



Kandidatnummer: 328, 341
Emnekode: MAHEL5400
Innleveringsfrist: 29. april 2022 kl. 1300
Antall ord: 4211

Sammendrag

Innledning og bakgrunn: 1 av 10 kvinner i Norge opplever fødselsdepresjon. Langvarig fødselsdepresjon kan påvirke samspeilet mellom mor og barn. Helsepersonell kan avdekke og støtte mødre som opplever fødselsdepresjon. Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hva forskning sier om hvilken støtte mødre med fødselsdepresjon har behov for.

Metode: Litteraturstudie med søk i tre databaser, Medline, Cinahl og Swemed+. Søkene ble gjennomført i perioden 28.-31. mars. Tre artikler ble inkludert.

Resultat: Mødre med symptomer på fødselsdepresjon kan ha behov for støtte fra helsepersonell, og informasjon om depresjon og hvordan de kan søke hjelp. Mødrene har behov for at helsepersonell fokuserer på både mor og barn, og tar mødrenes følelser og bekymringer seriøst. Et urealistisk morsideal kan oppleves belastende, og mødrene ønsker fokus på at det er mange måter å være en god mor på. Fra familie og venner ønsker mødrene følelsesmessig og praktisk støtte. Gruppetiltak blir av mødrene ansett som en velegnet arena for å møte andre mødre, søke råd og støtte og føle på fellesskap.

Konklusjon og implikasjoner for praksis: Mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon har behov for støtte fra helsepersonell, partner og øvrig sosialt nettverk, samt kan ha nytte av støtte fra gruppetiltak, som barselgrupper og mestringsgrupper. Helsepersonell bør sette av mer tid til mors psykiske helse og eventuelle symptomer på fødselsdepresjon, og tilby individuelt tilpasset støtte, gjerne via hjemmebesøk med partner til stede. Mødrene bør oppmuntres til å involvere sitt sosiale nettverk for støtte, og tilbys gruppetiltak i regi av helsestasjonen.

Nøkkelord: *fødselsdepresjon, sykepleier, støtte*

Abstract

Introduction and background: The prevalence of postpartum depression in Norway is about 1 in 10. Prolonged postpartum depression can affect the interaction between the mother and child. Public health nurses can detect and support mothers struggling with postpartum depression. The purpose of this literature study was to explore what existing research says about the support mothers with symptoms of postpartum depression need.

Method: Literature study with searches in three databases, Medline, Cinahl and Swemed+. The searches were carried out from 28th-31st of March. Three articles were included.

Result: Mothers with symptoms of postpartum depression may need support from healthcare professionals, and information about depression and how to seek help. Mothers want health professionals to focus on both mother and child and take mothers' feelings and concerns seriously. Unrealistic ideals of motherhood can be stressful, and the mothers want focus on the many ways to be a good mother. From family and friends, the mothers want emotional and practical support. Group interventions are considered by mothers as a suitable arena for meeting other mothers, seeking advice and support and a feeling of community.

Conclusion and implications for practice: Mothers who experience symptoms of postpartum depression need support from healthcare professionals, partners and social network, and may benefit from support from group initiatives, such as maternity groups and coping groups. Public health nurses should spend more time on the mother's mental health and any symptoms of postpartum depression, and offer individually tailored support, preferably via home visits with her partner present. Mothers should be encouraged to involve their social network for support, and group interventions should be offered by the child health centers.

Keywords: *postpartum depression, nurse, support*

Støtte til mødre med symptomer på fødselsdepresjon

Innledning og bakgrunn

Å få barn og bli forelder er en stor overgang i livet, og den nye situasjonen kan være fylt av både glede og stressende utfordringer (Hvatum et al., 2014). Forandringene kan være krevende, og omtrent én av ti kvinner i Norge får en fødselsdepresjon (Helsenorge, 2018). Under koronapandemien økte tallet kraftig, og en ny norsk studie viser at én av tre spedbarnsmødre scorer høyt på depressive symptomer (Eberhard-Gran et al., 2022). Fødselsdepresjon er ikke en selvstendig diagnose, men beskriver følelsesmessige depressive plager eller en klinisk depresjon som oppstår under graviditet og i tiden etter fødsel. En fødselsdepresjon er en tilstand der hverdagen kan oppleves tung, personen kan føle seg likegyldig, initiativløs og verdiløs, og der alt kan virke meningsløst. En fødselsdepresjon som varer over lang tid kan påvirke samspillet mellom mor og barn, og føre til at begge opplever stress (Helsebiblioteket, 2021; Helsenorge, 2018). Fødselsdepresjon hos mødre kan være en risikofaktor for at barn utvikler vansker senere i livet, relatert til utvikling, atferd og emosjonelle lidelser, på grunn av at barnet får et usikkert tilknytningsmønster til sin mor (Glavin, 2019, s. 66; Slinning et al., 2012). Fødselsdepresjon kan også disponere mødre for en vedvarende depresjon, samt andre fysiske og psykiske helseplager senere i livet (Abdollahi & Zarghami, 2018).

