

“Da lykkeliten kom til verden og mor ble deprimert“

Hvordan kan sykepleiere kartlegge barseldepresjon hos mødre i barseltiden?

Kandidatnummer: 150

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 10136

Dato: 17.03.16

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere kartlegge barseldepresjon hos mødre i barseltiden?

Metode: Jeg har gjennomført to kvalitative intervjuer med helsesøstre, fagpersoner som daglig arbeider med kartlegging av barseldepresjon.

Funn: Helsesøstrene kartlegger barseldepresjon gjennom relasjonsbygging, samtaler om mors psykiske helse, observasjon og vurdering av samspill og ved bruk av kartleggingsverktøy og screening. Viktige elementer i samtalen er informasjon og kartlegging av risikofaktorer.

Drøfting: De ulike måtene å kartlegge barseldepresjon på, og hva som kan være nyttig og utfordrende for sykepleiere i en slik kartlegging, drøftes i lys av presenterte funn, teori og forskning.

Konklusjon: Oppgaven tyder på at det viktigste i kartleggingen av barseldepresjon er relasjonen og den gode samtalen mellom sykepleier og mor. Sykepleiere kan i tillegg kartlegge barseldepresjon gjennom å vurdere samspillet mellom mor og barn og ved å anvende kartleggingsverktøy og screening.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING:	1
1.1 VALG AV TEMA OG OPPGAVENS RELEVANS FOR SYKEPLEIE	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 PRESISERING OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN	2
1.4 BEGREPSAVKLARING	3
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	4
2. TEORI:	5
2.1 FØDSEL OG BARSELTID – EN OVERGANGSPERIODE I LIVET	5
2.2 DEPRESJON	6
2.3 PSYKISKE REAKSJONER ETTER EN FØDSEL	7
2.4 BARSELDEPRESJON	7
2.5 SAMSPILL OG TILKNYTNING	10
2.6 SYKEPLEIERENS HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE FUNKSJON	11
2.6.1 KOMMUNIKASJON OG RELASJON	12
2.6.2 KARTLEGGINGSVERKTØY OG SCREENING	13
3. METODE:	15
3.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE	15
3.2 UTVALG OG TILGANG PÅ FELTET	15
3.3 INTERVJUPROSESSEN	16
3.4 METODEKRITIKK	16
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	18
3.6 ANALYSE	18
4. PRESENTASJON AV FUNN:	20
4.1 Å BLI MOR – EN KRISE I LIVET	20
4.2 RELASJON OG TILLITT	20
4.3 DEN GODE SAMTALEN	21
4.4 SAMSPILL MELLOM MOR OG BARN	22
4.5 KARTLEGGINGSVERKTØY OG SCREENING	23

5. DRØFTING:	24
5.1 Å BLI MOR – EN KRISE I LIVET	24
5.2 RELASJON OG TILLITT	25
5.3 DEN GODE SAMTALEN	25
5.4 SAMSPILL MELLOM MOR OG BARN	28
5.5 KARTLEGGINGSVERKTØY OG SCREENING	29
6. KONKLUSJON:	31
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG 1: BREV TIL HELSESTASJONEN	37
VEDLEGG 2: INFORMERT SAMTYKKE	38
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	39

1 Innledning:

Kunnskap om psykisk helse er en sentral del av utdanningen for sykepleiere. Forskning viser at 25% av den voksne befolkningen vil få en stemningslidelse, hovedsakelig depresjon, i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2014:167). I følge Verdens helseorganisasjon er depresjon den psykiske lidelsen som forårsaker flest sykdomsbelastende leveår; år med tapt livskvalitet (Kringlen 2011:344). Kvinner er spesielt utsatt for å utvikle en depresjon (Kringlen 2011:343), og tiden etter fødsel regnes som en spesielt sårbar tid (Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud 2014:297). Depresjon hos mor kan få store følger for barnets utvikling (Glavin 2010:20).

1.1 Valg av tema og oppgavens relevans for sykepleie

Da jeg hadde praksis i folkehelsearbeid var jeg utplassert på en helsestasjon. Her møtte jeg en mor med barseldepresjon. Det ble mitt første møte med et tema jeg ikke kjente til. Å se konsekvensene dette hadde fått for mors tilknytning til barnet og hennes selvfølelse gjorde et sterkt inntrykk på meg. Jeg hadde forbundet det å få barn med en følelse av lykke. Mange nybakte mødre forventer nettopp dette – at de skal være på lykketoppen og kjenne en altoppslukende kjærlighet og tilknytning til spedbarnet sitt. Når denne følelsen blir erstattet av nedstemthet, håpløshet og uro, føler noen mødre at det er noe ”galt” med de (Eberhard-Gran og Slinning 2007:11). Det er ikke uvanlig at kvinner skammer seg over dette, og at de forsøker å skjule lidelsen overfor helsepersonell og familie (Eberhard-Gran m.fl. 2014:298). Barseldepresjon kan derfor være vanskelig å snakke med mødre om, og temaet er i følge Eberhard-Gran og Slinning (2007:11) nesten et tabu i barselomsorgen. Det er derfor behov for et system som fanger opp deprimerte mødre. De fleste nybakte mødre er i hyppig kontakt med helsepersonell. Likevel viser undersøkelser at mange mødre med barseldepresjon ikke fanges opp (ibid). Dette kan tyde på at helsepersonell har for dårlige rutiner til å oppdage og kartlegge barseldepresjon hos mødre.

Å ha kunnskapen og erfaringen som trengs for å kunne fange opp barseldepresjon hos mødre, mener jeg er relevant og viktig for alle sykepleiere som jobber med spedbarns- og småbarnsfamilier, enten det er på nyfødt intensiv, på en barselavdeling, barneavdeling, psykiatrisk avdeling eller helsestasjon. Brudal (2000) retter kritikk mot å sykeliggjøre

kvinner psykiske reaksjoner i forbindelse med en fødsel. Hun mener at nedstemthet etter en fødsel kan være en normalreaksjon på den overgangen det er å bli mor. Når man vet hvor stor påvirkning en depresjon kan ha på tilknytningen mellom mor og barn, og hvor store konsekvenser dette kan få for både mors og barnets helse (Eberhard-Gran og Slinning 2007:20-21), er det viktig at disse mødrene oppdages uansett om man velger å kalle det en sykdom eller ikke. Temaet er viet svært lite plass i utdanningen og i fagbøkene for sykepleiestudenter. Jeg velger derfor å fordype meg i dette emnet for å øke min kompetanse på området.

De nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten anbefaler at det finnes rutiner for å identifisere depresjon under svangerskap og etter fødsel (Helsedirektoratet 2009:79), men det er ikke spesifisert hvordan dette bør gjøres. Hvordan kan man identifisere disse kvinnene? Hvordan kan man kartlegge barseldepresjon? Det ønsker jeg å undersøke i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i tema for oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere kartlegge barseldepresjon hos mødre i barseltiden?”

Oppgaven har ikke som formål å anbefale eller evaluere ulike måter å kartlegge på, men å gi økt kunnskap og innsikt i hvordan sykepleiere kan kartlegge barseldepresjon, og hva som kan være *nyttig og utfordrende* i en slik kartlegging.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstillingen

Jeg velger i denne oppgaven å fokusere på kartlegging av barseldepresjon i tiden etter fødsel. En tredjedel av alle barseldepresjoner starter allerede under graviditeten (Eberhard-Gran og Slinning 2007:11), men siden det hovedsakelig er jordmødre og fastleger som kartlegger depresjon hos disse kvinnene, anser jeg dette som mindre relevant for sykepleiere generelt. Derfor har jeg valgt å ekskludere kartlegging av depresjon under svangerskap fra oppgaven.

Forekomsten av barseldepresjon varierer i ulike land. Variasjonen knyttes til kulturelle forskjeller og sosioøkonomiske forhold. Forekomsten påvirkes også av at barselomsorgen og

helsetjenestene til mor og barn er bygd opp ulikt fra land til land (Eberhard-Gran og Slinning 2007:17). Derfor har jeg valgt å avgrense oppgaven til sykepleiere som jobber i Norge, og mødrene de møter uavhengig av etnisitet og alder.

En barseldepresjon påvirker hele familien. Lidelsen kan få store konsekvenser for mor og barn, men også for mors partner. En barseldepresjon kan medføre økt stress for partneren, og således en økt risiko for at også han eller hun blir deprimert. Dette er et viktig aspekt i kartleggingen av barseldepresjon (Eberhard-Gran og Slinning 2007:22-23). Som følge av oppgavens omfang velger jeg likevel å ekskludere forhold som omfatter partneren og familien som helhet.

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleiere: Autoriserte sykepleiere som har fullført en bachelorgrad i sykepleie.

Barseldepresjon hos mødre: Depresjon hos en mor etter en fødsel, også kalt postnatal/postpartum depression. Dette begrepet blir gjort rede for i kapittel 2.4.

Barseltiden: Kan defineres som tiden fra fødsel til omtrent seks uker etter fødsel, eller den tiden kroppen bruker på å tilpasse seg en ikke-gravid tilstand (Kvam 2014). I denne oppgaven velger jeg å definere barseltiden som tiden fra fødsel til seks måneder etter fødsel, på bakgrunn av at det er en økt risiko for å utvikle barseldepresjon i denne tidsperioden (Glavin 2010:19).

Å kartlegge: Å systematisk samle inn opplysninger og data for å utforske og undersøke behov for sykepleie. Kartlegging er en sentral del av sykepleieprosessen. Kartleggingen danner grunnlaget for å identifisere sykepleieproblemer og for å utforme mål og tiltak (Eide og Eide 2010:43). I denne sammenheng brukes begrepet om det å systematisk utforske, observere og identifisere tegn til barseldepresjon.

1.5 Oppgavens oppbygning

I teoridelen presenterer jeg grunnleggende teori fra fagbøker og forskning som belyser temaet og problemstillingen. Her blir emner som depresjon, barseltårer, barseldepresjon, samspillet og tilknytningsteori, folkehelsearbeid og kartleggingsverktøy gjort rede for. I metodekapittelet begrunnes mitt valg av metode og den metodiske fremgangsmåten blir presentert. Videre beskrives etiske overveielser og analysen av datamaterialet. Funnene fra intervjuene blir presentert i påfølgende kapittel. Til slutt diskuteres og drøftes problemstillingen i lys av funn, presentert teori og forskning, og drøftingen oppsummeres i en konklusjon.

