



Bachelorgradsoppgave

Barseldepresjon

Postpartum depression

Risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon hos kvinner etter fødsel

Risk factors for developing postpartum depression after giving birth

Martine Bentzen

SPU110
Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for Helsefag, Levanger
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014

Antall ord: 9701



HINT

Abstrakt

Introduksjon: Barseledepresjon rammer mellom 10 og 20 prosent av alle kvinner etter fødselen. En barseledepresjon kan ha negative effekter både for mor og det nyfødte barnet. En tidlig kartlegging av hvorfor kvinner rammes samt god kompetanse fra helsepersonell vil være viktig for forebygging av barseledepresjon.

Hensikt: Å belyse ulike risikofaktorer for å utvikle barseledepresjon.

Metode: Studien benytter seg av en allmenn litteraturstudie. 9 kvalitative og 3 kvantitative artikler danner grunnlaget for studiens resultatdel.

Resultat: Mødrene opplevde en følelse av ikke å oppnå forventningen om å være «den perfekte mor». Dette henger svært godt sammen med følelsen av å mislykkes, som ofte kan forekomme i forbindelse med amming. Manglende profesjonell støtte samt lite eller manglende støtte fra partner/familie og omgivelsene gjorde det for mange mødre vanskelig å takle de nye utfordringene morsrollen innebar.

Diskusjon: Både mor og far trenger god og tydelig informasjon samt mye praktisk støtte, spesielt i den første tiden som nye foreldre. For sykepleiere og annet helsepersonell vil det være viktig og i god tid kartlegge ulike risikofaktorer for å utvikle barseledepresjon. God informasjonsutveksling om fysiske og psykiske forandringer vil hjelpe mor og far til å forstå hva som er normale forandringer og hva som kan være tegn til mer unormale forandringer.

Konklusjon: Manglende støtte fra profesjonelle, familie og venner samt omgivelsene var store risikofaktorer for å utvikle barseledepresjon. Manglende støtte førte ofte til at mødrene ikke alltid klarte å mestre amming, fikk for lite søvn og derfor hadde lite overskudd til det nyfødte barnet, samt til egen partner. En følelse av å mislykkes, samtidig som at realiteten ikke levde opp til forventningene gjorde at mange mødre satt igjen med en følelse av å mislykkes som mor.

Nøkkelord: Postpartum depression, risk factors, experiences, mothers, allmenn litteraturstudie, sykepleie, nursing.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1 Barseltårer, barselpsykose og barseldepresjon	1
1.1.2 Effekter på det nyfødte barnet og mor-barn-vennlig sykehus	2
1.2 Studiens struktur og sykepleierens rolle	3
1.3 Studiens hensikt og avgrensning.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Fremgangsmåte og litteratursøk.....	4
2.2 Vurdering, inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	5
2.3 Analyse og oversikt over inkluderte artikler.....	5
2.4 Ethiske overveielser	7
3.0 Resultat	8
3.1 Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes.....	8
3.1.1 Forventninger vs. realitet	9
3.2 Behovet for profesjonell støtte.....	9
3.3 Sosial støtte fra omgivelsene, samt tidligere livshendelser	11
4.0 Diskusjon	12
4.1 Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes.....	12
4.1.1 Tilknytningsprosessen.....	14
4.1.2 Forventning vs. realitet	14
4.1.3 Fysiologisk, psykologisk og sosial endring.....	15
4.2 Behovet for profesjonell støtte.....	16
4.2.1 Barselopphold	16
4.2.2 Informasjon fra profesjonelle	17
4.2.3 Mor-barn-vennlig sykehus	18
4.2.4 Amming gir fordeler for mor og barn	20
4.3 Behovet for sosial støtte fra omgivelsene, familie og venner	21
4.3.1 Tidligere livshendelser	23
4.4 Metodediskusjon.....	23
5.0 Konklusjon	26

Referanser

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: EPDS kartleggings skjema

Vedlegg 4: WHO's Ti trinn for vellykket amming

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge fødes det i gjennomsnitt 60 000 barn hvert år. Det å bli mor er en av de største hendelsene i mange kvinners liv. Svangerskap, fødsel og barseltid er av stor betydning for kvinnens fremtidige fysiske og mentale helse. Å få barn kan stå i sterk kontrast med det idealiserte bildet kvinnen selv og omverdenen danner. Foreldrerollen er fylt med motsetninger. Den kan være gledelig, men samtidig krevende. Den kan være angstfull og forventningsfull, og til og med spenne mellom sorg og lykke (Hagtvedt 2010). Barseltiden (puerperiet) betegner tiden fra barnet er født, til seks uker etter fødselen (Holan og Forberg 2010). Berle (2010) understreker at mellom 10 og 20 prosent av alle kvinner viser tegn til depresjon i barseltiden.

1.1.1 Barseltårer, barselpsykose og barseldepresjon

Det finnes tre hovedkategorier for emosjonelle tilstander i barseltiden: Barseltårer, barselpsykose og barseldepresjon (postpartum-depresjon) (Slinning, Holme og Valla 2012, Eberhard-Gran 2011).

Barseltårer, eller maternity blues, er en tilstand som 50-80 % opplever å få 4-5 dager etter fødselen (Slinning et al. 2012). Tilstanden varer ofte bare et par dager, og oppstår på grunn av store hormonelle endringer i kombinasjon med en utmattelsesreaksjon (Slinning et al. 2012, Tangen 2005).

Barselpsykose er en langt mer sjelden tilstand som forekommer bare en til to promille av alle de fødende (Slinning et al. 2012). Denne tilstanden utvikles i løpet av de første to til fire ukene etter fødselen, og er en akutt psykotisk reaksjon som krever sykehusinnleggelse (Slinning et al. 2012, Tangen 2005).

I denne bacheloroppgaven i sykepleiefaget vil hovedfokuset være på barseldepresjon. Barseltårer og barselpsykose vil derfor bare kort bli nevnt.

Postpartum depresjon, eller barseldepresjon er betegnelsen på en ikke-psykotisk tilstand som kommer i løpet av de første én til seks ukene etter fødselen. En barseldepresjon er en slags videreutvikling av barseltårerne som gjerne rammer ekstra mottakelige kvinner (Reinar 2010). De depressive kvinnene er preget av inaktivitet og hukommelsessvikt, manglende beslutningsevne og konsentrasjon, samt konstant skyldfølelse for manglende interaksjon med barnet (Tangen 2005).

Barseldepresjon har de samme symptomene som en depresjon som kan oppstå i andre livsfaser, men det kliniske bildet kan være farget av omstendighetene. En kvinne med barseldepresjon kan også ha vanskeligheter med å tolke barnets signaler og behov, være likegyldig til amming, og få fram vonde tanker om å skade seg selv eller barnet (Eberhard-Gran 2011, Tangen 2005). En depresjon i denne

livsfasen kan få store konsekvenser dersom kvinnen ikke blir tatt på alvor. For kvinnens del kan det føre til forverring av symptomer og forlengelse av depresjonen. I de aller alvorligste tilfellene kan det være risiko for selvmord og barnedrap (Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud 2014).

1.1.2 Effekter på det nyfødte barnet og mor-barn-vennlig sykehus

Barseldepresjon er assosiert med negative effekter ovenfor det nyfødte barnet (Reinar 2010). Lav sensitivitet overfor barnets behov sees på som en hovedkomponent. Mødre med barseldepresjon agerer primært ut ifra egne tanker, og en kan ofte se en omsorgsstil preget av emosjonell tilbaketrekking med manglende mor-barn kontakt og mekaniske stell- og matesituasjoner. Spedbarn preget av uro og irritabilitet, samt manglende nevrobiologisk utvikling kan ofte ses hos barn med barseldepressive mødre (Slinning et al. 2012). Trygghet og forutsigbarhet er svært betydningsfulle faktorer for barnets hjerneutvikling de første leveårene (Eberhard-Gran 2011).