Helsestasjonen skal jobbe helsefremmende og forebyggende når det kommer til psykososiale forhold, samt avdekke risiko for problemer og vansker, relatert til fysisk og psykisk helse hos både barselkvinner, deres partnere og barna (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 5). Helsesykepleier på helsestasjon møter omtrent alle nybakte mødre, og har dermed en nøkkelrolle i å avdekke og støtte mødre med symptomer på fødselsdepresjon (Helsedirektoratet, 2017). Gjennom tidlig intervensjon og støtte til mødre med fødselsdepresjon kan den negative påvirkningen på samspillet mellom mor og barn begrenses, og helsesykepleieren kan på denne måten bidra til at barn får et godt oppvekstmiljø. Helsesykepleier kan bruke spørreskjemaet EPDS (Edinburgh postnatal depresjonsskår) for å kartlegge en fødselsdepresjon (Norsk helseinformatikk, 2020). Ved en score på 10-14 bør støttesamtaler tilbys (Glavin, 2019, s. 96). En støttesamtale har som mål å

forstå den andres situasjon, og gjennom samtale identifisere og komme frem til løsninger for å redusere symptomene på fødselsdepresjon. I støttesamtaler står aktiv lytting og empatisk kommunikasjon sentralt (Glavin, 2019, s. 110). Ved at helsesykepleier lytter aktivt, og støtter mor, kan mor lettere se seg selv og forstå sin egen situasjon bedre. Det kan også hjelpe mor til å bli bedre kjent med de tankene og erfaringene det nye barnet har fått frem i henne (Haug, 2016, s. 315).

Manglende sosial støtte er en risikofaktor for utvikling av fødselsdepresjon, og for å støtte mødre med fødselsdepresjon er det viktig å inkludere hele familien, og ha et helhetlig perspektiv (Friberg & Edhborg, 2014; Helsedirektoratet, 2009). Gruppetiltak i regi av helsestasjonen kan også hjelpe foreldre med å skape et sosialt nettverk, og samtidig bidra til å gi foreldrene innsikt og hjelp til hvordan mestre rollen som forelder og på den måten bidra til å skape et bra oppvekstmiljø for barn og unge (Helsedirektoratet, 2017).

Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å finne ut av hva forskning sier om hvilken opplevelse mødre med fødselsdepresjon har av støtten de får, og har behov for. Basert på dette har vi formulert følgende problemstilling:

Hva sier forskning om støtte til mødre med symptomer på fødselsdepresjon?

Metode

Metoden er en litteraturstudie, som har som formål å sette kunnskap fra skriftlige kilder i system. En litteraturstudie har ikke som mål å fremskaffe ny kunnskap, men ved å sammenstille kunnskap fra flere ulike kilder kan nye aspekter komme frem (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37-38). Ved hjelp av et systematisk litteratursøk samles relevant forskning inn (Thidemann, 2019, s. 78).

Vi har gjennomført søk i databasene Cinahl, SweMed+ og Medline, i perioden 28.-31. mars. Søkeordene var *postpartum depression*, *nurse*, og *support*. I søket ble disse ordene kombinert den boolske operatoren AND. Inklusjonskriteriene var fagfellevurderte/peer

reviewed artikler på engelsk og nordisk fra de ti siste årene. Artikler som omhandler sykepleiere sine opplevelser av hva mødre med fødselsdepresjon trenger ble ekskludert.

Tabell 1: Oversikt over søketreff og antall relevante og inkluderte artikler.

Database	Søkeord	Treff	Relevante funn	Inkluderte artikler
Swemed+	Postpartum depression AND support	9	8	2
Medline	Postpartum depression AND nurse AND support	16	8	0
Cinahl	Postpartum depression AND nurse AND support	95	29	1 (1)

Vi fikk til sammen 120 treff i de tre databasene. 45 abstracts ble lest, 15 artikler ble lest i fulltekst av begge studentene og vurdert ved hjelp av sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). 3 artikler ble inkludert.

Etiske vurderinger

To av artiklene var på engelsk, og i vår oversettelse av artiklene kan det ha forekommet oversettelsesfeil. I tolkningen av resultater kan det også ha forekommet feil, slik at resultatene ikke fremstilles slik forskerne ønsker.

Resultat

Funnene er inndelt i tre hovedkategorier: støtte fra helsepersonell, støtte fra familie og venner, støtte fra gruppetiltak.

Tabell II: presentasjon av funn.