2 Teori:

I dette kapittelet presenteres relevant teori som belyser problemstilling og tema. Litteraturen er hovedsakelig hentet fra fagbøker og forskningsartikler. De fleste forskningsartiklene ble funnet ved søk i databasene Pubmed og Cinahl, med bruk av følgende søkeord: "Postnatal depression/Postpartum depression", "Risk factor", "Predictor", "Identification", "Screening", "EPDS/Edinburgh postnatal depression scale", "Validation", "Norway" og "Norwegian". Ved gjennomgang av litteraturlisten til artiklene som ble funnet i søket, fant jeg flere artikler jeg valgte å inkludere. Flere av forskningsartiklene er nyere oversiktsartikler som gjennomgår mye av forskningen på feltet. Dette var en bevisst strategi for å få oversikt over kunnskapsgrunnet på området. Siden problemstillingen avgrenser seg til sykepleiere som arbeider i Norge, har jeg valgt å inkludere forskning som beskriver kartlegging av barseldepresjon i en norsk setting. At dette er et relativt smalt forskningsfelt medfører at det er de samme artikkelforfatterne som går igjen. Oppgaven kan derfor i noen grad preges av deres synspunkter og perspektiver.

2.1 Fødsel og barseltid – en overgangsperiode i livet

Å bli gravid og å føde et barn er overgangsperiode som medfører store omveltninger i en kvinnes liv. At forandringen og utviklingen skjer i store sprang, fremfor gjennom en kontinuerlig utvikling, karakteriserer en slik overgangsperiode. Slike forandringer endrer kvinnens sosiale roller og hennes identitet. Hun går fra å være sine foreldres barn, til selv å bli forelder. Hun kan ha vært en yrkesaktiv kvinne, som nå blir en hjemmeværende mor. Mange nybakte mødre opplever at de mister en del av seg selv og at de mangler selvtillit i sine nye roller (Eberhard-Gran og Slinning 2007:9-10).

Sosiologen Antonovsky er opphavsmannen til salutogenesen, en teori som fokuserer på det friske i mennesket. I følge modellen befinner vi oss hele tiden på et kontinuum mellom helse og uhelse. En opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence) er viktig for helsen. En sterk opplevelse av sammenheng fører oss mot helsepolen på skalaen. Opplevelsen av sammenheng er avhengig av tre faktorer: For det første må vår livssituasjon oppleves begripelig. Vi må forstå oss selv og vårt forhold til de rundt oss. For det andre må livet føles håndterbart. Vi må oppleve at vi har de evnene, ressursene og mestringsstrategiene vi trenger for å håndtere vår hverdag. Og til sist må vi oppleve at livet har en mening (Antonovsky 2012:39-41). Brudal

(2000:18) tolker teorien slik at forståelse, mestring og mening sammen skaper grunnlaget for en god psykisk helse. Å bli mor, særlig for første gang, kan resultere i en spenningstilstand der en eller flere av faktorene kan komme i ubalanse (Antonovsky 2012:51).

Eksistensielle spørsmål om liv, død og meningen med livet blir ofte aktualisert i slike overganger. Mange kvinner opplever at de er alene om disse tankene. Noen er engstelige for hva omverdenen vil synes, og lar derfor være å dele disse tankene med andre (Brudal 2000:39). Ensomheten, rolleforandringene, tap av sammenheng og store omveltninger i livet gjør kvinnen mer følsom og sårbar (Eberhard-Gran og Slinning 2007:10). En reaksjonsform på en slik overgang kan være depresjon (Glavin 2010:16).

2.2 Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse, også kalt affektiv lidelse. Man skiller mellom bipolare depresjoner der man både har depressive og maniske episoder, og unipolare depresjoner der man kun har depressive episoder (Kringlen 2011:342). I denne oppgaven vil kun den unipolare depresjonen bli omtalt.

Forekomsten av depresjon i befolkningen er høy. Hummelvoll (2014:194) anslår at hver femte person vil få en depresjon i løpet av livet, og at forekomsten er nesten dobbelt så stor blant kvinner sammenlignet med hos menn. Årsaken til dette er blitt tilskrevet både sosiale og biologiske faktorer, som fødsel, svangerskap og hormonelle forandringer (Kringlen 2011:344). Halvparten av klinisk deprimerte pasienter vil i løpet av livet få én eller flere nye depressive episoder (Kringlen 2011:355). Både arv og miljøfaktorer kan øke risikoen for en depresjon (Hummelvoll 2014:202). Studier har vist at vanlige utløsende faktorer kan være somatisk sykdom, økonomiske bekymringer, tap, familiekonflikter og barnefødsler (Kringlen 2011:358).

Det kan være vanskelig å skille depresjon fra tristhet og sorg, men en klinisk depresjon har ofte lengre varighet (flere måneder), med mer intense symptomer og funksjonssvikt (Aarre, Bugge og Juklestad 2009:80). En deprimert person preges av et senket stemningsleie, kognitive forstyrrelser og ofte også kroppslige symptomer. De emosjonelle symptomene kan være tristhet og håpløshet, men også aggresjon, irritabilitet og apati. De kognitive

forstyrrelsene omfatter nedsatt konsentrasjons- og beslutningsevne, manglende initiativ og motivasjon. De vanligste somatiske symptomene er redusert søvn, appetitt, forstoppelse og diffuse smerter i kroppen (Kringlen 2011:348-51). Mange preges av et negativt selvbilde og en pessimistisk holdning til livet. En deprimert person kan ha vanskeligheter med å se glede i livet og å forholde seg til andre mennesker. Dagliglivets gjøremål kan virke uoverkommelige på grunn av redusert fysisk og psykisk energi, noe som kan resultere i redusert funksjon (Hummelvoll 2014:198). I samtale kan pasienten være gråtlabil eller uttrykksløs og ha lang latenstid. I de alvorligste tilfellene kan pasienten isolere seg, ha psykotiske symptomer og ha et ønske eller planer om å ta sitt eget liv (Kringlen 2011:348-351).

2.3 Psykiske reaksjoner etter en fødsel

Tiden etter fødsel regnes som en risikoperiode for kvinners psykiske helse (Eberhard-Gran m.fl. 2014:297). Det er vanlig å dele de emosjonelle tilstandene etter fødsel i tre hovedkategorier: Barseltårer (også kalt post partum blues), barseldepresjon og barselpsykose. Barseldepresjon blir gjort rede for i påfølgende kapittel. Barselpsykose vil ikke bli omtalt i denne oppgaven.

Barseltårer er så vanlig at det regnes som en normalreaksjon på fødselen. Fenomenet opptrer i varierende grad hos 50-80% av nybakte mødre (Holan og Hagtvedt 2010:236). Barseltårer oppstår som regel i løpet av den første uken etter fødsel, med en varighet på to-tre døgn (Eberhard-Gran og Slinning 2007:13). Symptombildet er preget av følelsesmessig labilitet, redusert konsentrasjon og hukommelse, søvnproblemer og redusert appetitt (Glavin 2010:17). En kraftig og forlenget periode med barseltårer kan være tegn på en begynnende depresjon, og helsepersonell bør da være på vakt (Eberhard-Gran og Slinning 2007:13).

2.4 Barseldepresjon

Barseldepresjon kan defineres som en depressiv episode, uten psykotiske fenomener, som oppstår i løpet av det første året etter fødsel (Glavin 2010:18). Risikoen for å utvikle lidelsen er størst de første seks månedene etter fødsel. En barseldepresjon skiller seg ikke fra andre depresjoner, og regnes heller ikke som en egen diagnose. Det som er spesifikt er at det inntreffer i forbindelse med en fødsel (Glavin 2010:18-19).

Prevalensen av barseldepresjon varierer fra 0-60% i ulike studier, avhengig av hvilket kartleggingsverktøy som er brukt og på hvilket tidspunkt kartleggingen er gjort. Det virker likevel til å være en enighet i litteraturen om at prevalensen ligger mellom 10-15% (Eberhard-Gran m.fl. 2014:297, Glavin 2010:19, Yim m.fl. 2015:15.3). To norske studier fant en prevalens på henholdsvis 9% og 10,1% blant barselmødre i Norge (Eberhard-Gran m.fl. 2002:428, Glavin, Smith og Sørnum 2009:705).

Det er lite som tyder på at årsaken til barseldepresjon kan knyttes til enkeltfaktorer. Jo flere risikofaktorer som er til stede, desto større er sjansen for at kvinnen utvikler en depresjon (Eberhard-Gran og Slinning 2007:19). Tidligere antagelser har pekt på en sammenheng mellom svingningen i østrogen og progesteron og utvikling av barseldepresjon. Forskning på feltet har vist at det ikke er empirisk grunnlag for denne teorien (Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud 2014:298, Yim m.fl. 2015:15.10). Derimot tyder forskningen på en liten sammenheng mellom nivået av oksytocin og prolaktin og barseldepresjon, men her er det behov for mer forskning (Yim m.fl. 2015:15.10).

Flere systematiske oversiktsartikler tar for seg de psykososiale risikofaktorene for utvikling av barseldepresjon. Forskning viser at de viktigste faktorene som gir en statistisk signifikant økt risiko for utvikling av barseldepresjon er: Depresjon og angst tidligere i livet eller under svangerskapet, belastende livshendelser, lite sosialt nettverk, stress knyttet til omsorg for barnet (*childcare stress*) og lav selvtilit hos mor (Beck 2001, Yim m.fl. 2015). Når foreldre opplever at det er en ubalanse mellom barnets krav og behov og deres egne ressurser, oppstår det man kaller *childcare stress* (Yim m.fl. 2015:15.19). Manglende sosialt nettverk øker risikoen for å utvikle barseldepresjon. Det er ikke størrelsen på det sosiale nettverket, men kvaliteten på de nære relasjonene som er av betydning. Hvis en kvinnes nære relasjoner er gode og støttende virker det beskyttende. Konfliktfulle, truende eller lite støttende relasjoner vil derimot gjøre kvinnen mer utsatt for å utvikle en barseldepresjon. Det er relasjonen til ens egen mor og partner som er viktigst i denne sammenheng (Yim m.fl. 2015:15.24). Konflikter i parforholdet, et krevende barn, aleneansvar for barnet, lav sosioøkonomisk status og et ikke-planlagt eller uønsket svangerskap er også faktorer som kan øke risikoen (Beck 2001, Yim m.fl. 2015). En norsk studie tyder på at det er høyere forekomst av barseldepresjon blant førstegangsfødende enn hos kvinner som har barn fra før. Aller høyest forekomst er det blant

kvinner som fikk sitt første barn i en alder av 36 år eller eldre (Glavin, Smith og Sørum 2009a:707).