I tidlig 1990 årene lanserte WHO og UNICEF «the baby friendly-hospital-initiativ» (Hansen 2010, Ammehjelpen 2010). Alle sykehusene i Norge er mor-barn-vennlig godkjent, og initiativet fra WHO/UNICEF har hatt stor betydning for kvaliteten for fødselsomsorgen i store deler av verden. Målet med dette initiativet var å styrke tilknytningen mellom mor og barn, samt gi en god start på ammingen (Holan og Forberg 2010). Det er blitt utarbeidet 10 enkle, grunnleggende prinsipper som fremmer amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Kriteriene tilsier blant annet at mor og barn skal ha uforstyrret hudkontakt minst en time etter fødselen og gi anledning for mor og barn å være sammen 24 i døgnet under opphold på føde/barselavdeling (Meberg og Wataker 2010, Hansen 2010). *Se vedlegg 4 for alle kriteriene.*

Barselopphold på sykehus blir stadig kortere, og det blir mer vanlig at foreldre drar hjem med barnet sitt kort tid etter fødselen (Holan og Forberg 2010).

For en kvinne som har født ukomplisert er det beregnet liggetid på 2-3 dager.

Barselhotell er et tilbud til friske kvinner og barn, i tillegg til nærmeste familie, etter ukompliserte fødsler. Veiledning og hjelp vil på hotellet bli gitt til de som trenger litt ekstra oppfølging før hjemreise (Holan og Forberg 2010).

1.2 Studiens struktur og sykepleierens rolle

For sykepleieren vil det være viktig og i størst mulig grad møte kvinnens og barnets behov. Behovene kan være svært individuelle, noe som gjør god kartlegging og kommunikasjon mellom pasient og profesjonelle vesentlig i barselomsorgen. For å få fram hvordan sykepleieren skal kunne møte kvinnens og barnets behov, vil studien begi seg på Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barselomsorg for familien og Kari Martinsens omsorgsteori.

Retningslinjene beskriver en tettere oppfølging av den enkelte familie der relasjonen mellom foreldre og barn blir tydelig vektlagt. Målet med Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) er å gi en faglig forsvarlig barselomsorg, et helhetlig pasientforløp, gjøre riktige prioriteringer og sørge for at det blir gitt tilstrekkelig kvalitet på barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014).

Kari Martinsens omsorgsteori bygger på 3 teorier på omsorg.

- Omsorg som rasjonelt begrep omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker.
- Omsorg som moralsk begrep er knyttet til prinsippet om ansvar for svake.
- Omsorg som omfatter konkrete, situasjonsbetingete handlinger basert på en «forståelse» av hva som er til den andres beste.

Martinsen fremhever omsorg som et ontologisk fenomen, noe som gjør at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorg beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet, og avhengighet trer tydelig fram i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonsnedsetting er til stede (Kirkvoll 2003).

1.3 Studiens hensikt og avgrensning

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse ulike risikofaktorer for å utvikle barseldepresjon.

Sykepleien tar sikte på kvinnen i barseltiden. Barselkvinnens kontekst er på barselavdeling/barselhotell eller i kvinnens eget hjem.

Studien skrives i et pasientperspektiv, da det er ønskelig å belyse mødrenes egen opplevelse av hva som kan være årsak for deres depresjon. Teori og forskning knyttet opp mot sykepleiernes kunnskaper, der råd og profesjonell erfaring kommer til nytte, er tatt med i diskusjonen for å få en bredere forståelse av temaet barseldepresjon.

2.0 Metode

2.1 fremgangsmåte og litteratursøk

Oppgaven er basert på grunnlag av en allmenn litteraturstudie, der hensikten belyses ved å analysere og beskrive inkluderte studier. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres de valgte studiene sjelden på en systematisk måte (Forsberg og Wengström 2013).

Resultatet er bygget på bakgrunn av 9 kvalitative og 3 kvantitative artikler. Den kvalitative metoden bidrar til å gi en bredere forståelse av mødrenes subjektive opplevelse av det å ha en barseldepresjon. Forståelser samles inn på bakgrunn av å fange opp meninger, opplevelser og erfaringer, fremfor å belyse tall og målinger (Dalland 2012). En dypere forståelse gjør at vi kan utvikle teorier eller begreper for å forstå sosiale fenomen i sitt naturlige miljø (Forsberg og Wengström 2013).

De kvantitative artiklene beskriver ulike fenomener ved hjelp av tall, og gir derfor mulighet til å foreta regneoperasjoner. De kvantitative artiklene lar oss finne prosent og gjennomsnitt av en større mengde mennesker (Dalland 2012).

De søkeordene som oftest ble brukt for å finne artikler opp mot hensikten har vært «postpartum depression», «experiences» og «mothers». Søkeordene har blitt kombinert med enten OR eller AND, ettersom hvilken artikkel det er ønskelig å finne. Etter at avgrensninger i søkene ble gjort (full text, abstract og artikler skrevet siste 10 år) var det mange artikler som ble ekskludert på grunn av manglende interessefelt.

De vitenskapelige artiklene er funnet i databasene Medline, Cinahl og Svemed. Dette er databaser som en kan finne søk rundt om i hele verden (Forsberg og Wengström 2013). Manuelle søk ble brukt for å finne noen av originalartiklene som ligger til grunn for resultatet i denne studien. Dette er artikler som ble funnet i litteraturlisten til andre vitenskapelige artikler. Tittelen ble så søkt opp i google scholar.

Se vedlegg 1 for oversikt over søkehistorikk.

Se vedlegg 2 for oversikt over inkluderte artikler.

2.2 Vurdering, inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ifølge Dalland (2012) stilles det krav til data som samles inn for undersøkelsen. Det stilles krav til at den data som samles inn både har relevans for problemstillingen og at de er pålitelig innsamlet.

De artiklene som er brukt for å belyse resultatet i denne litteraturstudien er vurdert ut ifra relevans, etisk godkjenning, utgivelsesår, forfatterens anerkjennelse, bruk av depresjonsskår og landet studien er utført i. Antall deltakere, tidligere erfaring med psykisk sykdom og om intervjuene/spørreskjemaene åpner for at deltakerne kan uttrykke egne opplevelser og følelser har også vært med i vurderingen.

Edinburgh postnatale depresjonsskår (EPDS) er benyttet i 6 av de inkluderte artiklene. (Se vedlegg 3). Sjöblom og Ryggs skjema ble brukt til kritisk å vurdere de inkluderte forskningsartiklene.

Inklusjonskriterier:

- Mødre med barseldepresjon
- Mødre med normalfødte barn uten komplikasjoner av dødelig utfall
- Både førstegangs- og flergangsfødende
- Mødre på barselavdeling/barselhotell og de første 6 uker etter fødsel
- Mødre i land med vestlig kultur
- Mødre som har født siste 12 mnd.
- Mødrenes perspektiv (pasientperspektiv)

Eksklusjonskriterier:

- Mødre på fødestuen
- Fedre med barseldepresjon
- Ufrivillig morbiditet
- Mødre fra ikke-vestlig kultur

2.3 Analyse og oversikt over inkluderte artikler

I følge Dalland (2012) innebærer en analysing av artiklene et granskningsarbeid for å finne ut hva materialet betyr og om det samsvarer med studiens hensikt. De 12 inkluderte artiklene ble lest i sin helhet og kritisk vurdert. Det er ikke alltid det er fullt samsvar mellom det som kommer frem fra eksempelvis et intervju og vår tolkning av de samme resultatene. Dette betyr at det vil være rom for individuelle tolkninger når en tar utgangspunkt i en tekstanalyse (ibid). Ved å tolke artikler må en organisere materialet og identifisere mønster slik at motstridende meninger kommer fram (Dalland

2012, Polit og Beck 2012). Å veksle mellom analyse og tolkning av artiklene vil være en del av kvalitetskontrollen (Dalland 2012).

Funnene i de inkluderte artiklene ble delt inn i *meningsbærende enhet*, *subkategori* og *kategori*. Fremgangsmåten for å finne hovedkategoriene utspant seg i og først legge fram alle relevante funn, for så å danne subkategorier ut i fra hvilke funn som henger sammen. Under analyseringen ble det dannet 3 hovedkategorier som vil være sentrale under resultat og diskusjon:

- Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes
 - Forventninger vs. realitet
- Behovet for profesjonell støtte
- Behovet for sosial støtte fra omgivelsene, samt tidligere livshendelser

Tabell 1 viser et eksempel på en artikkelanalyse.

