å bruke sykepleiere til behandling for psykiske utfordringer og at sykepleiere uten videreutdanning i psykiatri eller som helsesykepleier kan gjennomføre arbeidsoppgavene til disse profesjonene med like godt resultat. Resultatene viser også at kvinner som opplever det tungt etter fødsel vil ha nytte av oppfølging med samtaleterapi.

Svaret på problemstillingen «*Hvilke tiltak kan sykepleier uten videreutdanning bidra med for å gi støtte til mødre som opplever psykiske utfordringer etter fødsel?*» vil være sykepleietiltak som inneholder disse elementene:

- Screening av kvinner etter fødsel
- Støttesamtale
- Ikke-veiledende rådgiving
- Lytte-besøk

Gjennom sykepleietiltak som inkluderer screening, støttesamtaler, ikke-veiledende rådgiving og lytte-besøk, kan sykepleiere uten videreutdanning tilby hjelp og støtte til kvinner i en sårbar fase av livet, men det er forbeholdt at de får god opplæring og veiledning. Sykepleietiltakene må formuleres detaljert og hver pasient må få en individuell tiltaksformulering ut ifra kvinnens behov og utfordringer. Basert på sykepleieteori og funnene i litteraturanalysen, indikerer det at sykepleiere uten videreutdanning har potensiale til å bidra i primærhelsetjenesten ved å støtte kvinner som sliter med psykiske utfordringer etter fødselen. Gjennom kompetent og empatisk omsorg, i kombinasjon med opplæring og veiledning, kan disse sykepleierne utgjøre en forskjell i å støtte mødre på en trygg måte i overgang til morsrollen.

8.0 Litteraturliste

- Brean, G. V. (2023) *Psykisk helse i svangerskap og barseltid*, 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gading, E. A., Wilson, I. (2022) Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review, *International journal of nursing practice*, 28 (5), doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.13046>
- Glavin, K. et al. (2010) Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression, *Journal of advanced nursing*, 66 (6), s. 1317-1327, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x>
- Glavin, K. (2019) *Ikke alltid fantastisk*. 1.utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Grov, E. K., Holter, I. M. (2019) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess i Rotegård, A. K., Solhaug, M., Grov, E.K. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg. Oslo: Cappelen Damm
- Gullestrup, L., Terp, I. M. (2008) *Fødselsdepression*. 1.utg. København: PsykiatriFonden
- Hagtvedt, M. L., Holan, S. (2019) *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2019) *Foreldres psykiske helse: Foreldre bør få spørsmål om egen psykisk helse og trivsel*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/foreldres-psykiske-helse-foreldre-bor-fa-sporsmal-om-egen-psykiske-helse-og-trivsel#4b47afbe-6340-4652-9f3e-c4f15ad58ec8-praktisk-informasjon> (Hentet 30.04.2024)
- Helsedirektoratet (2014) *Nytt liv og trygg barseltid for familien, Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-)

[c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20t
rygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retnin
gslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4) (Hentet 02.04.24)

- Håkonsen, K. M. (2018) *Empati og samhandling*, i Psykologi og psykiske lidelser. Utg. 5. Oslo: Gyldendal akademisk
- McCabe, J. E. et al. (2021) Listening visits for maternal depression: a meta-analysis, *Archives of women's mental health*, 24, s. 595-603, doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4>
- Nordtvedt, F., Skaug, E., Kristoffersen, N. J. (2011) *Teoretiske perspektiver på sykepleie i* Kristoffersen, N. J. (red.) Bind 1 Grunnleggende sykepleie 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Segre, L. S. et al. (2010a) Nursing care for postpartum depression , part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling?, *MCN, the American journal of maternal/child nursing*, 35(4), s. 220-225, doi: 10.1097/NMC.0b013e3181dd9d81
- Segre, L.S. et al. (2010b) Screening and Counseling for postpartum depression by nurses: the womans view, *MCN, the American journal of maternal/child nursing*, 35(5), s. 280-238, doi: 10.1097/NMC.0b013e3181e62679
- Stubberud, D., Grønseth, R., Almås H. (2020) Klinisk sykepleie-Funksjon ansvar og kompetanse i Nortvedt, P., Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I. J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Oslo: Universitetsforlaget.