Graden av barseldepresjon varierer fra milde og moderate depresjoner med relativt kort varighet, til mer langvarige og alvorlige depresjoner. Symptombildet er i hovedsak likt som ved en vanlig depresjon (se kapittel 2.2). Mange kvinner med barseldepresjon har lav selvtillit særlig knyttet til sin nye rolle som mor. For å unngå at depresjonen utvikler seg er det viktig at den blir fanget opp, slik at kvinnen får den støtten og behandlingen hun trenger (Glavin 2010:18-19).

Tidlig behandling av barseldepresjon er viktig og nødvendig for å unngå uønskede konsekvenser for mor og barn. Barseldepresjon behandles som andre depresjoner, men ikke-medikamentelle metoder foretrekkes for å unngå mulig skade på barn som dier. Valg av behandling baserer seg på depresjonens alvorlighetsgrad. Behandlingen varierer fra enkle støttetiltak på helsestasjonen til innleggelse på psykiatrisk døgnpost i de mest alvorlige tilfellene (Eberhard-Gran og Slinning 2007:36-37). Mange barselkvinner med tegn på mild eller moderat depresjon har god nytte av støttesamtaler på helsestasjonen. Når disse mødrene får støttesamtaler med helsesøster er de mindre deprimerte både tre og seks måneder etter fødsel (Glavin m.fl. 2009b).

En barseldepresjon påvirker både mor og barn. Depresjon hos mor kan få store konsekvenser for barnets utvikling, både kognitivt, emosjonelt og sosialt (Glavin 2010:20). Forekomsten av utrygg eller desorganisert tilknytning er høyere blant spedbarn av deprimerte mødre, enn spedbarn av ikke-deprimerte mødre (Eberhard-Gran og Slinning 2007:21). Mange kvinner har store forventninger og forestillinger om hvordan livet som mor skal bli. Det knyttes ofte forventninger til morsfølelsen, lykkefølelsen og hvordan hun skal mestre den nye situasjonen. Hos kvinner som blir deprimert etter fødsel kan det oppstå store kontraster mellom forventninger og virkelighet. Mange bebreider seg selv og føler at de ikke strekker til. Andre kan ha forestillinger om at barnet hadde hatt det bedre hos noen andre, og dermed ha vanskeligheter med å knytte seg til barnet (Holan og Hagtvedt 2010:237).

2.5 Samspill og tilknytning

Grunnleggende for barns utvikling er samspill og kontakt med andre mennesker. Barnet er et sosialt vesen som utvikler seg gjennom samspill med sine omsorgspersoner (Ohnstad 2010:110). Barnets hjerne utvikles på bakgrunn av stimuli fra barnets omgivelser, særlig i løpet av de to første leveårene. Alle barn fødes med et gitt antall nevroner, men forbindelsene mellom disse nevronene, synapsene, utvikles etter fødsel. Synapser som ikke stimuleres på et tidlig tidspunkt faller bort og vil ikke kunne utvikles senere. Menneskets ”sosiale hjerne”, den orbitofrontale cortex, begynner ikke å utvikle seg før etter fødselen. Derfor er samspill og tilknytning essensielt for hjernens utvikling generelt, og den sosiale utviklingen spesielt (Karlsson 2010:27,75).

Samspill kan defineres som en gjensidig påvirkning eller interaksjon mellom mennesker som befinner seg i nærheten av hverandre (Karlsson 2012:17). I samspillet med det nyfødte barnet er øyekontakten viktig. At omsorgspersonene ser på barnet med et vennlig blick og smiler til det er avgjørende for at barnet utvikler en sosial og følelsesmessig intelligent hjerne (Karlsson 2012:44). Omsorgspersonene må fange opp barnets signaler, tolke dem, sette ord på dem og tilpasse sitt emosjonelle uttrykk etter dem. På den måten lærer barnet å regulere sine egne følelser, sette ord på dem og forstå dem. Dette kalles affektregulering (Ohnstad 2010:112). Gjennom et velfungerende samspill lærer barnet om sammenheng og regelmessighet i livet. Barnet lærer at hendelser har en fast rekkefølge, og det erverver følelsen av å være en stabil skapning i en gitt sammenheng. Etter hvert vil barnet bli sulten og trøtt med gitte mellomrom. Barnet har nå en regelmessighet i sin basale regulering (Karlsson 2012:19,41).

Tilknytning er det indre følelsesmessige båndet mellom barnet og dets omsorgspersoner. Samspillet mellom dem legger grunnlaget for utviklingen av barnets tilknytningsmønster, og fungerer også som et bilde på hvordan tilknytningen mellom dem er (Karlsson 2012:11). Bowlby utviklet en tilknytningsteori på 1960-tallet. I følge teorien er barnet et sosialt vesen som er avhengig av andre mennesker for å overleve. Foreldrene fungerer både som en trygg base og havn for barnet. Spedbarnet har behov for en base der det kan få nærhet, trygghet og beskyttelse. Samtidig vil det nysgjerrige barnet utforske verden. Foreldrene fungerer da som en trygg havn barnet kan vende tilbake til hvis noe skremmende skulle oppstå (gjengitt i Karlsson 2012:65-67).

Barnets tilknytning kan klassifiseres i tre hovedmønster. Barnet har en trygg tilknytning når det utforsker omgivelsene fritt med trygghet om at de kan vende tilbake til foreldrenes havn for beskyttelse. Foreldrene er lydhøre overfor barnets behov, og omsorgen preges av forutsigbarhet (Karlsson 2012:68). Når foreldrene forlater rommet blir barnet urolig, og det viser glede når de kommer tilbake (Ohnstad 2010:115). Når barnet har en utrygg, men organisert tilknytning, er foreldrene ofte mindre forutsigbare og lydhøre for barnets behov. Ofte foregår samspillet på foreldrenes premisser. Et barn med en slik tilknytning utforsker ikke omgivelsene like aktivt. De stoler ikke på at foreldrene er tilgjengelige når de har behov for det. Barnet blir ofte urolig når foreldrene går ut, men det er unnvikende eller ambivalent når foreldrene kommer tilbake (Karlsson 2012:68-69). Den mest alvorlige og negative formen for tilknytning kalles desorganisert tilknytning. Relasjonen til foreldrene er preget av redsel og samspillet er konfliktfylt. Barnet har behov for omsorg og nærhet, men omsorgspersonen er den som gjør barnet utrygt og redd. Et slikt tilknytningsmønster kan sees i familier der foreldrene er psykisk syke eller rusavhengige, eller i familier der barna blir mishandlet eller forsømt. En desorganisert tilknytning hindrer hjernes utvikling og medfører et større synapsebortfall enn normalt (Karlsson 2012:70-71).

I et godt samspill er barnet hovedpersonen. Foreldrene anser barnet som en egen person med egne følelser og behov. Samspillet tilpasses barnets behov og interesser, og foreldrene tilpasser sine emosjonelle uttrykk etter barnet. Foreldrene gjør seg tilgjengelige for barnet gjennom blikk, plassering, tydelig tale og ansiktsuttrykk. Hos familier der samspillet ikke er velfungerende kan man ofte se at barnet strever med den basale reguleringen. Barnet kan ha vanskeligheter med å falle til ro på egenhånd. I samspillet kan det være ytre omstendigheter eller foreldrenes indre som er i fokus, og ikke barnet. Foreldrene oppfatter ikke barnet som et eget individ, men mer som et objekt med ulike behov som skal tilfredsstilles. Foreldrene er ofte mindre oppmerksomme og tilgjengelige overfor barnet (Karlsson 2010:12-22).

2.6 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon

Det forebyggende helsearbeidet er en sentral del av sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011:17). Det er to hovedperspektiver i det forebyggende arbeidet; det sykdomsforebyggende og det helsefremmende. I det sykdomsforebyggende arbeidet fokuserer man på å identifisere, fjerne eller redusere risiko for

sykdom, skade eller død. Formålet med helsefremmende arbeid er å styrke menneskers helse, velvære og livskvalitet (Mæland 2010:13-15). Helseopplysning er en del av det psykisk helsefremmende og primærforebyggende arbeidet. Sykepleier informere og formidler kunnskap om psykisk helse, slik at mottakeren får en økt følelse av kontroll og kompetanse til å handle helsefremmende (Hummelvoll 2014:596,599).

Kartlegging av barseldepresjon er hovedsakelig en sekundær sykdomsforebyggende strategi. Man forsøker å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig tidspunkt. Slik kan man unngå at sykdom oppstår eller unngå sykdomsutvikling og helseskader ved å iverksette behandling raskt (Hummelvoll 2014:598, Kristoffersen m.fl. 2011:18, Mæland 2010:14). En forutsetning for det sekundært sykdomsforebyggende arbeidet er at helsepersonell har kunnskapen som skal til for å kunne fange opp symptomer og tegn på et tidlig tidspunkt (Hummelvoll 2014:607). I det sykdomsforebyggende arbeidet har man to hovedstrategier. I høyrisikostrategien identifiserer man individer i befolkningen som har høy risiko for å utvikle en lidelse, og iverksetter forebyggende tiltak rettet mot disse. Den andre måten å arbeide på retter seg mot befolkningen som helhet (Mæland 2010:67-68).

Et av de viktigste tiltakene for å forebygge psykiske lidelser i befolkningen generelt er å sikre barn gode oppvekstvilkår. Her er kvaliteten på samspillet, tilknytningen og relasjonen til de nære omsorgspersonene avgjørende (Mæland 2010:158-159). Vi vet at depresjon hos mor påvirker denne kvaliteten (Eberhard-Gran og Slinning 2007:20-21), og at barnets mentale helse kan preges av dette (Mæland 2010:159). Det er derfor vesentlig å fange opp høyrisikomødre og tilby dem hjelp så tidlig som mulig.

2.6.1 Kommunikasjon og relasjon

Å etablere en god relasjon er en forutsetning for all sykepleie, også i det individrettede helsefremmende og forebyggende arbeidet (Eide og Eide 2010:140, Kristoffersen og Nordtvedt 2011:83). Å bygge en god og tillitsfull relasjon forutsetter at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter (Eide og Eide 2010:140). En hjelpende kommunikasjon er anerkjennende og skaper tillitt og trygghet (Eide og Eide 2010:20). Tillitt er avgjørende for at pasienten tørr å åpne seg og fortelle om sine behov og bekymringer (Mæland 2010:117). Hummelvoll (2010:432,435) legger vekt på at relasjonsbygging starter allerede ved første

møte. Sykepleier må møte den andre med en åpen, aksepterende og utforskende holdning i dette møtet. Da er sjansen stor for at sykepleieren allerede da bygger den tillitten som skal til for at den andre åpner seg (ibid).