Tabell 1

Meningsbærende enhet	Subkategori	Kategori
<p>Vanskelig å innrømme depresjonen, både til venner og profesjonelle</p> <p>Redd for fordommer</p> <p>Redd for konsekvenser (Hall 2006, Edhborg et al. 2005, Bliszta et al. 2006, Rudmann og Waldenström 2007).</p> <p>Redd for å være «dårlig mor»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andres oppfatninger • Tror andre ser ned på dem som en dårlig mor <p>(Hall 2006, Buultjens og Liamputtong 2006, Robertson et al. 2013, Haga et</p>	<p>Følelsen av å være dårlig mor</p> <p>Redd for hva andre syntes</p> <p>Mor-barn tilknytningen. Engstelse for at barnet skades – skyldfølelse. Redd for at de selv kan skade barnet</p>	<p>Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes</p>

al. 2011, Bliszta et al. 2006).

Manglende mor-barn tilknytning

- **Redde for at barnet ikke liker dem**
- **Redd for å skade barnet**
- **Redd for å la andre passe barnet**

(Hall 2006, Edhburg 2005).

2.4 Etske overveielser

De etiske overveielserne har blitt gjort på grunnlag av å finne artikler som på best mulig måte viser til litteraturstudiens hensikt. Mødrene i de inkluderte artiklene er i en svært sårbar periode, noe som gjør at de etiske overveielserne må tas hensyn til. Når studier involverer mennesker, må det utvises forsiktighet for å sikre at deres rettigheter blir beskyttet. Det stilles derfor krav til undersøkelsens etikk. Deltakernes rett til privatliv, rettferdig behandling, respekt og unødig risiko for å bli satt i en uheldig situasjon, er viktige punkter for undersøkelsens etiske godkjenning (Polit og Beck 2012).

Forfatterne i de ulike studiene satte av god tid til de inkluderte mødrene. Det ble lagt opp til intervjuer eller spørsmålsskjema med åpen ende slik at de fikk muligheten til å uttrykke egne erfaringer og meninger om tiden etter fødselen. Enkelte av intervjuerne fulgte opp deltakerne både før og etter fødselen. Mødrene ble informert om at det var en frivillig undersøkelse, og at de kunne trekke seg når som helst. Informasjon om at studien var anonym eller ikke, ble også gitt.

Etisk komité har godkjent 11 av de 12 inkluderte artiklene. Den ene artikkelen som ikke er etisk godkjent er skrevet av to anerkjente forfattere med doktorgrad. Forfatterne har også skrevet flere andre artikler knyttet opp mot samme tema som den valgte artikkelen.

Denne litteraturstudien er tro mot de inkluderte artiklene. Alle resultatene ble fremstilt i studiens resultatdel. Ingen funn ble utelukket for å få fremstille viktige poeng til fordel for oppgavens hensikt. Kilder er gjengitt både i løpende tekst og i referanselisten.

3.0 RESULTAT

3.1 Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes

Mange mødre opplever presset mot det å være den «perfekte mor» (Hall 2006, Bilszta, Ericksen, Buist og Milgrom 2006, Edhborg, Friberg, Lundh, og Widstrøm 2005). Mødrene har høye forventninger til seg selv, og dersom disse ikke blir innfridd blir skuffelsen stor (Edhborg et al. 2005). Moralske oppfatninger av det å være en «god mor» blir lagt fram som at en skal være glad når barnet er friskt, ha tålmodighet, alltid tenke på barna først og ikke minst det å mestre ammingen. En konsekvens av denne oppfatningen er at mange mødre føler seg som dårlige mødre fordi de opplever at de ikke godt nok klarer å leve opp til de moralske forventningene (Edhborg et al. 2005). Et grunnlag for kvinners opplevelse av det å være en dårlig mor stammer ofte fra deres oppfatning av hvordan andre mennesker ser dem (Hall 2006).

«Jeg ønsket ikke å snakke med noen om det.. jeg måtte hele tiden late som at alt var bra.. Jeg trodde jeg ikke var normal, og at jeg var en dårlig mor som hadde disse følelsene..» (mor) (Edhborg et al. 2005).

Mange har en stor frykt for å bli stigmatisert, og redselen for å bli oppfattet som en dårlig mor gjør at mange benekter å være deprimerte (Bilszta et al. 2006, Robertson, Curtis, Lasher, Jacques og Tom 2013). Det blir derfor viktig å vise en tilsynelatende lykke for å skjule det som oppfattes som svakhet (Edhborg et al. 2005). Å innrømme depresjonen til profesjonelle er også vanskelig for mange. Redselen for å bli fratatt barnet, bli sendt til psykiatrisk enhet eller fengslet (Hall 2006) er noen av bekymringene mødrene oppga.

Redselen for manglende mor-barn kontakt er av stor bekymring for mange mødre. Følelsen av ikke å elske barnet og *«bare være en melkeku»* drar fram vonde følelser knyttet opp mot det å mislykkes som mor (Hall 2006, Edhborg et al. 2005). Redselen for at barnet foretrekker far foran dem er også en faktor for manglende mor-barn kontakt (Hall 2006).

Følelsen av å være fanget, et ønske om å rømme og redselen for å påføre barnet psykisk eller fysisk smerte er for mange kvinner utløsende for sin depresjon. Følelsen av ikke å vite hva de er i stand til å gjøre med barnet er skremmende. Noen mødre rapporterer en redsel for å slå barnet, mens andre er redd for at de kan påføre barnet psykiske skader gjennom sin stressende adferd og depressive tanker. Flere kvinner blir fanget i et paradoks, der de utgir en redsel for å stole på at andre kan passe barnet, samtidig som at de ikke er trygge på egen evne til å ta vare på barnet (Hall 2006).

3.1.1 Forventninger vs. realitet

En signifikant årsak til barseldepresjon er forholdet mellom forventninger og realitet knyttet opp mot det å ha et barn (Bilszta et al.2006, Haga, Lynne, Slinning og Kraft 2011, Buultjens og Liamputtong 2006, Hall 2006). Følelsen av å miste kontroll er en stor utfordring. Kvinner med størst behov for kontroll føler seg mer stresset og deprimert når barseltiden byr på mer uforutsigbarhet enn først antatt (Haga et al.2011, Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, Ericksen, Ellwood og Buist 2007). En uforventet, traumatisk fødsel fører til stress og lidelse, og kan derfor være utslagsgivende for depresjon for noen kvinner (Haga et al.2011, Buultjens og Liamputtong 2006, Kauppi, Kumpulainen, Vanamo, Merikanto og Karkola 2008).

Flere mødre hadde urealistiske forventninger om å komme raskt tilbake i jobb eller utdanning, og samtidig takle morsrollen godt (Haga et al.2011, Buultjens og Liamputtong 2006).

Noen kvinner opplever morsrollen som en periode hvor de må redefinere sin identitet. Å være hjemme med barnet, framfor å være på jobb, gjør det ofte utfordrende å erkjenne nye emosjonelle sider som oppstår i forbindelse med ny hverdag (Edhborg et al. 2005).

Spesielt førstegangsmødre opplever at realiteten ikke er helt lik de forventningene de hadde hatt om at hverdagen kom til å bestå av bare glede og kos. De mødre som fødte sitt andre eller tredje barn, hadde forventninger om at barseltiden kom til å være enklere, grunnet tidligere erfaring. Disse ble likevel overrasket over realiteten (Buultjens og Liamputtong 2006, Robertson et al. 2013).

Et ønske om «det perfekte liv», mye glede og koselige stunder, ble byttet ut med utfordringer, uidentifiserte følelser og lite søvn (Buultjens og Liamputtong 2006, Hall 2006, Haga et al.2011).

3.2 Behovet for profesjonell støtte

Manglende eller lite støtte på sykehuset er for mange utløsende faktor for barseldepresjon (Rudman og Waldenström 2007, Buultjens og Liamputtong 2006, Bilszta et al. 2006).