Referanse	Land	Hensikt	Metode	Resultat
Haga et.al. (2012) <i>A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers.</i>	Norge	Å skaffe informasjon om kvinners karakteristika og nivå av velvære, for å lære hva som kan gjøres for å forbedre kvinners subjektive trivsel i barselperioden og forhindre utvikling av fødselsdepresjon.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer av 12 førstegangsmødre som ble inkludert basert på egenrapporterte depressive symptomer.	Sosial støtte og mestring av amming fremheves som viktig for å øke trivsel og redusere depressive symptomer. I kontakt med helsepersonell ønsket deltakerne at de skulle gjøre mer enn å bare normalisere mødrenes følelser og bekymringer. De hadde behov for et miljø med positive holdninger som oppmuntrer til at mødre skal snakke og dele slik at de kan få sortert sine tanker og erfaringer, og at det blir gjort klart at det er mange måter å være en god nok mor.
Feeley et.al. (2016) Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer?	Canada	Å sammenligne hvilke preferanser for omsorg og støtte kvinner med symptomer på depresjon, og deres partner, har.	Kvalitativ, deskriptiv studie av 30 par, der mødre hadde en EPDS ≥ 12 ved rekruttering til studien. 19 av parene takket ja til en vurdering av psykisk helse, mens 11 takket nei.	De som takket ja til en vurdering av psykisk helse etter fødsel kontakt med helsepersonell, mens de som takket nei søkte støtte blant familie og venner, samt så på foreldrepermisjon og fysisk aktivitet som viktige faktorer for bedre psykisk helse. Mødrenes psykiske helse bør omtales på alle rutinekontroller, og ved symptomer på barseldepresjon bør helsesykepleier tilby individuelt tilpasset omsorg og støtte, basert på parets behov.
Kristensen et. al. (2015) Blues Mothers: et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon.	Norge	Å undersøke erfaringene og behovene til en gruppe kvinner i graviditet og etter fødsel, og deres erfaring med deltakelse i mestringstilbudet Blues Mothers.	Kvalitativ studie med en narrativ innfallsvinkel. Intervju med 9 kvinner med EPDS ≥ 10 .	Alle mødre opplevde gruppetilbudet som et positivt tiltak. Gruppen bidro til stimulering av mestringsevner, gi nye perspektiver, og justere etablerte idealer om morsrollen. For flere av deltakerne bidro gruppen til å redusere skammen de opplevde, og gjennom utveksling av erfaringer og tanker opplevde de at det var flere som hadde det som dem. Flere opplevde lettelse ved å kunne snakke åpent om hvordan de hadde det. Gruppen gjorde at mange brøt ut av isolasjon, ved at de hadde noe fast å gå til. Informasjonen mødre fikk gjorde at de ble bevisst på hva nedstemtheten gjorde med tankene deres, og hvilke konsekvenser den fikk.

Støtte fra helsepersonell

Mødre med fødselsdepresjon anser helsesykepleiere til å ha en god posisjon til å vurdere og prate med dem om deres psykiske helse, på grunn av deres hyppige kontakt gjennom helsestasjonsprogrammet. Mødrene opplever behov for informasjon fra helsepersonell om fødselsdepresjon, hvilke symptomer man kan oppleve og hvordan de kan søke hjelp (Feeley et al., 2016).

Mødrene ønsker at konsultasjonene på helsestasjonen fokuserer på både mor og barn, ikke bare barnet, for at de skal føle seg sett og kunne legge frem sine bekymringer (Feeley et al., 2016). I møte med disse bekymringene påpeker mødrene at helsesykepleiere må gjøre mer enn å normalisere følelsene og bekymringene, og ta mødrene seriøst (Haga et al., 2012). Mødrene ønsker at partner også er til stede når helsesykepleier prater om psykisk helse etter fødsel, da det gir mer åpenhet og øker partners mulighet til å støtte mor. Mødrene ønsker å få tilpasset hjelp, basert på sine behov. Hjemmebesøk i stedet for konsultasjoner på helsestasjonen blir av mødrene sett på som et godt alternativ (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012).

Mange mødre opplever en konflikt mellom idealet om hva som er en god mor, og det de selv opplever, føler og tenker (Kristensen et al., 2015). Mødrene ønsker at helsesykepleiere skal ha fokus på at det er mange måter å være en god mor på, også hvis de ikke ammer. Mange mødre opplever ammepress som en belastning, og det påpekes derfor at helsesykepleiere har en viktig rolle i å begrense ammepresset (Haga et al., 2012). Ammepress eller følelsen av å ikke mestre amming, kombinert med en følelse av mangel på støtte fra helsepersonell, kan føre til at mødre får dårlig samvittighet, og symptomene de opplever på fødselsdepresjon kan bli forsterket av bekymringer relatert til amming (Kristensen et al., 2015).