2.6.2 Kartleggingsverktøy og screening

Det finnes flere verktøy som er designet for å kartlegge depresjon i befolkningen. De fleste av de veletablerte depresjonsskalaene inkluderer spørsmål og observasjoner knyttet til depresjonens kroppslige symptomer, som søvnproblemer og nedsatt appetitt (Eberhard-Gran og Slinning 2007:26). Flere av de kroppslige symptomene kan like gjerne være naturlige følger av en nylig gjennomgått fødsel og omsorg for spedbarnet. Derfor er ikke disse skalaene egnet til bruk hos barselkvinner. Dette var bakgrunnen for at Cox og hans kollegaer i 1987 utviklet et eget verktøy for å kartlegge barseldepresjon, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Det som er spesielt med denne skalaen er at den ikke inkluderer de kroppslige symptomene ved depresjon (Eberhard-Gran m.fl. 2014:298).

EPDS er et selvrapporteringskjema med ti spørsmål som måler intensiteten av depressive symptomer siste syv dager. Hvert svar rangeres fra 0 til 3, som gir en sum mellom 0 og 30. Høy score indikerer depresjon (Glavin 2010:34-35). Skalaen er oversatt til 60 språk og validert i en rekke land (Eberhard-Gran m.fl. 2014:298), også i Norge (Berle m.fl. 2003, Eberhard-Gran m.fl. 2001). De norske valideringsstudiene har vist at skalaen har gode psykometriske egenskaper. Det vil si at skalaen på en god måte kvantifiserer psykologiske fenomener, subjektive symptomer og plager (Malt 2014). I studien fra 2001 ble sensitiviteten målt til 100%, og spesifisiteten til 87%, med en terskelverdi for depresjon på 10. En slik terskelverdi vil gi mange falskt positive. Når terskelverdien ble økt til 11, steg spesifisiteten til 92%, mens sensitiviteten sank til 67% (Eberhard-Gran m.fl. 2001). Ved å øke terskelverdien står man i fare for å overse kvinner som lider av en barseldepresjon (Eberhard-Gran m.fl. 2014:298).

Screening har som formål å kartlegge sykdom i befolkningen på et tidlig stadie (Mæland 2010:95). Testing av friske individer kan være etisk problematisk. Derfor har Verdens helseorganisasjon identifisert visse forutsetninger som bør være tilstede før man starter med systematisk screening. Utbredelsen av problemet må være av en viss størrelse. Sykdommen

må ha en dokumentert effektiv behandling, og den som tester positiv skal tilbys hjelp umiddelbart. Testen må ha gode måleegenskaper, ikke medføre unødvendig ubehag og det må være en faglig enighet om grensen for positiv test (gjengitt i Eberhard-Gran m.fl. 2014:299). Når Eberhard-Gran m.fl. (2014) satt disse kriteriene opp mot tilgjengelig forskning, konkluderte de med at EPDS-screening av barseldepresjon *kan* være et hensiktsmessig tiltak, men at det er behov for mer forskning på nasjonalt plan. De mener det må utarbeides nasjonale føringer for tidspunkt for screening, hvordan det skal gjennomføres og av hvem. Det må bli en enighet om terskelverdien for positiv test, basert på faglige vurderinger og kostnad-nytte-vurderinger. I flere kommuner mangler det også et godt nok hjelpeapparat for dem som tester positivt (ibid).

Glavin, Ellefsen og Erdal (2010:257-258) har kartlagt helsesøstres erfaringer med bruk av EPDS i Norge. Helsesøstrene opplevde at opplæringen i verktøyet hadde gjort dem mer bevisst på kvinners psykiske helse, og gitt dem en større selvtilit i deres yrkesrolle. EPDS fungerte som en ”døråpner” for mødre til å snakke om psykisk helse. Helsesøstrene mente at de ved å bruke EPDS fanget opp deprimerte mødre som de tidligere ville oversett. Noen av helsesøstrene opplevde tidspress som en utfordring. Å ha tid til en samtale etter at skjemaet var fylt ut, var en forutsetning for at de opplevde screeningen som verdifull. I følge helsesøstrene var mødre positive til screeningen. Mange av de flergangsfødende gav uttrykk for at gjerne skulle ha mottatt informasjon og blitt screenet når de fødte for første gang (ibid). Eberhard-Gran og Slinning (2007:28-29) legger vekt på at man trenger tilstrekkelig opplæring i bruk av skalaen før den kan bli tatt i bruk, fordi en skala aldri er bedre enn personen som bruker den.

3 Metode:

I denne delen av oppgaven blir valg av metode og fremgangsmåte presentert og begrunnet.

3.1 Begrunnelse for valg av metode

Metoden er det redskapet vi bruker for å samle inn ønsket data (Dalland 2012:112). Det er flere metoder som kunne ha belyst min problemstilling. Før jeg bestemte meg for valg av metode gjennomførte jeg flere systematiske søk i databasene PubMed og Cinahl. Søkene resulterte i relativt lite forskning om hvordan man konkret kan gå frem for å kartlegge barseldepresjon. Eberhard-Gran m.fl. (2014) konkluderte i sin artikkel med at ikke finnes empirisk grunnlag for å anbefale systematisk screening, med bruk av EPDS i Norge. Jeg fant lite forskning om hvordan sykepleiere ellers kan og bør kartlegge barseldepresjon. For å innhente erfaringsbasert kunnskap om hvordan en slik kartlegging kan gjøres, valgte jeg å gjennomføre kvalitative intervjuer med fagpersoner som daglig arbeider med dette. Fordi den kvalitative metoden går i dybden og forsøker å belyse og forstå fenomener, erfaringer og opplevelser anser jeg den som en hensiktsmessig metode for å utforske problemstillingen (Bjørndal 2007:150-151, Dalland 2011:112-114).

3.2 Utvalg og tilgang på feltet

Intervjupersonene ble valgt ut fra et strategisk utvalg. Jeg valgte å intervju fagpersoner som arbeider med å kartlegge barseldepresjon. Helsesøstre er sykepleiere med ett års videreutdanning innen folkehelse, og sannsynligvis den faggruppen som treffer flest nybakte mødre i barseltiden (Glavin 2010:11). Ved å intervju helsesøstre kan jeg få innsikt i deres erfaringer og kunnskap, og kanskje utforske sider ved temaet som ikke er presentert i forskning eller faglitteratur (Dalland 2011:164). Helsesøstre har kompetanse og erfaring som andre sykepleiere kan lære av.

For å utforske problemstillingen hadde det vært ideelt å innhente både bredde- og dybdekunnskap ved å gjennomføre et stort antall intervjuer med flere helsesøstre fra ulike kommuner. På grunn av oppgavens omfang og tidsramme var ikke det mulig. Jeg bestemte meg derfor for å intervju to helsesøstre fra to ulike kommuner.

For å få tilgang på feltet sendte jeg en e-post til lederne for ti helsestasjoner i tre ulike kommuner. I mailen var det vedlagt et informasjonsbrev og en forespørsel om å få lov til å intervju helsesøstre på den aktuelle helsestasjonen (se vedlegg 1). Jeg fikk svar fra fire helsesøstre som kunne tenke seg å bli intervjuet. Basert på hvem som hadde mulighet til å gjennomføre intervjuet først, ble to helsesøstre fra to ulike kommuner valgt som intervjupersoner.

3.3 Intervjuprosessen

Før intervjuet utformet jeg en intervjuguide med spørsmål som var relevante for å utforske problemstillingen (se vedlegg 3). Intervjuguiden ble godkjent av veileder før intervjuet fant sted. Jeg ønsket å ha en relativt åpen intervjusituasjon for å kunne få spontane fortellinger, samtidig som jeg ønsket en viss struktur for å lettere kunne analysere, og til en viss grad sammenligne, helsesøstrenes svar. Jeg fokuserte på å formulere åpne spørsmål som inviterer intervjupersonene til å fortelle og beskrive (Dalland 2011:167).

Intervjuene fant sted på helsesøstrenes kontor. Jeg noterte ned det som ble fortalt underveis, samtidig som samtalen ble tatt opp. Spørsmålene i intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt og fokus for samtalen, men var ikke sterkt styrende. Noen ganger svarte intervjupersonene på mitt neste spørsmål spontant, og andre ganger stilte jeg utdypende spørsmål for å få den andre til å forklare eller utdype en påstand. Jeg brukte virkemidler som aktiv lytting og pauser. Jeg opplevde at intervjuguiden og virkemidlene hadde den hensikt jeg ønsket. Det fikk helsesøster til å snakke relativt fritt og åpent om temaet. I ettertid tenker jeg at jeg med fordel kunne ha begrenset antall spørsmål ytterligere, fordi mange av spørsmålene ble besvart før jeg hadde stilt dem.

3.4 Metodekritikk

Helsesøstre som ble spurt om de ville delta på intervjuet ble informert om temaet på forhånd. En tenkt konsekvens av et slikt strategisk utvalg er at det kun er helsesøstre som føler seg kompetente på temaet som ønsker å la seg intervju. Hvis oppgavens hensikt var å innhente representativ kunnskap om hvordan helsesøstre i ulike kommuner kartlegger barseldepresjon, ville et slikt utvalgt vært en svakhet. Derimot var hensikten med denne oppgaven å innhente og formidle kunnskap om kartlegging av barseldepresjon, og da anser

jeg det som en fordel hvis intervjupersonene er kompetente på temaet. På bakgrunn av utvalgets størrelse, og fordi man i et intervju får intervjupersonens subjektive mening og erfaring, har metoden en lav ekstern validitet. Funnene kan i liten grad generaliseres eller kvantifiseres (Dalland 2011:156).

I et kvalitativt intervju blir kunnskapen produsert gjennom interaksjonen mellom intervjuer og intervjuperson (Dalland 2011:162). Under intervjuet vil man gjensidig kunne påvirke hverandre og hvilke data som kommer frem. Som intervjuer er jeg selv et instrument. Det er på grunnlag av mine spørsmål og min kommunikasjonskompetanse jeg får svar (Dalland 2011:151). Som andregangsintervjuer hadde jeg liten erfaring med å intervju, og det kan ha påvirket hvor mye data jeg fikk ut av intervjuet. Særlig i det første intervjuet var jeg ganske nervøs, og jeg var rask med å stille nye spørsmål når det ble stille. I det andre intervjuet var jeg tryggere i min rolle. Jeg brukte pauser og oppfølgende spørsmål aktivt for å unngå å avbryte den andres fortelling og for å utforske det helsesøstere fortalte (Dalland 2011:163).