Kort liggetid på barselavdelingen og liten fleksibilitet i forhold til individuelle behov, fører til økt stress og mangelfull individuell støtte fra profesjonelle utøvere. Flere kvinner rapporterer en følelse av å bli kastet ut fra sykehuset, før de egentlig er klare for det (Rudman og Waldenström 2007).

Travel avdeling, mye rutinepreget arbeid, samt manglende kontinuitet fra personalet er en stor stressfaktor for flere kvinner. At sykepleierne ikke viser tilstrekkelig interesse for morens følelser og barnets helse, gjør at mange av mødrene føler seg usynlige (Rudman og Waldenström 2007).

En kombinasjon av at far blir sendt hjem og en følelse av ensomhet og usikkerhet, fører til at mange mødre er engstelige på natten. En slitsom atmosfære gjør det vanskelig å slappe av, samt samle krefter etter fødselen (Rudman og Waldenström 2007). Depresjon blir for mange kvinner assosiert

med dårlig søvnkvalitet og stressende omgivelser (Dørheim, Bondevik, Eberhard-Gran og Bjorvatn 2009, Bilszta et al. 2006, Robertson et al. 2013).

Mødre trenger individuell praktisk støtte (Cross-Barnet, Augustyn, Gross, Resnik og Paige 2012) og mangelen på tilstrekkelig fysisk amnehjelp er av stor bekymring på svært mange av de inkluderte kvinnene (Rudman og Waldenström 2007, Cross-Barnet et al. 2012, Moore og Coty 2006).

Misledende instruksjoner og veiledning om teknikker og såre brystknopper fører til engstelse og sinne (Moore og Coty 2006, Rudman og Waldenström 2007, Edhborg et al. 2005).

Flere mødre rapporterer om for lite informasjon om ammingen (Moore og Coty 2006), og ammingens betydning for kvinnen og barnet (Cross-Barnet et al. 2012). Flere av mødrene har en opplevelse av at helsepersonell på barselavdelingen har for lite kunnskaper om amming (Edhborg et al. 2005, Rudman og Waldenström 2007).

Til sammenligning oppgir andre mødre at en overdreven informasjonsutveksling fra ulike instanser bidrar til økt press om å få til en vellykket amming (Haga et al. 2011, Rudman og Waldenström 2007, Moore og Coty 2006), og velvære blir for mange knyttet tett opp mot det å lykkes eller feile (Haga et al. 2011, Moore og Coty 2006).

Informasjon om kroppens psykiske og fysiske forandringer, blir for mange oppgitt som manglende eller utilstrekkelig (Bilszta et al. 2006, Rudman og Waldenström 2007, Buultjens og Liamputtong 2006, Hall 2006). Manglende evne til å identifisere og skille mellom en normal psykisk reaksjon og en depressiv tilstand, samt liten kunnskap om hvilke smerter som er normale etter en fødsel, gjør det vanskelig for flere å søke profesjonell hjelp (Rudman og Waldenström 2007, Bilszta et al. 2006). Noen kvinner oppgir at de får informasjon om dette før fødselen, men at de ikke fulgte godt nok med, fordi de hadde en oppfatning av at «det ikke skjer meg» (Bilszta et al. 2006).

Grunnleggende informasjon om barnets behov etter fødselen er i mange tilfeller fraværende (Rudmann og Waldenström 2007) og en stor egeninnsats må legges inn for å få den informasjon de har behov for (Bilszta et al. 2006).

Noen av kvinnene som oppsøkte hjelp etter hjemkomst, opplevde det som vanskelig å finne (Rudman og Waldenström 2007, Buultjens og Liamputtong 2006).

Manglende tilgang til informasjon på nett og lang telefonkø for linjer spesifisert på barseldepresjon, er noe av det flere oppgir som utfordrende (Bilszta et al. 2006). Følelsen av ikke å bli tatt på alvor (Haga et al. 2011) blir for mange et hinder for å oppsøke profesjonell hjelp på egenhånd.

3.3 Sosial støtte fra omgivelsene, samt tidligere livshendelser

Psykisk og fysisk støtte fra partneren og/eller mor, far og nære venner viser seg å ha en beskyttende effekt mot barseldepresjon (Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, Ericksen, Ellwood og Buist 2007, Haga et al. 2011, Buultjens og Liamputtong 2006). Mange kvinner opplever en stor forskjell på den psykiske og praktiske hjelpen (Buultjens og Liamputtong 2006). Flere av kvinnene opplever en emosjonell støtte, men mangler den samme støtten angående avlastning, bleieskift og fysisk tilstedeværelse i tunge tider (Haga et al. 2011, Buultjens og Liamputtong 2006, Robertson et al. 2013). Flesteparten av kvinnene har et ønske om at partneren skal forstå deres bekymringer og følelser. Da partneren ikke har evnene til å registrere disse følelsene, føler mange kvinner seg veldig alene (Haga et al. 2011). Å opprettholde kjæresteforholdet blir for mange uttrykt som vanskelig, og noe som ofte må vike for forholdet til barnet (Edhborg et al. 2005, Bilszta et al. 2006). Det er vanskelig for mødrene å forstå fedrenes situasjon. For mye tid på jobb, for lite fokus på følelser og manglende hjelp med barnet fører til mye frustrasjon og skuffelse, og tar derfor bort følelsen av å være lykkelig (Edhborg et al. 2005).

Et problematisk forhold til enten mor eller far blir av flere kvinner uttrykt som en mulig årsak til deres depresjon (Buultjens og Liamputtong 2006). En barndom preget av lite tilstedeværelse og mangel av støtte fra foreldrene, blir assosiert med økt depresjon i barseltiden (Kauppi et al. 2008, Buultjens og Liamputtong 2006).

Noen av mødrene får en god del praktisk støtte, men svært manglende, og heller nedbrytende emosjonell støtte av enten mor eller far (Buultjens og Liamputtong 2006). Flere av kvinnene opplever negative holdninger fra familien når det gjelder å søke profesjonell hjelp. Å søke hjelp er et svakhetstegn, og ikke noe familien vil bli assosiert med (Bilszta et al. 2006).

Andre faktorer for å utvikle barseldepresjon er: store livshendelser, derav tap av familiemedlemmer/ektefeller, ufrivillig abort eller ulykkelige ekteskap (Kauppi et al. 2008), samt tidligere depresjon (Milgrom et al. 2007), depresjon i samme svangerskap eller flere hendelser av depresjon i nær familie (Kauppi et al. 2008).

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse ulike risikofaktorer for å utvikle barseldepresjon.

Resultatet viser at det er mange sammensatte risikofaktorer for å utvikle barseldepresjon. Manglende sosial støtte, både fra profesjonelle og familie/venner viser seg å være en signifikant faktor. Lite informasjon om kroppens fysiologiske forandringer og videre forløp etter å ha født, samt lite eller fraværende ammeveiledning og praktisk hjelp ble for mange underbyggende for en stressreaksjon. Forventinger om hvordan livet skulle bli etter fødselen, følelsen av å miste kontroll, identitetsfrarøvelse og lite søvn var også signifikante årsaker for flere av mødrenes barseldepresjoner. Store livshendelser og tidligere depresjon var også av betydning. Resultatet viser videre at følelsen av å være en «dårlig mor» henger sterkt sammen med presset om å tilfredsstille ulike forventninger, unngå stigmatisering og føle mor-barn-tilknytningen raskt etter fødselen. Følelsen av ikke å strekke til, ikke klare å identifisere egne følelser og hele tiden streve etter å være «den perfekte mor» er for mange et stort problem som ofte fører til en barseldepresjon.

I denne resultatdiskusjonen vil resultatets funn diskuteres. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen og Kari Martinsens omsorgsteori vektlegges i diskusjonen, og danner grunnlaget for å få fram sykepleierens betydning.