Støtte fra familie og venner

Partner, venner og familie blir av mødrene sett på som viktige for å øke trivsel og bedre depressive symptomer. Det at mor vet at sine nærmeste støttespillere er til å stole på ansees som viktig. Mødre ønsker at partner skal støtte dem praktisk, med husarbeid, tilrettelegging, og delta i mating og bleieskift. Følelsesmessig støtte fra partner er også viktig for mødrene, som ønsker at partner skal validere følelser og bekymringer, og fungere som

motivator. Å beskytte mor fra ytre faktorer, f.eks. ved å begrense mengden besøk blir også trukket frem som en viktig støttende funksjon (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Flere mødre trekker frem viktigheten av et sosialt nettverk, for å ha mulighet til å få avlastning, trøst, praktisk bistand og støtte ved behov (Kristensen et al., 2015).

Støtte fra gruppetiltak

Barselgrupper og støttegrupper blir av mødre sett på som en velegnet arena for å møte andre mødre, og kunne dele erfaringer, søke råd og støtte, og kunne sammenligne seg med de andre og føle seg normal (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Mødrene opplever at et gruppebasert tilbud med fokus på mestring kan hjelpe dem med å bryte ut av en ond sirkel med nedstemthet, følelse av skam, isolasjon og mulig forverring av depresjonssymptomer. Det å møtes i gruppe og snakke åpent og utveksle erfaringer kan gjøre at mødrene føler på et fellesskap, at andre har det på samme måte, samt at det kan føles som en lettelse å få pratet om følelser og bekymringer de ikke tør å prate med andre om på grunn av skam (Kristensen et al., 2015).

Diskusjon

Resultatene i denne litteraturstudien har fått frem ulike typer støtte mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon kan ha behov for. I de påfølgende avsnittene diskuteres de ulike behovene for støtte opp mot relevant forskning, faglitteratur, retningslinjer og forskrifter.

Støtte fra helsepersonell

Feeley et.al. (2016) påpeker at mødre som opplever symptomer på en fødselsdepresjon, har behov for informasjon om det de opplever av følelser og tanker, samt behov for informasjon om hvor de kan søke hjelp. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) understreker at det er viktig at kvinnene får informasjon om både barseltårer, og symptomer på angst og depresjon som varer over lengre tid. Det vil være naturlig, og i tråd med både nevnte forskning og nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), at psykisk helse tas opp i det første møtet med foreldrene. Videre anbefales det at temaet psykisk helse og trivsel hos

foreldrene er et tema på alle konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017). Ved at helsesykepleier bevisst tar opp temaet på hver konsultasjon kan det tenkes at terskelen for å snakke om temaet psykisk helse senkes, og det blir mulig å komme tidligere inn med tiltak om problemer har oppstått (Borglin et al., 2015; Feeley et al., 2016).

Mødre opplever det som viktig at støtten er tilpasset dem, og at tilpasset støtte fra helsepersonell gjerne kan skje i hjemmet (Feeley et al., 2016). Forskning viser at det er fordeler ved at samtalene med mor utføres hjemme hos familien. Hjemme hos seg selv føler ofte mødre på en større ro, de føler seg tryggere og føler de får kontakt med helsesykepleier på en mer personlig måte (Hjälmhult, 2009). I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) bemerkes det positive effekter ved oppfølging tilpasset individuelle behov, og at mødre med fødselsdepresjon får tilbud om oppfølging utover det ordinære helsestasjonsprogrammet. Slik oppfølging kan være støttesamtaler eller ekstra konsultasjoner, eller ytterligere hjemmebesøk utover det vanlige besøket 7-10 dager etter fødselen (Helsedirektoratet, 2014, 2017). Ekstra hjemmebesøk som individuelt tilpasset tiltak kan i tillegg kan bidra til bedre kontakt og økt tillit mellom helsesykepleier og mor (Helsedirektoratet, 2014, 2017). Det vil også være i tråd med forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 5 (2018) å ta initiativ til ekstra oppfølging hjemme hos familien, da denne forskriften sier at helsesykepleiere skal drive oppsøkende virksomhet i de tilfeller der familier har behov for ekstra oppfølging.

Mødrene ønsker at partner skal være til stede når helsesykepleier prater om psykisk helse etter fødsel (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2017) sine anbefalinger, som sier at ved det første hjemmebesøket etter fødsel er det anbefalt at partner er tilstede. Helsesykepleier bør derfor tilrettelegge for hjemmebesøk hvor begge foreldrene er til stede, slik at foreldrene føler seg likestilte, selv om fokuset ofte er på mor og barn (Feeley et al., 2016). Et helhetlig perspektiv, hvor hele familien blir inkludert, og deres kompetanse og selvfølelse blir styrket, er også i tråd med gjeldende nasjonale retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009).