Gjennom en hermeneutisk tilnærming tolker jeg det helsesøstrene svarer, og min egen førforståelse vil trolig kunne farge funnene og påvirke dataenes pålitelighet (Bjørndal 2007:151). For å være min førforståelse bevisst, skrev jeg den ned før intervjuet fant sted. På forhånd hadde jeg et inntrykk av at barseldepresjon er et vanskelig tema å snakke med mødrene om. Jeg visste at det ikke fantes nasjonale retningslinjer eller anbefalinger om hvordan kartlegging av barseldepresjon skal gjennomføres. Derfor hadde jeg ingen tanker om hva som var ”riktig” eller ”gal” måte å kartlegge på. Fordi jeg hadde lest om mulige konsekvenser av en barseldepresjon, antok jeg på forhånd at dette var noe helsesøstrene hadde fokus på og syntes var viktig.

Hvilke funn som presenteres i oppgaven påvirkes av min egen tolkning og analyse av hva som er viktig og relevant for å utforske problemstillingen min. Jeg har bevisst forsøkt å gjengi dataene fra intervjuene så nøyaktig som mulig ved å bruke sitater samt ved å aktivt lete etter data som kan avkrefte min førforståelse (Dalland 2011:118).

3.5 Etiske overveielser

Før intervjuene fikk helsesøstrene tilsendt en e-post med informasjon om det formelle rundt intervjuet (vedlegg 2). På intervjudagen ble dette informasjonsbrevet gjennomgått, slik at det var sikkert at innholdet var forstått. Ved å møte opp til intervjuet samtykket helsesøsteren til å delta. Under intervjuene ble det foretatt notatstøtte via båndspiller og det ble skrevet notater. Lydopptakene fra båndspilleren ble aldri koblet til en pc eller maskinbasert utstyr, men fungerte som støtte til notatene som ble skrevet ut umiddelbart etter intervjuene. Deretter ble lydopptaket slettet. All informasjon om personer og arbeidssted er anonymisert.

3.6 Analyse

Å analysere et intervju handler om å få en oversikt over datamaterialet og tematisere dette. I første del av analysen ble notatene renskrevet til fullstendige setninger. Data som ikke var relevant for problemstillingen (som for eksempel omhandlet behandling av barseldepresjon) ble tatt bort. I denne prosessen står man i fare for å miste noe av meningsinnholdet (Dalland 2012:178-180). Deretter leste jeg gjennom det gjenværende materialet og identifiserte 13 undertemaer som helsesøstrene var opptatt av. Jeg sorterte notatene fra intervjuene inn under følgende temaer:

- Helsesøstrenes opplevelse av hvordan mødre har det etter fødsel
- Helsesøstrenes syn på hvilke konsekvenser en barseldepresjon kan få
- Samtale som verktøy i kartleggingen av barseldepresjon
- Relasjonsbygging
- Hvordan helsesøstrene opplever å snakke om temaet med mødre
- Helsesøstrenes behov for kunnskap og erfaring
- Observasjon og vurdering av samspill og tilknytning
- Helsesøstrenes informerende funksjon
- Observasjon av tegn og symptomer på depresjon
- Identifisering av risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon
- Bruk av EPDS
- Nasjonale retningslinjer for kartlegging av barseldepresjon
- Ytre faktorerets betydning for kartleggingen: ressurser og tid

De 13 undertemaene ble deretter samlet i fem hovedtemaer: Å bli mor – en krise i livet, relasjon og tillitt, den gode samtalen, samspill mellom mor og barn og kartleggingsverktøy og screening. Jeg velger å presentere funnene fra intervjuene under disse fem hovedtemaer. Utformingen av hovedtemaene er basert på min tolkning av helhetsinntrykket fra intervjuene, og den teoretiske forankringen som er presentert. Flere av temaene kunne blitt plassert under flere hovedtemaer, og derfor vil presentasjonen av funn være påvirket av min analyse og fortolkning.

4 Presentasjon av funn:

4.1 Å bli mor – en krise i livet

Helsesøstre forteller at de fleste mødre synes det er et sjokk å få barn, og at det er en stor omveltning i livet. De opplever at sjokket er størst hos førstegangsfødende.

”Det er en krise i livet ditt. På godt og vondt. For de aller fleste kommer ut av det styrket og med god mestringsfølelse” (Helsesøster 1)

De forteller videre at de aller fleste får det som kalles barseltårer. Mødrene opplever at humøret svinger og at de føler seg mer sårbare. Mange kan ha katastrofetanker og være redd for at det skal skje noe med barnet. Også flergangsmødre får barseltårer, men de vet hva det er og da blir det ikke like sterk, forteller en av dem.

Helsesøstre opplever at mange mødre har ønsker og forventinger på forhånd, men at virkeligheten ofte ikke blir som de hadde tenkt. Når de sammenligner seg med hverandre kan de som sliter føler seg mindre vellykket som mødre. De aller fleste klarer seg likevel gjennom omstillingen på egenhånd, mens andre trenger profesjonell hjelp og støtte for å klare det.

4.2 Relasjon og tillitt

”Det viktigste er jo at man får en relasjon, at de får tillitt til en” (Helsesøster 1)

Når helsesøstre får spørsmål om hva de har mest nytte av i kartleggingen av barseldepresjon, svarer begge at det helt klart er relasjonen med mor. Man må i tillegg ha kunnskap om hva som er normalreaksjoner på en fødsel, og om symptomer og tegn på barseldepresjon, sier den ene. Den andre mener derimot at man ikke trenger så mye kunnskap, så lenge man er et medmenneske.

Helsesøstre legger vekt på mødre må ha tillitt til dem, ellers forteller de dem ingenting. Grunnlaget for relasjonen legges tidlig, og de er derfor opptatt av å bruke god tid på hjemmebesøket, som ofte er det første møtet med mor. De opplever at mødre er mer åpne

og ærlige den første tiden etter fødsel, og at det derfor er essensielt å få en god kontakt med dem fra starten.

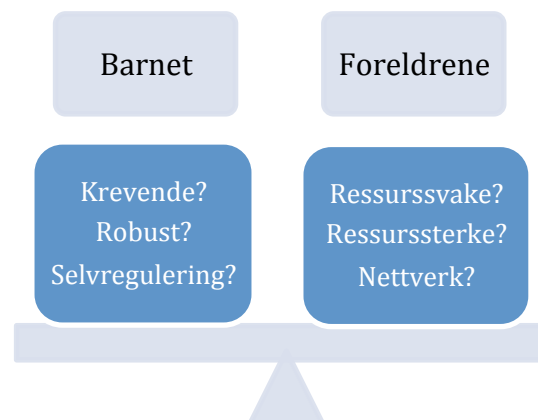
4.3 Den gode samtalen

Den gode samtalen er helsesøstrenes viktigste verktøy for å fange opp barseldepresjon. Relasjonen mellom helsesøster og mor legger grunnlaget for denne samtalen. For å få til en god samtale må du både ha tiden og motet til å spørre ”Hvordan har du det egentlig?”, ”Hvordan er det for deg å være mamma?”. Du må også ha tid og evne til å lytte på en støttende måte. Har du ikke tid til å lytte og veilede, så er det nesten uetisk å spørre, sier den ene helsesøsteren. Den andre forteller at hun spør om dette under hver konsultasjon, fordi mødrene kan ha det fint en gang og ”helt pyton” den neste. Hun legger også vekt på at man må tørre å være direkte:

”Du får en veldig fin kontakt med mødrene, hvis du tør å være direkte (...) Når jeg er så direkte med de, og sier at jeg ser at du sliter, så er de også direkte mot meg”
(Helsesøster 2)

I samtalen på hjemmebesøket informeres mødrene om hvor viktig deres psykiske helse er, og at det er tema helsesøstrene er opptatt av. Helsesøstrene informerer om at det er normalt at følelseslivet svinger og at de kan ha katastrofetanker, men hvis det går så langt at de må sjekke at barnet puster hele tiden, er de havnet utenfor normalen. Da oppfordres mødrene til å ta kontakt med helsesøster. Risikofaktorer for barseldepresjon kartlegges gjennom samtalen. Av faktorer som øker risikoen nevner de; førstegangsfødsel, en traumatisk fødsel uten bearbeiding, at barnet legges inn på nyfødt intensiv, et urolig eller krevende barn, tidligere depresjon eller angst, søvnmangel, problemer med ammingen, belastende livshendelser tett opp mot fødselen, en dårlig parrelasjon og lav sosioøkonomisk status.

Den ene helsesøsteren beskriver risikoen som en vektskål. Det må være en balanse mellom hvor krevende barnet er og foreldrenes ressurser, ellers øker risikoen for å utvikle barseldepresjon.



Helsesøstrene opplever at mødrene er åpne og ærlige, og at det er lett å prate med dem om deres psykiske helse. Ingen av helsesøstrene har opplevd at mødrene har reagert negativt på spørsmål knyttet til barseldepresjon.

”Depresjon er ganske romslig. Det ikke sånn at det er forbundet med skam. Jeg opplever ikke det.” (Helsesøster 1)

4.4 Samspill mellom mor og barn

Helsesøstrene forteller at de har god erfaring og kompetanse i å observere og vurdere samspill. De informerer mødrene tidlig om hvor viktig samspill er for barnets utvikling. Ofte kan helsesøstrene fange opp at mor er deprimert ved å se på samspillet.

”Hvis du er deprimert så blokkerer det samspillet. (...) Det handler jo om at de mødrene har nok med seg selv. De har ikke tid eller mulighet til å være opptatt av barnet (...) Men vi vet at spedbarn visner vekk hvis ikke de får samspill. Hvis det ikke er noen som er der for dem. Så det er kjempealvorlig! De blir jo skada for livet hvis man ikke kommer inn tidlig” (Helsesøster 1)

Helsesøstrene ser spesielt etter blikkontakt, kommunikasjonen mellom mor og barn og om mor klarer å korrigere seg etter barnets signaler. Helsesøstrene opplever at deprimerte mødre ser, snakker og smiler mindre til barnet sitt. Barnet kan være mimikkfattig og gi liten respons. Ofte er barnet urolig og det spiser og sover dårlig. Det blir ofte liggende mye alene, noe som kan forsinke barnets motoriske utvikling.