4.1 Den perfekte mor – et image som gjør deg redd for å mislykkes

Resultatet viser at svært mange mødre opplever et press mot det å være «den perfekte mor». Oppfatninger om hvordan morsrollen er, hvilke forventninger en skal ha og redselen for stigmatisering er for mange kvinner utslagsgivende for stress og barseldepresjon. Negative innvirkninger fra samfunnet om ulike forventninger om at morsrollen er en naturlig prosess og at morskjærligheten for barnet kommer naturlig rett etter fødselen, gjør at flere kvinner opplever stigmatisering og tap av selvtillit (Tammentie, Paavilainen, Astedt-Kurki og Tarkka 2004). Wilkins (2006) fremstiller i sin studie at mors psykiske tilstand ofte har sammenheng med barnets adferd og tilstand. De første dagene på barselavdelingen må kvinnen bruke til å bli kjent med barnet. Dersom barnet er mye urolig kan en følelse av håpløshet, stress og engstelse føre til redsel for og ikke mestre morsrollen og en opplevelse av å være mislykket (ibid). Å bli mor betyr å gå fra en kjent og eksisterende realitet til en ukjent og ny realitet (Venheim 2010). Videre i Wilkins (2006) studie kom det fram at ulike råd enten vil påvirke mor i positiv eller negativ retning ut i fra hvilken relasjon kvinnen har til helsepersonellet. Kristoffersen og Nordtvedt (2011) fokuserer på hvordan en

respektfull og aksepterende væremåte vil bidra til god ivaretagelse av pasienten. Tilstedeværelse og oppfølging vil være grunnlag for god følelsesmessig støtte. Samhandling mellom sykepleier og pasient er sentral for opplevelse av kvalitet. Dette stemmer godt overens med Kari Martinsens (2003) omsorgsteori, der hun mener en forståelse for den andre er en forutsetning for å handle omsorgsfullt. Kvinnen og barnet skal møtes med vennlighet og respekt for sine ønsker og behov. En god tilrettelegging med åpen og positiv kommunikasjon mellom kvinnen, familien og helsepersonell er vesentlig for å gi den nye familien et godt utgangspunkt for barseltiden (Holan og Forberg 2010). En god sykepleiehandling kan være tilstedeværelse. Sykepleieren må vise interesse, stille spørsmål, og være åpen for en god dialog med både mor og far. En rolig væremåte og et godt nonverbalt uttrykk kan være en fin start på en god relasjon mellom pleier og pasient.

For sykepleieren vil gode observasjoner være viktig for å vurdere hvordan den enkeltes barselopphold skal organiseres (Helsedirektoratet 2014). Dette sier Holan og Forberg (2010) seg enige i, der de mener at sivilstatus, sosial situasjon og tidligere erfaring er viktige opplysninger for videre opphold. Martinsen (2003) understreker at et fundamentalt aspekt ved menneskelivet er at vi inngår i relasjoner der vi er gjensidig avhengige av hverandre, og at det er nødvendig å ta utgangspunkt i dette for å yte god sykepleie. Holan og Forberg (2010) mener det er viktig å observere hvordan samspeilet er med barnet, om hun har noen med seg, om hun virker fornøyd og avslappet, eller om hun virker trøtt og sliten.

Pasient og brukerrettighetsloven (2014 §3-2) fastslår at pasienten har rett til informasjon. Holan og Forberg (2010) sier seg enige i dette, og mener det er veldig viktig med god og riktig informasjon slik at kvinnen kan ta informerte valg angående egen og barnets situasjon.

Sykepleier skal oppmuntre kvinnen og familien til å rapportere eventuelle bekymringer om forholdet til barnet, og egen fysiske og psykiske helse. Helsepersonell bør være forut, og spørre om hvordan hun og barnet har det, og om hun kjenner noen psykiske eller fysiske symptomer. Dersom helsepersonell oppdager tegn til psykiske problemer hos kvinnen skal dette følges opp, og i noen tilfeller henviser til spesialisthelsetjenesten (Holan og Forberg 2010). En viktig sykepleieoppgave på barselavdelingen kan være å enten videreformidle informasjon fra pasient til jordmor eller lege, eller å kontakte helsesøster, lege eller psykiater dersom det er tegn til noe som må videre til spesialisthelsetjenesten.

4.1.1 Tilknytningsprosessen

Resultatet fastslår at flere mødre uttrykker en redsel for ikke å oppnå en tilfredsstillende mor-barn relasjon. Uforstyrret kroppskontakt mellom mor og barn rett etter fødselen er av stor betydning for å etablere amming og tilknytning mellom mor og barn. (WHO 1998a). I følge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) anbefales det å legge barnet naken med forsiden mot morens bryst i minst en time eller til det har skjedd en naturlig start på ammingen. Tidlig uforstyrret kroppskontakt fører til at flere kvinner lykkes med ammingen, at barna er roligere, har en mer stabil temperatur og at det gir en bedre start på tilknytningen mellom mor og barn (Helsedirektoratet 2014). Holan og Forberg (2010) skriver i sin bok at det for noen kvinner kan ta lengre tid før tilknytningsprosessen er fullkommen. Noen opplever den sterkt og uventet ved første møte, mens andre ikke opplever den før lenge etter fødselen. Dette fører ofte til at mødrene blir urolige og bekymret, fremmer tanker om det å mislykkes som mor og er en risikofaktor for å utvikle barseldepresjon.

Holan og Forberg (2010) mener at en positiv tilknytningsprosess, samt hjelp fra helsepersonell til å sette ord på følelsene, vil være til god hjelp. Dette er Venheim (2010) enig i, der hun påpeker viktigheten av at forholdene tilrettelegges slik at tilknytningsprosessen kan videreføres.

Resultatet viser videre at en risikofaktor for barseldepresjon var en stressende atmosfære, og en følelse av at helsepersonell ikke hadde tid til å hjelpe. Venheim (2010) legger fram at liten tid og underbemanning fra personalet kan være et hinder for en god tilknytningsprosess mellom mor og barn. Mor kan trenge hjelp til å tolke barnets signaler, og dersom barnet gråter mye, og mor har en følelse av hjelpeløshet, vil dette raskt føre til en vond sirkel. Venheim (2010) mener at sykepleieren eller jordmorens oppgave vil være å bryte sirkelen ved å vise at en har tid til å hjelpe og lytte.

4.1.2 Forventning vs. realitet

I samsvar med resultatet viser Eberhard-Gran, Nordhagen, Bergsjø og Eskild (2003) i sin studie at kvinner i vår tid har høye forventninger om raskt å tilbakevende til jobb eller utdanning. Dagens tendens i den vestlige delen av verden er at flere barselkvinner bruker stadig mindre av den totale livstiden til graviditeter og barselomsorg. Dagens kvinner bruker altså mer tid på utdanning og lønnet arbeid (ibid). Holan og Forberg (2010) sier seg enige, og mener at barseltiden innebærer en stor forandring fra at livet reguleres etter klokka og gjøremål til en regulering etter barnets rytme. En barselid kan derfor gi en følelse av å være isolert og alene. Det at mødrene ikke klarer å leve opp til egen forventning om å fremstå som en lykkelig mor vil være en stor risikofaktor for å utvikle barseldepresjon (Holan og Forberg 2010, Eberhard-Gran et al. 2003). Eberhard-Gran et al. (2003) fremhever i sin studie at dagens samfunn stilles i stor kontrast til det kvinnefellesskapet som naturlig

hørte med barseltiden i «gamle dager», da det var mer vanlig å være hjemmeværende. Cullberg (1994) støtter dette, da han mener en endring i samfunnsstrukturen har blottstilt mennesker i livsfunksjonene. Han sier videre at grunnleggende elementer i den nyere tid har falt bort for en førstegangsfødende. Det ene er en slags tvungen avlastning og psykisk støtte til den nye mor. Det andre elementet er kjennskap til barnestell, som mange kvinner tidligere fikk ved å stelle småsøsken eller nabobarn. Cullberg (1994) mener også at førstegangsfødene i nyere tid ikke vet stort mer om barnestell enn det de får vite i brosjyrer eller fra helsepersonellets forklaring på barsel/fødeavdelingen. Cullberg ser på den psykiske utfordringen som en faktor som skaper en krisesituasjon for foreldrene, fordi de står uten erfaring og kunnskaper. En utviklingskrise eller livskrise er i følge Cullberg (1994) kriser som utløses av hendelser i dagliglivet. Det å få barn kan for mange oppleves som en utviklingskrise, der den sosiale identiteten og tryggheten trues. En sykepleier på barselavdelingen bør ha kunnskaper om disse ulike krisebegrepene slik at hun eller han lettere kan nå fram til barselkvinnen. Ved å forstå hva som kan oppfattes som en krise for den enkelte, kan sykepleieren ha bedre utgangspunkt for å gi god støtte og veiledning.