Nybakte mødre kan oppleve at helsesykepleier fokuserer mest på barnet, og lite på mor. Mødrene ønsker at helsesykepleieren fordeler sin omsorg mellom mor og barn, slik at også mor føler seg sett. Forskning påpeker at mødrene synes det er viktig at de kan legge frem sine bekymringer, samtidig som helsesykepleieren tar dem seriøst og ikke avfeier mødrene ved å normalisere deres tanker og følelser (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Haug (2016, s. 322) understreker også viktigheten av at mødre med symptomer på fødselsdepresjon får lov til å snakke om seg selv, og sine forventninger og behov. Mors følelse av egen identitet og verdi kan gjenskapes gjennom at fokuset også rettes mot henne (Haug, 2016, s. 322). Mødrene har behov for støtte, og forskning viser at veien ut av depressive symptomer kan være støtte som bekrefter mors opplevelser (Friberg & Edhborg, 2014). Støttesamtaler som tiltak har vist seg å kunne ha både en positiv og vedvarende effekt på barselkvinnens depressive symptomer (Glavin, 2016, s. 407; Morrell et al., 2009). Ved å gjennomføre støttesamtaler kan man oppnå det mødrene ønsker, at de føler seg sett og blir tatt seriøst (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Mødrene vil også kunne få økt tro på egen handlekraft og evne til å ta beslutninger. Så langt det er mulig bør mødrenes behov styre hvor ofte og hvor mange ganger de skal ha støttesamtaler med helsesykepleier. Helsesykepleier kan si til mor at samtalene kan fortsette helt til mor føler seg bedre (Glavin, 2019, s. 110; Haug, 2016, s. 322).

Mange mødre har et ideal, eller en forestilling om hvordan en god mor skal være. Mødre som ikke lever opp til sine egne forventninger kan føle seg utilstrekkelige og som dårlige mødre. Dette kan påføre mødrene stress og en følelse av nedstemthet (Kristensen et al., 2015). Mødrene kan ha en forventning om at barseltiden skal være den lykkeligste perioden i livet, og hvis de ikke kjenner på denne gleden kan de føle på håpløshet (Williams, 2013). Man ser at en av de største risikofaktorene for utvikling av fødselsdepresjon er hvis mors forventninger, og realiteten om hvordan det er å være mor, ikke stemmer overens (Eastwood et al., 2012). Helsesykepleier har en viktig oppgave i å realitetsorientere mødrene når det kommer til amming, det å være foreldre, og familielivet, og støtte mødrene, samt fortelle at det er mange måter å være en god mor på (Friberg & Edhborg, 2014). Williams (2013) skriver at gjennom støtte fra flere instanser kan mødre greie å overkomme sin usikkerhet om egen evne til å være forelder, og tvilen på om hun kan ta de riktige avgjørelsene. Forskning viser også at når tiden går får mødrene økt forståelse og innsikt i hva

det vil si å være mor, med en positiv innvirkning på selvtillit og psykisk helse (Friberg & Edhborg, 2014).

Mødre kan oppleve ammeproblemer og ammepress som en belastning, og de kan føle at for å være en god mor må man amme. Å ikke mestre amming, og ikke få støtte fra helsepersonell ved valget om å slutte og amme, kan påføre mødrene dårlig samvittighet og forsterke bekymringene hos mødre som allerede opplever en fødselsdepresjon (Haga et al., 2012; Kristensen et al., 2015). På den andre siden understreker Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) at amming kan ha en positiv effekt på mødres psykiske helse, ved at det blant annet kan redusere følelsen av stress og angst. Det påpekes at helsepersonell skal være bevisst at velfungerende amming, som en av få faktorer, kan påvirke stemningsleiet hos mødre med depressive symptomer positivt (Helsedirektoratet, 2014). I arbeidet med informasjon og veiledning knyttet til amming kan helsesykepleier på grunn av dette oppleve et dilemma mellom å ivareta mors ønske om å slutte og amme på grunn av ammeproblemer og påfølgende bekymringer, eller velge å overtale mor til ammeveiledning for å få til ammingen, da det har vist seg å ha en positiv effekt på symptomer ved en fødselsdepresjon.

Støtte fra familie og venner

Mødre med symptomer på fødselsdepresjon ser på sosialt nettverk som viktig for å få støtte, hjelp, avlastning og trøst ved en fødselsdepresjon (Kristensen et al., 2015). Gjennom sosial støtte kan mødrene håndtere store belastninger og få hjelp til å komme seg videre fra disse belastningene (Røsand, 2016, s. 102). Å gjenoppta kontakt med andre kan være en faktor som bidrar til bedring av depressive symptomer (Friberg & Edhborg, 2014). Mangel på nettverk og sosial støtte man kan stole på, kan på den andre siden være en opprettholdende faktor for depressive symptomer (Glavin, 2019, s. 56). Gjennom støttesamtale med mor kan helsesykepleier rette fokus mot at alle trenger støtte og hjelpe i tøffe perioder i livet. I en slik samtale kan det være at helsesykepleier avdekker at helsestasjonen er det viktigste stedet for støtte til mor. I slike situasjoner må helsesykepleier være ekstra bevisst rollen vedkommende har i psykologisk ivaretagelse av mor (Haug, 2016, s. 327).