Når samspillet vekker bekymring spør helsesøstrene hvordan mødrene opplever samspillet. De forsøker å få frem hvordan mødrene ser på barnet:

”...ser de på barnet som en person, med følelser som er viktig, eller er det litt mer som en ting. Det handler også om samspill. Og hvis du er deprimert, så blir barnet et forstyrrende element” (Helsesøster 1)

4.5 Kartleggingsverktøy og screening

Begge helsesøstrene forteller at de har opplæring i bruk av EPDS. På den ene helsestasjonen hadde helsesøstrene benyttet EPDS som systematisk screening i snart 10 år, mens de på den andre ikke hadde innført screening enda. Dette forklarer sistnevnte med at det ikke finnes nasjonale retningslinjer som anbefaler EPDS-screening, samt at det er vanskelig å finne riktig tidspunkt for å unngå mange falskt positive. Der mener hun at helsemyndighetene har en jobb å gjøre. Hun mener de må finne ut hva som er mest effektivt og hvordan de vil anbefale å kartlegge barseldepresjon, slik at helsestasjonene arbeider mer likt på det området. Hun mener at kartleggingsverktøy har en begrenset evne til å fange opp barseldepresjon:

”Allikevel så tror jeg at temaet er såpass vanskelig at det ikke finnes noen sjekklister i verden som kan sikre at du har gjort det du skal” (Helsesøster 1)

Dette støttes til dels av den andre helsesøsteren som bruker screeningverktøyet. Hun opplever at screeningen er nyttig, men samtidig utfordrende. Spørsmålene i skjemaet er konkrete og direkte, slik at hun kan fange opp hvordan mødrene har det. Samtidig opplever hun at de som sliter mest, ofte ikke er ærlige når de fyller ut skjemaet. Ofte kan EPDS-scoren være lavere enn realiteten som kommer frem i samtalen etterpå.

”Nå har jeg så mange års erfaring at jeg synes det er mye bedre å snakke om dette (...) Da føler jeg også at de åpner seg mer opp” (Helsesøster 2)

Hun legger vekt på at det må være nok tid til en samtale etter at skjemaet er fylt ut. Hun opplever tidspresset som utfordrende, fordi det er mange punkter man skal gjennom på en konsultasjon:

Vi gir dem skjemaet mot slutten, for da skal du ha fått litt kontakt med mor, og så ser vi at ”Oi, gurimin, dette var en høy score”, og så har du 5 minutter til å snakke om mors psyke. Det syns jeg er helt feil. Begynner mor å grine, så kan du jo ikke bare hive ho ut. For da skal du ta vare på mor (...) Vi har lyst til å høre om vi kan få bruke ett kvarter lengre på den konsultasjonen. For tida er for snau.” (Helsesøster 2)

5 Drøfting:

I denne delen av oppgaven drøftes problemstillingen i lys av funn fra intervjuene og presentert teori og forskning. Drøftingen tar utgangspunkt i de fem hovedtemaene fra presentasjonen av funn.

5.1 Å bli mor – en krise i livet

Å få barn er en sentral overgangsperiode i livet (Eberhard-Gran og Slinning 2007:9). I intervjuet beskriver helsesøstrene det å få barn som en krise i livet og en omveltende forandring for foreldrene. De opplever at forandringen er spesielt stor første gang man får barn. Hvis man ser mødrenes situasjon, slik helsesøstrene beskriver den, i lys av Antonovskys teori, kan det tyde på at det er blitt et brudd i mødrenes opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2012). Ingen barn kommer med en bruksanvisning. I starten kan mødre ha vanskeligheter med å forstå barnets behov og ønsker, og hva barnet krever av dem. Kvinnens tidligere kunnskap, erfaring og mestringsstrategier kan vise seg å være nytteløse i møte med den nye tilværelsen. Noen mødre føler at barnet har gitt dem en ny og dypere mening med livet, mens andre kan ha problemer med å finne mening i den nye og ukjente tilværelsen. Når både forståelse, mestring og mening blir satt på prøve, kan kvinnens følelse av sammenheng bli brutt. I følge Brudal (2000:18) oppstår det da en økt psykisk sårbarhet, og kvinnen står i fare for å utvikle en barseldepresjon (Glavin 2010:16). Det støttes av det faktum at svangerskap og barnefødsler nettopp er en vanlig utløsende årsak til depresjoner (Kringlen 2011:358).

Sykepleiere kan fange opp kvinner som er utsatt for barseldepresjon ved å kartlegge mors følelse av forståelse, mestring og mening. De kartlegger om mor har kunnskapen, forståelsen, ressursene, nettverket og mestringsstrategiene som skal til for å mestre morsrollen. Dette utforsker helsesøstrene ved å spørre ”Hvordan har du det egentlig? Hvordan er det for deg å være mamma?”. Ved å stille slike spørsmål kan sykepleiere få en følelse av om mor opplever situasjonen som meningsfull eller vanskelig og håpløs. Mødre som opplever at de ikke mestrer mammarollen, eller som strever med å finne mening i sin nye livssituasjon, har en økt psykisk sårbarhet (Brudal 2000:18). Sykepleiere bør derfor være på vakt overfor disse kvinnene, og se etter tegn til at de utvikler en barseldepresjon.

Livskriser, slik helsesøstrene beskriver det, gir også en mulighet for vekst og utvikling. Som den ene helsesøsteren sier: ”..de aller fleste kommer ut av det styrket og med god mestringsfølelse”. For at det å stifte familie skal bli noe positivt som gir næring og vekst i livet, er det viktig at kvinnen opplever å mestrer det å bli mor. Noen mødre trenger hjelp og støtte utenfra for å oppleve at de mestrer situasjonen, og derfor er det viktig at disse kvinnene fanges opp tidlig slik at de kan få hjelp.

5.2 Relasjon og tillitt

Å etablere en god relasjon til pasienter og pårørende er en viktig del av sykepleierens arbeid (Kristoffersen og Nordtvedt 2011:83). Helsesøstrene forteller at relasjonen og kontakten de får med mor er avgjørende for kartleggingen av barseldepresjon. Uten en god relasjon har ikke mødrene tillitt til dem. Mæland (2010:117) hevder at denne tilliten er essensiell for at mødrene skal dele sine innerste bekymringer, tanker og behov. Hummelvoll (2010:435) legger vekt på at relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient starter allerede ved første møte. På bakgrunn av dette setter helsesøstrene av god tid på hjemmebesøket. De ønsker å bygge en god relasjon til mor og oppnå tillitt allerede ved første møte.

Eberhard-Gran m.fl. (2014:298) fremstiller barseldepresjon som et nærmest tabubelagt tema innenfor barselomsorgen. De utdyper at det ikke er uvanlig at deprimerte mødre skammer seg over tankene og følelsene sine. Mødrene kan derfor ha vanskeligheter med å snakke om dette med helsepersonell og familie. Dette samsvarer ikke med mine funn. Helsesøstrene opplever mødrene som åpne og ærlige i samtale om deres psykiske helse. De anser ikke barseldepresjon som skambelagt. Dette indikerer at helsesøstrenes fokus på god kommunikasjon og relasjonsbygging vekker tillitt hos mødrene. Når tilliten og relasjonen er til stede, ligger forholdene til rette for at mødrene skal svare ærlig og åpnet på hvordan de *egentlig* har det (Hummelvoll 2014:435, Mæland 2010:117). Dette kan forklare at helsesøstrene opplever mødrene annerledes enn slik de blir beskrevet hos Eberhard-Gran m.fl. (2014).

5.3 Den gode samtalen

I tillegg til en god relasjon er samtalen helsesøstrenes viktigste redskap i kartleggingen av barseldepresjon. Den gode samtalen og relasjonen til mor henger tett sammen. Uten en

relasjon til mor, er det vanskelig å få til en god samtale. I tillegg er sykepleiers kommunikasjonskompetanse avgjørende (Eide og Eide 2010:20). Helsesøstrene legger vekt på at man må tørre å spørre, og at man må stille åpne spørsmål som lar mor fortelle hvordan hun har det. Ved å lytte aktivt oppfordres mor til å fortelle om sine tanker, opplevelser og følelser (Hummelvoll 2010:428). Deprimerte mødre kan ha lang latenstid, og det fordrer at sykepleier har tålmodighet og utholdenhet i samtalen (Kringlen 2011:350). For å få til en slik samtale er tid en viktig faktor. Helsesøstrene i intervjuet opplevde tidspress som en utfordring. Dette samsvarer med funnene i Glavin m.fl. sin studie (2010:258). Dette tyder på at det er avgjørende at arbeidsplassen gir sykepleiere den tidsrammen som er nødvendig for å få til en god samtale, slik at deprimerte mødre kan fanges opp.

En viktig del av samtalen er den informasjonen som gis til mor. Mange mødre som er i ferd med å utvikle en barseldepresjon føler at det er noe galt med dem (Eberhard-Gran og Slinning 2007:11). At sykepleiere informere mor om normalreaksjoner etter en fødsel kan bidra til å normalisere hennes følelser. Hun kan føle seg mindre alene, og situasjonen kan oppleves mindre forvirrende og skremmende. Informasjonen gir en økt forståelse for lidelsen og en følelse av kontroll (Hummelvoll 2014:596). Dette kan igjen øke mestringsfølelsen, og styrke mors selvbilde og hennes mentale helse (Mæland 2010:75). I følge Brudal (2000:18) styrkes den mentale helsen fordi økt forståelse og mestring øker kvinnens opplevelse av sammenheng, slik at den psykiske sårbarheten reduseres. Økt opplevelse av kontroll og opplevelse av sammenheng i livet virker helsefremmende (Mæland 2010:75).

Helsesøstrene informerer mødre om symptomer, tegn og behandlingsmuligheter før en eventuell barseldepresjon oppstår. Informasjonen gjør mødre i stand til å kjenne igjen symptomene og søke hjelp hvis en barseldepresjon skulle oppstå (Hummelvoll 2014:596). Dette er en del av befolkningsstrategien i helsesøstrenes forebyggende arbeid (Mæland 2010:68-69). God informasjon gjør det mulig å kartlegge barseldepresjoner på et tidlig stadiet (Mæland 2010:14).