4.1.3 Fysiologisk, psykologisk og sosial endring

Å bære fram et barn innebærer en fysiologisk, en psykologisk og en sosial endring. Svangerskap, fødsel og barseltid henger nøye sammen, og tilknytningsprosessen som starter i fosterperioden danner grunnlaget for mor og barns gjensidige relasjon (Hagtvedt 2010). Resultatet viser at flere av mødrene hadde høye forventinger om at livet med et nytt barn skulle gi mye glede og koselige stunder. Flere opplevde at realiteten besto av utfordringer derav lite søvn og uidentifiserte følelser. Dette ble for mange forbundet med økt risikofaktor for å utvikle barseldepresjon. Hagtvedt (2010) mener kontroll og oppfølging av fosterets og kvinnens tilstand blir ivaretatt i svangerskapsomsorgen, men at oppmerksomheten i enda større grad bør rettes mot kvinnens opplevelse av, og forberedelse til å skulle bli mor. Den gravide kvinnes velbefinnende og holdning til det ventede barnet er avgjørende for hennes tilpasning under svangerskapet, i fødselen og i barseltiden (ibid). Som Martinsen (2003) fremstiller i sin omsorgsteori, må sykepleieren forstå den andre for å yte hjelp. For å spørre hvilken indre, privat betydning hendelsen har for vedkommende, vil sykepleieren kunne forstå hvorfor den ene reagerer svært sterkt på noe, mens en annen vil reagere lett på samme hendelse. Det vil derfor være en fordel for sykepleieren å ha kjennskap til det enkelte menneskets biografi og utviklingshistorie, aktuelle livsperiode og sosiale forutsetninger samt familiesituasjonen.

4.2 Behovet for profesjonell støtte

4.2.1 Barselopphold

Resultatet viser at flere kvinner sitter igjen med en følelse av å bli kastet ut av sykehuset.

Barselopphold på sykehus blir stadig kortere, og foreldrene reiser hjem relativt raskt etter fødselen. For kvinner med normale fødsler, vil et opphold være på 48-72 timer (Holan og Forberg 2010). For sykepleieren stilles det desto større krav til at dokumenteringen blir gjort godt. Helsepersonelloven (2014§39,§40) fastslår at den som yter helsehjelp skal dokumentere i pasientens journal på en god yrkesetisk måte. For at pasienten skal få et best mulig opphold, kan en primærsykepleier ha ansvar for hver sin barselkvinne. Færre helsepersonell i kontakt med pasienten kan føre til bedre kontinuitet i arbeidet mot å trygge barselkvinnens følelse av å mestre som mor. Det stilles krav til at helsehjelpen er faglig forsvarlig. Pasientdokumentasjon, tydelig arbeidsfordeling og innrettede arbeidsoppgaver ut fra kompetansenivå er noen krav som gjør at sykepleiernes arbeidsoppgaver blir faglig forsvarlig (Orvik 2004).

Spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for barselomsorgen, mens kommunehelsetjenesten er ansvarlig for helsestasjonene med videre oppfølging av mor og barn. Nedkorting av barseloppholdet for å spare økonomisk har ikke ført til økte ressurser i kommunehelsetjenesten. Er helsetjenesten da bygd godt nok opp til å ta vare på disse kvinnene? (Heiberg 2010). Med stadig kortere liggetid på barselavdelingene vil depresjoner sjelden oppdages der. Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud (2014) sier i sin studie at det å dele med omverdenen at en sliter psykisk etter fødselen kan være vanskelig. Studien viser videre at å skjule disse følelsene er et svært vanlig fenomen, noe som gjør det vanskelig for helsepersonell å oppdage problemene. John Cox og hans kolleger fant derfor opp EPDS skjemaet, og flere studier viser at Edinburgh postnatale depresjonsskår (EPDS) er et velegnet verktøy til bruk for å kartlegge kvinner med begynnende eller allerede utviklet barseldepresjon (Berle 2010, Eberhard-Gran et al. 2014).

Kvaliteten på omsorgen er ikke nødvendigvis avhengig av lengden på oppholdet på fødeinstitusjonen. Hovedsaken er at den omsorgen som blir gitt er tilstrekkelig (WHO 1998b). Kari Martinsen (2003) legger vekt på pleierens evne til sanselig forståelse, med spesielt fokus på det kliniske blikket. Hun mener videre at en forståelse av det en ser, vil hjelpe til med å forstå virkeligheten rundt en, og bidra til tilstrekkelig omsorg.

Tilbudet om barselhotell gjør at de kvinnene med særskilte behov for pleie og omsorg, får dette dekket. Selv om et tilbud om å legge barselkvinner og nyfødte på hotell kan føre til ytterligere oppstyking av omsorgstilbudet, har det også sin fordel ved at far og eventuelle barn har anledning til å bo sammen med mor og det nyfødte barnet (Tangen 2005).

4.2.2 Informasjon fra profesjonelle

Det fastslås i resultatet at en risikofaktor for å utvikle barseldepresjon er at svært mange mødre får for lite informasjon på barselavdelingen om de psykiske og fysiske forandringene som skjer etter en graviditet og fødsel. I følge Holan og Forberg (2010) har kvinner ulik erfaring, slik at det stilles krav til at informasjon og hjelp må tilpasses den enkelte. Dette er noe som inngår i Martinsens (2003) omsorgsteori, der hun understreker at omsorg ytes på grunnlag av pasientens premisser.

Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) anbefaler at foreldrene skal motta muntlig og skriftlig informasjon og opplæring tilpasset barseltiden. Det anbefales individuell tilpasset støtte, fremfor gruppebasert og rutinemessig støtte. Riktig og nok informasjon kan bidra til trygghet, noe som gir mor og far et bedre utgangspunkt for å mestre sine roller som foreldre.

I løpet av de seks ukene barseltida varer, skjer det en rekke anatomiske og fysiologiske endringer for barselkvinnen. For å redusere sannsynligheten for komplikasjoner og urealistiske forventninger for kvinnens barselopphold, må det derfor gis informasjon om de ulike forandringene kvinnen gjennomgår (Holan og Forberg 2010).

Jordmor eller sykepleier må gi informasjon om at sammentrekking i livmoren er en naturlig prosess, og at det ofte kan gjøre vondt. Det vil være en følelse av etterier og kommer spesielt i forbindelse med amming, da oxytocinfrigjøringen fører til sammentrekninger av livmormuskulaturen (Holan og Forberg 2010). Informasjon om personlig hygiene er viktig for å minske infeksjonsfaren ved eventuelle rifter. Bekkenbunnen får stor belastning under fødselen, og opptrening i bekkenet vil være viktig for det seksuelle samlivet og senere urinkontinens (Tangen 2005).

Kvinnen og hennes partner bør få informasjon om de normale emosjonelle reaksjonene som kan oppstå, hva som kan være tegn på depresjon og behandlingsforløp dersom en depresjon skulle forekomme (Holan og Forberg 2010). Å ha barselstårer regnes som en normalreaksjon, og symptomene består oftest av følelsesmessig labilitet, gråtetokter, irritabilitet, søvnvansker, svekket konsentrasjon- og hukommelse og subjektiv opplevelse av forvirring (Berle 2010). En viktig sykepleieoppgave vil være å gi kvinnen tilstrekkelig informasjon om de vanligste symptomene. Dette vil hjelpe kvinnen til selv å identifisere dersom mer alvorlige symptomer skulle oppstå (ibid).