Mødrene ønsker støtte til praktiske formål, slik som husarbeid og vern mot for mye besøk, men også følelsesmessig støtte. De ønsker at partner skal validere følelser og bekymringer, og motivere og tilrettelegge (Feeley et al., 2016). Dette går igjen i annen forskning, som påpeker at familien bør støtte mor med stell og pass av barnet, husarbeid og mental støtte (Ando et al., 2021). Forskning viser også at fedre ønsker å bli mer involvert i barselperioden, og at konkrete praktiske oppgaver er en fin og trygg måte og bli involvert på. Her kan helsesykepleier være med og bidra til og oppmuntre fedrene, slik at de kan støtte og avlaste mødrene (Solberg & Glavin, 2018).

Haga et.al. (2012) trekker frem støtte fra partner som den aller viktigste sosiale støtten til mødre med fødselsdepresjon. Glavin (2019, s. 56) påpeker viktigheten av en velfungerende parrelasjon, da konflikter i parforholdet kan bidra til å opprettholde en fødselsdepresjon. Det samme nevnes av Røsand (2016, s. 102), at et godt parforhold har en direkte effekt på psykisk helse, men også at et velfungerende forhold til partneren kan virke beskyttende ved store belastninger. Viktigheten av et godt samspill mellom foreldrene trekkes også frem i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), der det påpekes at begge foreldrene har sentrale roller i familien, og begge er viktige for best mulig fungering i familien. Gjennom en samtale med både mor og partner til stede kan helsesykepleier utforske partners mulighet til å aktivt gå mer inn i sin relasjon til barnet, og på den måten avlaste mor. Utfordringen her kan være balansegangen mellom å støtte opp under mor som forelder til barnet sitt og gi henne tid til å mestre rollen, samtidig som hun trenger avlastning for å kunne fokusere på seg selv og egen psykisk helse (Killén, 2018, s. 292-293).

Støtte fra gruppetiltak

Forskning viser at gruppetiltak, slik som barselgrupper, er en velegnet arena for å få foreldre til å dele sin opplevelse av det å være foreldre, og få støtte fra andre som kan ha de samme opplevelsene (Feeley et al., 2016; Haga et al., 2012). Det å møte noen som lytter, trekkes av Glavin (2019, s. 81) frem som noe av det viktigste med å møtes i gruppe. I tillegg påpekes, som i forskningen, at grupper kan hjelpe foreldre med å skaffe seg et sosialt nettverk og bidra til å trygge dem som foreldre (Glavin, 2019, s. 81). Dette samsvarer videre med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2017), som sier at

helsesykepleier bør anbefale deltakelse i gruppekonsultasjoner der mødrene eller familien har lite nettverk.

Gruppetiltak rettet spesifikt mot mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon har vist seg å kunne ha effekt ved å hjelpe mødre til å føle seg som en del av et fellesskap med andre mødre som opplever det samme, og det kan være en lettelse å kunne prate om følelser og tanker som de føler er skambelagte. Å ha en fast gruppe og gå til kan gjøre at mødre bryter ut av en sosial isolasjon de har satt seg selv i, på grunn av skam over egne tanker og følelser (Kristensen et al., 2015). Gruppen kan i tillegg føles som et trygt sted å være, da mødre kan oppleve gruppemiljøet som ikke-dømmende, og det gjør det lettere å dele, samt å komme tilbake. Flere mødre ser også på det å møte til et slikt gruppetilbud som noe av det beste de kan gjøre for egen helse. Mødre som får et slikt gruppetilbud kan oppleve at det er lettere å prate med andre mødre i samme situasjon om sine tanker og følelser, enn med helsepersonell direkte (Cook et al., 2019). Dette er også i tråd med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), hvor det anbefales at foreldrene skal være den viktigste ressursen i en gruppe, ikke helsepersonell. Hovedformålet med grupper i regi av helsestasjonen er at foreldrene skal møte andre i samme situasjon, og bedre forstå foreldrerollen, samt få innsikt og hjelp til mestring av livet som forelder (Helsedirektoratet, 2017).