Erfaring og kunnskap styrer hva man ser etter og gir grunnlaget for sykepleierens kliniske blikk. Hummelvoll (2014:607) legger vekt på at sykepleieres kliniske blikk er avgjørende for at man kan fange opp symptomer og tegn på et tidlig tidspunkt. Gjennom samtalen kan sykepleiere kartlegge symptomer på barseldepresjon, som senket stemningsleie, kognitive

forstyrrelser og kroppslige symptomer (Kringlen 2011:348-351). De kroppslige symptomene bør legges liten vekt på i kartleggingen. Søvnproblemer, redusert appetitt og diffuse smerter kan være et resultat av fødselen og omsorgen for spedbarnet, og det trenger derfor ikke være symptomer på en barseldepresjon (Eberhard-Gran og Slinning 2007:26).

En av helsesøstrene legger vekt på at man ikke trenger så mye kunnskap bare man er et medmenneske. Det kan tyde på at helsesøsteren anser det å være et medmenneske og ha en relasjon til kvinnen, som viktigere enn hvilken kunnskap du har. Hvis du viser mor at du bryr deg og at du er en hun kan stole på, trenger du ikke nødvendigvis å ha så mye kunnskap, i følge helsesøsteren. Den andre helsesøsteren opplever derimot at kunnskap om normalreaksjoner på en fødsel, og symptomer og tegn på barseldepresjon, er nyttig i kartleggingen. Litteraturen og funnene samlet sett indikerer at kunnskap om temaet sannsynligvis er nyttig for å bedre kunne fange opp barseldepresjon hos mødre.

Gjennom samtalen kartlegger helsesøstrene risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon. Da vet de hvilke mødre de skal rette en ekstra oppmerksomhet mot. Dette er en del av høyrisikostراتيجien i sykepleierens sykdomsforebyggende arbeid (Mæland 2010:67). Flere risikofaktorer er identifisert i litteraturen (Beck 2001, Yim m.fl. 2015) og disse samsvarer med de risikofaktorene som helsesøstrene ser etter. Eberhard-Gran og Slinning (2007:19) legger vekt på at det ikke er enkeltfaktorer, men et sett av risikofaktorer, som gjør en mor utsatt for å utvikle barseldepresjon. En av helsesøstrene beskriver dette som en vektskål der det må være balanse mellom forhold ved barnet og foreldrenes ressurser. Hvis det oppstår ubalanse kalles dette for childcare stress (Yim m.fl. 2015:15.19). Et krevende og urolig barn, som et barn med kolikk, stiller større krav til foreldrenes ressurser. Et rolig, robust barn med god selvregulering kan derimot være utfordring nok for en ung alenemor med lite sosialt nettverk. Sykepleiere må derfor se helhetlig på familiens situasjon når risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon kartlegges.

I følge Glavin (2010:19) er risikoen for å utvikle en barseldepresjon forhøyet i de syv første månedene etter fødsel. De aller fleste utvikler lidelsen i løpet av de tre første månedene etter fødsel, mens andre ikke utvikler barseldepresjon før på et senere tidspunkt (ibid). En av helsesøstrene forteller at hun kartlegger mors psykiske helse under hver konsultasjon, nettopp fordi barseldepresjon kan utvikles på forskjellige tidspunkt. Det holder ikke at sykepleiere

spør om mors psykiske helse én gang. Samtalen bør gjentas flere ganger i løpet av barnets første leveår.

5.4 Samspill mellom mor og barn

For å kunne vurdere samspillet mellom barn og foreldre må helsepersonell ha kunnskap om hva som kjennetegner et velfungerende samspill. I et godt samspill er barnet hovedpersonen, og foreldrene korrigerer seg etter barnet (Karlsson 2010:12). Helsesøstrene opplever at deprimerte mødre ser, snakker og smiler mindre til barnet sitt, og at de har større vansker med å korrigere sin atferd etter barnets signaler. Dette kan forklares med at deprimerte mødre er mindre sensitive og oppmerksomme (Eberhard-Gran og Slinning 2007:20, Karlsson 2010:20-22). I følge helsesøstrene har deprimerte mødre nok med seg selv, og barnet blir ofte sett på som et forstyrrende element, heller enn som en person med egne følelser og behov. Når foreldrene ikke registrerer og setter ord på barnets følelser, vil barnet mangle verktøy for å forså sine egne følelser, og for å roe og trøste seg selv (Karlsson 2012:113-115). Det kan forklare at helsesøstrene opplever at mange barn av deprimerte mødre er ekstra urolige. De forteller at disse barna ofte spiser og sover dårligere, som kan være tegn på at de sliter med den basale reguleringen (Karlsson 2010:22).

Et spedbarn utvikler seg gjennom samspill med sine omsorgspersoner (Ohnstad 2010:110). Helsesøsteren forteller at uten dette samspillet visner barnet bort. Samspillet mellom mor og barn danner grunnlaget for tilknytningen mellom dem (Karlsson 2012:11). I følge Eberhard-Gran og Slinning (2007:21) er det høyere forekomst av utrygg og desorganisert tilknytning blant spedbarn av deprimerte mødre. Gjennom observasjon kan sykepleiere identifisere barn med utrygg eller desorganisert tilknytning. I følge Bowlby vil et barn med et slikt tilknytningsmønster ikke utforske omgivelsene like aktivt som et barn med trygg tilknytning. Dette kan indikere at en deprimert mor ikke fungerer som en trygg base og havn for barnet. Et slikt barn vil ofte bli urolig når mor går ut, mens det vil oppleves unnvikende eller ambivalent når mor kommer tilbake (gjengitt i Karlsson 2012:68-69). Dette kan sykepleieren observere. Et urolig barn kan altså være et tegn på at samspillet og tilknytningen mellom mor og barn ikke fungerer. Et urolig barn er samtidig en risikofaktor for at mor utvikler en depresjon (Beck 2001, Yim m.fl. 2015). Et urolig barn kan dermed være både en risikofaktor for og et tegn på barseldepresjon.

Mæland (2010:158-159) legger vekt på at tilknytningens kvalitet er avgjørende for barnets oppvekstvilkår. Å sikre at barn får gode oppvekstvilkår er et av de viktigste tiltakene for å forebygge psykiske lidelser i befolkningen generelt. Gjennom samspillet erverver barnet følelsen av å være en stabil skapning (Karlsson 2010:19) og grunnlaget for barnets opplevelse av sammenheng i livet legges. Dette er viktig for barnets mentale helse senere i livet (Mæland 2010:74). Fordi en barseldepresjon hos mor påvirker både samspill og tilknytning, er kartlegging og forebygging av barseldepresjon både et viktig sykdomsforebyggende tiltak for mor, men også et viktig helsefremmende tiltak for barnet. Kartlegging av barseldepresjon rommer begge hovedperspektivene i sykepleiernes forebyggende helsearbeid (Mæland 2010:13-15).

Det er i denne sammenheng viktig å trekke frem at det ikke er den psykiske lidelsen i seg selv, men i hvilken grad mors sensitivitet og foreldreatferd påvirkes av den, som er avgjørende for barnets situasjon. Mange mødre klarer å vise interesse og glede seg over samværet med barna, til tross for at de er deprimerte (Helsedirektoratet 2009:80-81). Det er en viktig sykepleieoppgave å vurdere hvordan mors depresjon påvirker samspillet i møte med slike familier.

5.5 Kartleggingsverktøy og screening

En mulig befolkningsstrategi i sykepleieres sykdomsforebyggende arbeid er å screene alle mødre for barseldepresjon, ved bruk av EPDS som kartleggingsverktøy (Mæland 2010:68-89). Skalaen er validert for bruk i Norge (Berle m.fl. 2003, Eberhard-Gran m.fl. 2001) og screening er innført ved flere helsestasjoner (Eberhard-Gran m.fl. 2014:298).

Helsesøstrene som ble intervjuet hadde ulik erfaring med bruk av EPDS. Den ene helsesøsteren arbeidet på en helsestasjon som hadde innført systematisk screening med EPDS på 6-ukerskontrollen. Hun opplevde verktøyet som nyttig, men ikke mer nyttig enn samtalen etterpå. Glavin m.fl. (2010:258) fant også i sin studie at samtalen etter screeningen var en forutsetning for at helsesøstrene opplevde screeningen som verdifull. Helsesøsteren opplever det som utfordrende at de mødrene som sliter mest ikke alltid er ærlige når de fyller ut skjemaet. Hun opplever at de er mer åpne og ærlige i en samtale. Det tyder på at

kartleggingsverktøyet er et nyttig utgangspunkt og supplement til samtalen, men at det aldri kan erstatte ”den gode samtalen”.

I en kunnskapsoppsummering fra 2014 konkluderte forfatterne med at det på nåværende tidspunkt ikke finnes empirisk grunnlag for å anbefale systematisk screening med bruk av EPDS i Norge (Eberhard-Gran m.fl. 2014). Før en slik anbefaling kan bli gjort trengs det mer forskning. En av helsesøstrene i intervjuet etterspør også mer forskning på området. Hun mener at helsemyndighetene må skaffe et vitenskapelig grunnlag for å kunne anbefale hvordan kartlegging av barseldepresjon bør foregå. Da ville man kunne innføre et kvalitetssikret opplegg på alle helsestasjoner. Også hun mener at kartleggingsverktøy har begrenset evne til å fange opp barseldepresjon. Dette samsvarer med Eberhard-Gran og Slinnings (2007:28-29) tanker om skalaen; den er aldri bedre enn personen som bruker den. Dette tyder på at det er sykepleiers erfaring og kompetanse som avgjør om skalaen er nyttig i kartlegging av barseldepresjon.

Den andre helsesøsteren legger også vekt på verdien av egen erfaring. ”Nå har jeg så mye erfaring at jeg synes det er bedre å snakke om dette (ment som barseldepresjon)”, forteller hun. Dette tyder på at en forutsetning for at sykepleiere skal kunne kartlegge barseldepresjon gjennom samtale med mor, er at sykepleieren har erfaring med kartlegging, kunnskap om temaet og en god kommunikasjonskompetanse. For en mer uerfaren sykepleier som ikke er like trent i disse samtalene, kan kanskje kartleggingsverktøyet være et nyttig hjelpemiddel for å innlede en samtale. Brukt på den måten kan EPDS fungere som en nyttig ”døråpner” for å få mødrene til å snakke om sin psykiske helse (Glavin m.fl. 2010:258).

6 Konklusjon:

I denne oppgaven er det blitt utforsket hvordan sykepleiere kan kartlegge barseldepresjon hos mødre i barseltiden, og hva som kan være nyttig og utfordrende i en slik kartlegging.