Samtaler, råd og veiledning, med fokus på familie, hvorav ektefelle eller samboer, vil være aktuell oppfølging ved moderate og kortvarige depresjoner i barseltiden. Ut i fra alvorlighetsgrad på den enkelte kvinnen vil det vurderes om oppfølgingen skal skje på helsestasjon, hos primærlege eller ved psykiatrisk poliklinikk (ibid). Sykepleieren kan også ha ansvar for å gi kvinnen og faren informasjon om hvilken påvirkning mors depresjon vil ha for både mor og barn, slik at de forstår viktigheten av å oppsøke hjelp.

I følge Berle (2010) får ikke barnet den omsorgen det så sår trenger dersom mor er deprimert. Langvarig og ubehandlet depresjon kan forstyrre mor-barn-tilknytningen, som er uheldig for barnets utvikling, men også for kvinnens selvfølelse.

Resultatet viser at en stressende atmosfære gjør det vanskelig for barselkvinnen å slappe av, samt samle krefter etter fødselen. En usynliggjøring ble for mange assosiert med barseloppholdet, der de følte at sykepleieren ikke viste interesse for deres følelser og barnets helse. Det fremkommer i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) at helsepersonell i barselavdelingen skal sørge for avlastning ved sliten mor med urolig barn, og/eller at barnets far bidrar til avlastning dersom kvinnen har behov for hvile. Et viktig formål med barseltiden er at kvinnen får hvile ut etter fødselen og bli kjent med det nyfødte barnet (helsedirektoratet 2014).

Det fremkommer i Wilkins (2006) studie at negative eller nedlatende holdninger fra helsepersonell fører til at mødrene ikke føler seg trygge i morsrollen. Andre mødre forsøker å klare seg selv for og ikke bry personalet. Dette fører til mye frustrasjon og fortvilelse. Martinsen (2003) mener at moralen skal komme til uttrykk i måten å være på, noe som gjør at et personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering skal komme til syne i måten vi utfører ulike handlinger. Martinsen (2003) mener at dersom dette ikke imøtekommes, klarer vi ikke å gi en helhetlig sykepleie.

4.2.3 Mor-barn-vennlig sykehus

Verdens helseorganisasjon og helsemyndigheter verden over anbefaler amming (WHO 1998a). Morsmelk er den beste ernæringen for spedbarn, og ammingen har positive helseeffekter for både mor og barn (Nylander 2010).

Mangel på fysisk ammehjelp og for lite informasjon om amming, førte til mye usikkerhet og engstelse for barselkvinnen. Opplevelsen av å ikke mestre ammingen var for svært mange en stor risikofaktor for å utvikle barseldepresjon. Martinsen (2003) mener at omsorg er mer enn en grunnholdning - det er også en praktisk handling. Sykepleierens oppgave kan være og fysisk hjelpe kvinnen til å legge barnet godt til rette, samt observere sugeteknikk og ammestilling.

I følge Nylander (2010) kan flere kvinner oppleve ammingen som et ork, spesielt den første tiden. De blir slitne av avbrutt nattesøvn, føler seg udelikate med lekkende bryster eller blir oppgitte av problemene som kan dukke opp, som sårhet, melkespreng eller brystbetennelse. Støtten fra omgivelsene vil i slike tilfeller være uhyre viktig. For helsepersonell vil det være viktig å informere og veilede om riktig ammeteknikk og sugetak for å forhindre komplikasjoner (Nylander 2010). Den første tiden er mest kritisk for det videre forløpet (Helsedirektoratet 2014).



For å unngå såre brystknopper vil et godt sugetak fra barnet være viktig. Barnet skal ligge tett inntil mor, uten at det blir drag i brystet. Barnets munn skal dekke det meste av areola, og brystknoppen skal ligge godt mot barnets gane (Nylander 2010)

Bildet er hentet fra google.

I følge Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) kan det for at barnet skal få godt tak, være hensiktsmessig å stimulere brystknoppen før barnet legges til. Dette er Nylander (2010) enig i, og legger til at det, for å unngå såre sprekker og såre bryst, er viktig for sykepleieren og ikke dra barnet fra brystet under amming. Dersom ammingen må avbrytes, stikkes først en finger inn mellom barnets gomme slik at vakuemet og sugeseffekten opphøres.

Oppbløtt hud vil også disponere for sårhet, og informasjon om lufting av brystet vil være av betydning for mor (ibid). For noen kvinner kan en opplevelse av at de har for lite melk, være en stressfaktor, som igjen kan være utløsende for barseldepresjonen. For helsepersonell er det viktig å lytte til kvinnens bekymring, og deretter kartlegge ammehyppighet, forventninger og barnets sugesevne (Nasjonalt kompetansesenter for amming 2009). I følge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) er en vektning på opptil 10 % etter fødsel normalt. Nylander (2010) mener at informasjon om normal vekstnedgang og riktig ammeteknikk vil bidra til å berolige mor og bedre ammingen.

Resultatet viser at mødre opplevde manglende kunnskaper hos personalet knyttet opp mot amming. Ulik informasjon og utydelig veiledning kan for barselkvinnen føre til en følelse av å være utrygg, og gi manglende relasjonsbygging mellom pasient og profesjonell.

Kristoffersen og Nortvedt (2011) mener de grunnleggende sykepleierferdighetene både krever teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Å observere pasientens reaksjoner, og samtidig gi aktuell informasjon krever at den motoriske ferdigheten er innarbeidet, slik at oppmerksomheten i større grad kan rettes mot pasienten. Måten en handling gjøres på er viktig for pasienten, og gjennom

personlig egnethet, læringsprosess og kompetanse former sykepleieren sin individuelle væremåte (ibid).

Martinsen (2003) mener at en bevarer pasientens autonomi ved å benytte den faglige merforståelse som har til hensikt å gagne den enkelte pasient mest mulig. Haugen (2001) legger til at mennesker er ulike individ, og at den hjelpen som tilbys derfor må gjenspeiles fra den hjelpetrengende tilstand. Noen er svært åpne om å snakke om barnet og hvilken hjelp de trenger, mens andre kan være avvisende ovenfor personalet. Haugen (2001) mener med det at tålmodighet og varsomhet er nøkkelord for sykepleieren å inneha, for å nå inn til disse kvinnene.

4.2.4 Amming gir fordeler for mor og barn

Som resultatet viser vil et økt velbehag hos mor minske risikoen for å utvikle barseldepresjon. Barnets søking mot brystet stimulerer brystene, slik at oksytosin skiller ut fra hypofysen. Oksytosin kalles kjærlighetshormonet, og dette hormonet bidrar til en økt følelse av velbehag, samtidig som det bidrar til å knytte bånd mellom mor og barn (Nylander 2010). Hansen (2010) understreker også at råmelken har en gunstig effekt på modningen av barnets tarm og barnets eget immunsystem. Morsmelkernæring har videre blitt assosiert med en bedre kognitiv utvikling. For mor vil hormonet oksytosin som dannes ved hver amming, føre til at utdrivningsrefleksen fungerer og at livmoren trekker seg godt sammen. Amming gir samtidig en redusert risiko for brystkreft og eggstokkreft (Nylander 2010, Hansen 2010, Nasjonalt kompetansesenter for amming 2009).

I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) foreslås det at en kvinne som ønsker å amme enten får være på barselavdelingen inntil ammingen er godt etablert, eller at føde/barselavdelingen har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp både ved hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell og ved konsultasjon på helsestasjon. Tufte (2005) mener likevel at mange kvinner slutter å amme før de hadde planlagt, ofte på grunn av problemer som kunne vært løst med kvalifisert og tilstrekkelig oppfølging. I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) står det at behovet for hjelp til amming og støtte til psykiske og fysiske utfordringer skal vurderes individuelt før kvinnen og barnet kan reise hjem. Men Holan og Forberg (2010) mener at kort liggetid på barselavdelingen, samt mødrenes ønske og forventning av å være en «god mor», fører til at flere drar hjem uten at den psykiske og fysiske støtten er fullkommen.