Metodediskusjon

Litteratursøket ble gjennomført i anerkjente databaser for helse- og medisinskfaglig forskning. Alle de inkluderte artiklene er fagfelleverderte, og kvaliteten på artiklene ansees derfor å være god. De inkluderte forskningsartiklene presenterer resultater fra kvalitativ forskning, som egner seg godt, fordi kvalitativ forskning utforsker erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger (Malterud, 2017, s. 30-31). Vi er ute etter detaljerte beskrivelser fra de intervjuede mødrene, og målet er ikke å forklare hvorfor, men å forstå hvordan de opplever støtten de får og har behov for (Malterud, 2017, s. 39). En styrke ved å benytte kvalitative forskningsartikler for å besvare problemstillingen, er at det i kvalitativ forskning stilles åpne spørsmål, som går i dybden, noe som gir et rikt beskrivende materiale (Malterud, 2017, s. 34-35). En svakhet ved kvalitativ forskning er at resultatene kan være vanskelig å kontrollere, eller bruke til generalisering. Om det samme intervjuet ble gjennomført på nytt

med samme intervjuperson vil det kunne gi et annet resultat, og resultatene kan derfor være vanskelig å kontrollere. Selv om forskningen gir detaljerte beskrivelser av mødrenes opplevelse av støtte, kan det hende resultatene ville vært ulike med andre informanter, og resultatene kan derfor ikke brukes til å generalisere (Dalland, 2020, s. 61, 66-67).

For å belyse validiteten til artiklene ble de vurdert ved hjelp av Helsebibliotekets sjekkliste for kvalitativ forskning (2016). Oppsummert ble artiklenes formål, problemstilling, utvalg, datainnsamling, etiske forhold, analyse og resultater vurdert. I forhold til utvalg baserer studien til Feeley et.al. (2016) og Kristensen et.al. (2015) seg på mødre som ved inkluderingstidspunktet har en EPDS-score over en gitt grense. Det kan tenkes at denne scoren har forandret seg ved gjennomføring av intervjuene, og det kan ha påvirket resultatene. Det er gjort vurderinger på om forskningen som er inkludert ivaretar personvern, anonymitet og baserer seg på et frivillig, informert samtykke. I tillegg har vi undersøkt om studiene artiklene baserer seg på har godkjenninger fra etisk komité, noe alle har. Basert på vurderingene ble det konkludert med at artiklene fremstiller en pålitelig prosess og resultater, som vi kan benytte oss av. Artiklene baserer seg på forskning fra Norge og Canada, og har derfor en klar overføringsverdi til vår praksis.

Ved kvalitativ forskning kan resultatet påvirkes av tillitsforholdet mellom deltaker og forsker fordi det er en nærhet mellom forsker og deltaker. Hvis deltakeren opplever tillit til forskeren, vil resultatet kunne påvirkes positivt fordi deltakeren deler åpent og ærlig av sine tanker, erfaringer og følelser. Forholdet mellom deltaker og forsker kan også være en begrensning, hvis deltakeren ikke opplever tillit og respekt, og på grunn av det holder tilbake informasjon (Malterud, 2017, s. 211-212). I denne studien vil det derfor være naturlig å stille spørsmålsteget ved om resultatet i de inkluderte artiklene viser det sanne resultatet, da vi ikke har kjennskap til hvordan deltakerne opplevde tillitsforholdet til forskerne, og om de fortalte hele sannheten i intervjuene.

Konklusjon

Forskning sier at mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon har behov for individuelt tilpasset støtte fra helsepersonell, gjerne via ekstra hjemmebesøk med partner til

stede. Mødrene ønsker informasjon om fødselsdepresjon og symptomer på dette, samt hvilke tilbud og hjelp som tilbys. Støttesamtaler med helsesykepleier kan bidra til bevisstgjøring av tanker og følelser. I støttesamtaler er det viktig at fokuset er på mor, slik at mor kan legge frem sine tanker og følelser, og få veiledning og støtte til å finne mulige veier videre. Mødrene har høye forventninger til morsrollen, og helsesykepleiere kan bidra til å senke presset ved å støtte og realitetsorientere mødrene om foreldrelivet og spesielt amming, og understreke for mødrene at godt nok er bra nok for barnet. Forskning sier også at mødrene har behov for støtte fra partner, øvrig familie og venner, både praktisk og følelsesmessig. For mødrene er denne støtten viktig for å øke trivsel og bedre symptomene de har på fødselsdepresjon. Gruppetilbud til mødre med fødselsdepresjon kan bidra til en følelse av fellesskap og til normalisering av tanker og følelser. Mødrene opplever at gruppetilbud gir mulighet til å dele erfaringer, søke råd og få støtte i situasjonen. Dette kan bidra til at mødrene kommer seg ut av en ond sirkel preget av nedstemthet, skamfølelse over sine tanker og følelser, og påfølgende isolasjon.