Presentert teori, forskning og funn fra intervjuene viser at det er flere måter sykepleiere kan kartlegge barseldepresjon på. Uavhengig av metode tyder funnene på at relasjonen mellom sykepleier og mor er det viktigste og mest nyttige i kartleggingen. At sykepleier opparbeider en tillitsfull relasjon til mor ansees som en forutsetning for at barseldepresjon kan kartlegges.

Funnene indikerer at ”den gode samtalen” er det mest nyttige redskapet sykepleier kan bruke i kartleggingen. I samtalen bør sykepleier informere mor om normale psykiske reaksjoner etter en fødsel, tegn på barseldepresjon og når hun bør søke hjelp. Sykepleier må tørre å spørre hvordan mødrene har det. På den måten kan mødrenes forståelse, mestring og mening i den nye livssituasjonen kartlegges. Sykepleier kan kartlegge risikofaktorer, slik at høyrisikokvinner identifiseres. Sykepleiers kunnskap og erfaring legger grunnlaget for samtalen. Screening med EPDS kan være nyttig som et supplement til samtalen, men kan ikke erstatte samtalen verdi.

Samspillet mellom mor og barn kan preges av at mor er deprimert. Sykepleier kan derfor se etter tegn på barseldepresjon ved å observere og vurdere samspillet og tilknytningen mellom dem. At sykepleier har kunnskap om hva som er et velfungerende og ikke-fungerende samspill er en forutsetning for å kunne kartlegge barseldepresjon på denne måten.

Tidspress kan være en utfordring ved kartleggingen. Kartleggingen tar tid, og uten nok tid til relasjonsbygging, til å ha en god samtale og til å vurdere samspillet, står sykepleier i fare for å overse deprimerte mødre. Både i et sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektiv er det viktig at det bevilges nok ressurser til kartleggingen av barseldepresjon, slik at disse mødrene kan fanges opp, og slik at de kan få den hjelpen og behandlingen de trenger.

Ettersom dataene stammer fra to kvalitative intervjuer er de preget av intervjupersonenes subjektive mening og opplevelse. På bakgrunn av dette kan dataene i oppgaven ikke generaliseres. Jeg mener likevel at det presenteres informativ kunnskap om hvordan

sykepleiere kan kartlegge barseldepresjon i oppgaven, og at intervjupersonenes kunnskap er noe sykepleiere kan lære av. Jeg anser informasjonen i oppgaven som særlig relevant for sykepleiere som jobber med småbarnsfamilier.

Oppgaven viser at det er behov for mer forskning på effekten av systematisk screening med bruk av EPDS i en nasjonal setting. En av helsesøstrene etterspør også nasjonale anbefalinger om hvordan kartleggingen bør foregå. Her bør myndighetene komme på banen slik at sykepleiere kan basere kartleggingen av barseldepresjon på et kvalitetssikret og vitenskapelig grunnlag.

Litteraturliste

Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression – an update. *Nursing research*, 50:135-141.

Berle, J.Ø., Aarre, T.F., Mykletun, A., Dahl, A.A., Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assesment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76:151-156.

Bjørndal, A. (2007). *Tenke- og arbeidsmåter i medisinen – en innføring i den medisinske logikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brudal, L.F. (2000). *Psyriske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B., Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (2): 113-117.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. og Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106:426-433.

Eberhard-Gran, M. og Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. og Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 134 (3):297-301.

Eide, H. og Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 29. januar 2016 fra:
<http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Glavin, K., Smith, L. og Sørnum, R. (2009a). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23:705-710.
Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x

Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R. og Ellefsen, B. (2009b). Supportive counseling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6):1317-1327. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x

Glavin, K., Ellefsen, B. og Erdal, B. (2010). Norwegian Public Health Nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing*, 27 (3):255-262.

Glavin, K. (2010). *Women with post-partum depression – an early identification and intervention study*. Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet. (Doktorgradsavhandling).

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og sekundærhelsetjenesten*. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 5. februar 2016 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Holan, S. og Hagtvedt, M.L. (2010). *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karlsson, K. (2012). *Anknytning – om att tolka samspelet mellom föräldrar och små barn*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. 10. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. og Nordtvedt, P. (2011) Relasjonen mellom pasient og sykepleier. . I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvam, M. (2014). Barseltiden. I: *Norsk Helseinformatikk, Graviditetsoraklet*. Hentet 17. februar 2016 fra: <http://nhi.no/graviditetsoraklet/svangerskap-og-fodselse/normalt-forlop/barseltiden-28090.html>

Malt, U. (2014). Psykometri. I: *Store medisinske leksikon*. Hentet 11. februar 2016 fra: <https://sml.snl.no/psykometri>.

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Ohnstad, A. (2010). Utviklingspsykologi – en livslang utvikling. I: T.-J. Ekeland, O. Iversen, G. Nordhelle og A. Ohnstad. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Yim, I.S., Stapleton, L.R.T., Guardino C.M., Hahn-Holbrook, J. og Schetter, C. (2015).
Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call
for integration. *Annual Review of Clinical Psychology* 11:15.1-15.39.
doi: 10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426.

Vedlegg 1: Brev til helsestasjonen



Oslo 25.01.16

Tilhelsestasjon v/ navn på leder

Mitt navn er og jeg er sykepleiestudent ved VID vitenskapelige høyskole (tidligere Diakonhjemmet høyskole). Dette semesteret skriver jeg bacheloroppgave om barseldepresjon. Som en del av bacheloroppgaven ønsker jeg å intervju helsesøstre som jobber med dette temaet. Formålet med intervjuet er å kartlegge helsesøsters erfaringer i arbeidet med mødre med barseldepresjon.

Jeg henvender meg til deg for å spørre om tillatelse til å intervju helsesøstre som jobber ved helsestasjonen. Jeg ønsker å intervju 1-2 helsesøstre, og håper du kan sette meg i kontakt med noen som er villig til å delta. Intervjuene vil ha en varighet på ca en time. Intervjuene kan gjerne gjennomføres på helsestasjonen eller annet ønsket sted, etter avtale med den enkelte helsesøster.

Å delta på intervjuet er frivillig og intervjupersonen kan trekke seg når som helst i prosessen. Dataene fra intervjuet vil bli brukt i bacheloroppgaven, og både helsesøsters identitet og arbeidssted vil bli anonymisert. Dataene vil bli slettet etter sensuren på oppgaven er falt.

Veileder på oppgaven er ... ved VID vitenskapelige høyskole.
Hennes mail er:

Ta gjerne kontakt hvis du har noen spørsmål.
Jeg hadde satt stor pris på om noen har mulighet og lyst til å delta!

Med vennlig hilsen (navn på student)
(mail til student)
VID vitenskapelige høyskole

Vedlegg 2: Informert samtykke



Oslo 25.01.16

Informert samtykke til å delta i intervju

”Hvordan kan sykepleiere kartlegge barseldepresjon hos mødre i barseltiden?”

Bakgrunn og formål

Barseldepresjon hos nybakte mødre er et tema sykepleiere bør kjenne til. Dette temaet er lite nevnt i sykepleierutdanningen, og jeg ønsker derfor å fordype meg i dette temaet i min bacheloroppgave. Helsesøstre er den yrkesgruppen som kanskje møter flest mødre med barseldepresjon, og de har derfor erfaring som andre sykepleiere kan lære av. Formålet med dette intervjuet er å kartlegge helsesøstres erfaring i arbeidet med dette temaet. Dataene vil bli brukt i en avsluttende bacheloroppgave i sykepleie ved VID vitenskapelige høyskole (tidligere Diakonhjemmet Høyskole). Veileder på oppgaven er

Hva innebærer deltakelse i intervjuet?

Intervju vil ha en varighet på ca 1 time. Intervjuet gjennomføres med en åpen intervjuguide med noen spørsmål og en samtale rundt to hovedtemaer: generelt om psykisk helse hos mødre i tiden etter fødsel og om kartlegging av barseldepresjon. Informasjonen fra intervjuet vil bli notert ned fortløpende, samtidig som et lydopptak vil bli brukt som notatstøtte.

Hva skjer med informasjonen?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alt som noteres under intervjuet vil bli skrevet ned i aidentifisert form, og det vil ikke være mulig å knytte informasjonen til deg som person eller til arbeidsstedet ditt. Dataene vil bli bearbeidet og anonymisert med hjelp av min veileder, før det brukes i oppgaven. Jeg har taushetsplikt ovenfor sensitiv informasjon som eventuelt blir meddelt under intervjuet. Dataene fra intervjuet blir destruert etter at sensuren på oppgaven er falt. Planlagt sensurdato er 12.04.16.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i intervjuet og svare på spørsmålene som blir stilt. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å la deg intervjuet eller unnlate å svare på ett eller flere spørsmål. Ved å takke ja til intervjuet, og svare på spørsmål, gir du et muntlig samtykke til at dataene kan brukes som nevnt overfor.

Vennlig hilsen (navn på student)

(mail til student)

VID vitenskapelige høyskole

Vedlegg 3: Intervjuguide

Bakgrunn:

- Alder?
- Hvor lenge har du jobbet som helsesøster?
- Når møter du nybakte mødre for første gang? Hvor mange ganger møter du vanligvis mødre totalt de første 6 mnd. etter fødsel?

Generelt om psykisk helse/depresjon hos mor:

- Ut i fra din erfaring; Hvordan har de fleste nybakte mødre det etter fødsel?
- Hvilken erfaring har du med å snakke om psykiske reaksjoner på svangerskap og fødsel med nybakte foreldre? (Tema: Når og hvordan? Informasjon?)

Om kartlegging:

- Hvilke erfaringer har du med kartlegging av barseldepresjon hos mødre? (Metoder? Hva ser du etter – hos mor/i samspillet? Risikofaktorer?)
- Hva har du hatt mest nytte av i kartleggingen av barseldepresjon?
- Hva er din erfaring med bruk av kartleggingsverktøy? (Fordeler/ulempes? Opplæring i verktøyet? I hvilken sammenheng brukes det?)
- Hvilke kunnskaper mener du er nødvendig å ha for å kunne avdekke barseldepresjon hos mødre?
- Har dere retningslinjer her på helsestasjonen for kartlegging av barseldepresjon?
- Hvorfor er kartlegging av barseldepresjon hos mødre viktig?

Opplevelsen til helsesøstre og foreldre:

- Hvilke utfordringer møter du i kartleggingen av barseldepresjon?
- Hvordan oppleves det å spørre mødre om deres psykiske helse?
- Hvordan tror du foreldrene opplever at du spør om dette?

Avslutning: Er det noe du ønsker å tilføye til det vi har pratet om?

Er det noe du mener er viktig som jeg ikke har spurt om?