Implikasjoner for praksis er at helsesykepleiere bør ha enda større fokus på mors psykiske helse, herunder fødselsdepresjon, i barseltiden. Det må settes av ekstra tidsressurser, slik at det kan gjennomføres støttesamtaler etter mødrenes behov, gjerne i hjemmet med partner til stede. Mødrene bør oppmuntres, av helsesykepleier, til å involvere sitt sosiale nettverk for avlastning og støtte. Gruppetiltak for mødre som opplever symptomer på fødselsdepresjon bør være på plass, slik at helsesykepleiere kan tilby mødrene dette, i stedet for at mødrene må komme over en terskel for å etterspørre dette. Øvrige gruppekonsultasjoner på helsestasjonen bør ha fokus på morsidealet og mødrenes opplevelse av det.

Med tanke på mødrenes opplevde konflikter med «god mor»-idealet vil det være nyttig å gjennomføre forskning på om opplæring i svangerskap om fødselsdepresjon og morsrollen kan ha en forebyggende effekt på forekomsten av fødselsdepresjon. Det bør også gjennomføres forskning som ser på effekten av støttesamtaler kontra gruppetiltak, og om samlet effekt av disse tiltakene er bedre enn av tiltakene hver for seg.

Referanseliste

- Abdollahi, F. & Zarghami, M. (2018). Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(10), 1002-1009. <https://doi.org/10.26719/2018.24.10.1002>
- Ando, H., Shen, J., Morishige, K.-i., Suto, S., Nakashima, T., Furui, T., Kawasaki, Y., Watanabe, H. & Saijo, T. (2021). Association between postpartum depression and social support satisfaction levels at four months after childbirth. *Archives of psychiatric nursing*, 35(4), 341-346. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.03.010>
- Borglin, G., Hentzel, J. & Bohman, D. M. (2015). Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. *Primary Health Care*, 16(5), 470-480. <https://doi.org/10.1017/S1463423615000055>
- Cook, C., Goyal, D. & Allen, M. (2019). Experiences of Women with Postpartum Depression Participating in a Support Group Led by Mental Health Providers. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 44(4), 228-233. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000533>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N. & Barnett, B. E. W. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 148-148. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-148>
- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I. & Vangen, S. (2022). Depressive symptom og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 142(3), 1-9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0450>
- Feeley, N., Bell, L., Hayton, B., Zelkowitz, P. & Carrier, M.-E. (2016). Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer? *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(2), 120-130. <https://doi.org/10.1111/ppc.12107>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-10-19-1584>

- Friberg, M. & Edhborg, M. (2014). Att bli mamma i skuggan av postpartum depression — transitionsteoretisk perspektiv. *Vård i Norden*, 34(1), 4-8.
<https://doi.org/10.1177/010740831403400103>
- Glavin, K. (2016). Barseledepresjon - en kommunal modell for forebygging, identifisering og behandling. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten - barns psykiske helse og utvikling* (s. 401-412). Gyldendal akademisk.
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk : psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid*. Fagbokforlaget.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
- Haug, A. (2016). Støttesamtalen - et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet på helsestasjonen. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten - barns psykiske helse og utvikling* (s. 315-330). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet 7. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021). *Fødselsdepresjon*. Hentet 23. mars 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/fodselsdepresjon>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Helsenorge. (2018). *Fødselsdepresjon*. Hentet 22. mars 2022 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/fodselsdepresjon/>
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4(1), 18-26. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2009.0018>
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 14-23. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0019>
- Killén, K. (2018). Risikosamspill og omsorgssvikt. I N. Misvær & P. Lagerløv (Red.), *Håndbok for helsestasjoner : 0-5 år* (4. utg., s. 278-300). Kommuneforlaget.
- Kristensen, K. V., Dalseth, A. K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G. F., Jentoft, G. & Wang, C. E. A. (2015). Blues Mothers: et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/05/blues-mothers>
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G. J. & Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *British Medical Journal*, 338, a3045. <https://doi.org/10.1136/bmj.a3045>
- Norsk helseinformatikk (NHI). (2020). *Edinburgh postnatal depresjonsskår*. Hentet 23. mars 2022 fra <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/psykiatri/edinburgh-postnatal-depresjonsskar/>
- Røsand, G.-M. B. (2016). Parforholdets betydning for psykisk helse hos voksne og barn. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten - barns psykiske helse og utvikling* (s. 99-112). Gyldendal akademisk.
- Slinning, K., Holme, H. & Valla, L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(1), 69-73. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/01/svangerskapsomsorg-og-forebygging-av-depresjon>

Solberg, B. & Glavin, K. (2018). Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskaps-omsorgen og på helse-stasjonen. *Sykepleien Forskning*, 13(72006), e72006.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72006>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Williams, P. (2013). Mothers' Descriptions of Recovery from Postpartum Depression. *MCN, the American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(5), 276-281.

<https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182993fbf>