Et mor-barn-vennlig initiativ med Ti trinn for vellykket amming har vist seg velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming (WHO 1998a) I følge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) anbefales det at mor-barn-vennlig sykehus med Ti trinn for vellykket amming er

minstestandard for svangerskap, fødsel og- barselomsorgen. Helsepersonellet skal også være utdannet i henhold til disse kravene. *Se vedlegg 4.*

Til tross for god tilrettelegging og støtte fra helsepersonell, vil det være kvinner som ikke ønsker eller kan amme. For disse kvinnene er det viktig med god informasjon om morsmelkerstatning. En viktig sykepleieroppgave kan være å vise alternative metoder som gjør at mor-barn relasjonen opprettholdes ved f. eks å gi hjelpebryst. I følge Hansen (2010) er det viktig for helsepersonell å huske på at amming ikke er ensbetydende med *fullamming*, og at det for noen kvinner kan være svært positivt og bare gi litt av egen melk, samtidig som morsmelkerstatning gis som tillegg.

Det anbefales å gi en mulighet for kvinnen/paret å snakke med jordmor og/eller lege om fødselsforløpet før hjemreisen (Helsedirektoratet 2014). En viktig sykepleieroppgave kan være å informere jordmor om barselkvinnens opphold, og evt. komme med forslag til hva jordmor kan snakke med kvinnen om, ut ifra observasjoner gjort på barselavdelingen.

4.3 Behovet for sosial støtte fra omgivelsene, familie og venner

Ut i fra resultatet har støtte fra familie og venner en beskyttende effekt mot barseldepresjon. Mødrene opplevde en stor forskjell på den psykiske og praktiske hjelpen. Resultatet viser at mødrene hadde et stort behov for at partneren skulle forstå deres bekymringer og følelser.

I følge Martinsen (2003) er omsorg et forhold, en relasjon, mellom minst to mennesker. Martinsen skiller mellom to slags omsorgsrelasjoner, som hun kaller balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Den uegennyttige gjensidigheten kjennetegnes av altruisme og hjelp, der den ene parten hjelper den andre uten å forvente noe tilbake. Den balanserte gjensidigheten er derimot en omsorg preget av et likeverdig forhold, der begge parter gir og mottar omsorg.

Wilkins (2006) sier i sin studie at fedrene opplever at de i for liten grad forberedes og støttes i sine opplevelser under svangerskap og fødsel. Venheim (2010) er enig i dette. For mannen kan det være vanskelig å finne sin rolle. Mannen blir sjelden snakket direkte til under konsultasjoner – likevel er det forventninger om at han deltar og engasjerer seg. Som resultatet viser forventer mødrene ofte at fedrene skal kunne forstå deres følelser, samt at de skal kunne avlaste dersom mor blir sliten.

Samspillet mellom de nye foreldrene kan bli nokså turbulent og forvirrende. Tangen (2005) mener at begge parter må gjøres oppmerksomme på betydningen av å søke hjelp dersom kommunikasjonen og samhandlingen blir vanskelig. Hun mener også at det er viktig å inkludere far i fellesskapet. En viktig sykepleieroppgave kan være akkurat dette. Sykepleieren på barselavdelingen kan ha ansvar for

at far får den samme informasjonen og den praktiske veiledningen i forhold til å ta vare på et nytt barn. Mercer (2004) seg enig i sitt review. Det kommer fram i studien at fedre som får muligheten til å bli kjent med barnet sitt de første dagene, blir mer aktive i rollen enn fedre som ikke har denne muligheten. Samtidig som at far får mulighet til å engasjere seg, kan en annen sykepleieroppgave være å informere far om hvilke psykiske utfordringer mor kan møte. En god veiledning og støtte til far, kan føre til at han gir bedre psykisk og praktisk støtte til mor.

Negative holdninger og lite åpenhet fra familien ble rapportert fra flere mødre. Familiene i resultatet ønsket ikke å bli assosiert med tabuet om å ha tilknytning til barseldepresjon. I følge Cullberg (1994) betraktes familien som et system. Vansker for et medlem kan derfor virke inn på hele familien. Flere kvinner i resultatet var også redde for å bli stigmatisert, og valgte derfor å skjule depresjonen på best mulig måte.

Håkonsen (2011) mener at en person i krise ikke nødvendigvis selv klarer å oppsøke hjelp, hvilket gir et ansvar til helsepersonell og sosialarbeidere om å bidra til at det etableres kontakt med hjelpeapparatet. Håkonsen påpeker at det er svært viktig å ta initiativ til at familie, venner og naboer mobiliseres. Både Kari Martinsens omsorgsteori (2003) og Håkonsen (2011) påpeker viktigheten av gjensidig avhengighet. Ved å snakke om sine bekymringer, omgjøres vanskelige følelser om til ord, noe som gjør det enklere å danne et utgangspunkt for noe som kan korrigeres eller utforskes videre på. Håkonsen (2011) får fram viktigheten av å få støtte fra mennesker i sine nære omgivelser, og at denne støtten vil være en viktig mestringsstrategi. Han sier seg enig i Kari Martinsens begrep om balansert gjensidighet, der han sier at sosial støtte fra andre blir en slags «buffer» mot mange av de påkjenningene som negativt stress og belastninger kan føre til. Håkonsen sier videre at mennesker i et fellesskap, der viktige erfaringer deles, vil ha mindre forekomst av stressrelaterte lidelser.

Dette stemmer også overens med Wilkins (2006) studie, der det kommer fram at en trygghet og tiltro fra omgivelsene fører til økt sikkerhet i måten å mestre morsrollen på. En åpen holdning, aksept for å kunne være uvitende, gjøre feil, dele sine opplevelser med andre og be om hjelp uten å være redd for å bli kritisert var viktige elementer som var med på å fremme læringsprosessen på veien mot en trygg morsrolle. En viktig rolle for sykepleieren kan være å ha ansvar for å informere samfunnet om de psykiske forandringene som kan forekomme i forbindelse med å få et nytt barn.

Evans, Donelle og Hume-Loveland (2011) fant i sin studie at mange mødre fant mye støtte ved å bruke ulike forum på internett. En mulighet for å være ærlig, anonym og samtidig få råd, tilbakemelding og bekreftelse fra andre mødre i samme situasjon, var for mange forebyggende for deres barseldepresjon. Ved at jordmødre eller andre helsearbeidere med bred kunnskap om barseltiden benytter seg at internett, vil det gi en bedre tilgjengelighet for usikre mødre som ikke

ønsker å oppsøke fysisk hjelp. Sykepleieren kan her ha som oppgave å informere om muligheten for veiledning og støtte fra profesjonelle på internett.

4.3.1 Tidligere livshendelser

Et svangerskap, fødsel og barseltid kan for mange oppleves som en stor glede. Men det er viktig å huske på at det også er noen som har med seg en større bagasje inn i denne perioden enn andre (Laache 2010). Som resultatet viser var tidligere livshendelser årsak til flere av mødrenes barseldepresjon. Nedsatt fysisk funksjonsevne og fødselsangst på grunn av tidligere traumatisk fødsel, liten støtte fra partner, seksuelle overgrep eller liten omsorgsbyrde i barndommen kan være faktorer som gjør svangerskap, fødsel og barseltiden litt vanskeligere for noen (ibid).

God oppfølging før fødselen samt gode observasjoner i barseltiden vil bidra til å kartlegge om kvinnen trenger ekstra oppfølging enn det som blir gjort på barselavdelingen (Venheim 2010). Hamre (2010) mener at det anbefales at kvinnen skriver en god anamnese som danner grunnlaget for samtalene i svangerskapsomsorgen. Dette vil være av fordel for kvinnen, fosteret og barnet.

Hensikten vil være at jordmor får mulighet til å fange opp kvinnens ressurser og forebygge problemer som vil ha betydning for senere fødsel og barseltid (ibid). Hamre (2010) sier videre at kvinner som får god oppfølging tidlig i svangerskapet, vil føle større trygghet, noe som gjør at de i større grad våger å komme fram med tidligere problematiske opplevelser.

Jo tidligere kartlegging av kvinnens problem, desto bedre individuell oppfølging vil helsepersonell på barselavdelingen kunne gi for å unngå av kvinnen opplever en barseldepresjon (ibid).

4.4 Metodediskusjon

De appliserte søkestedene er anerkjente databaser. Under opplæring på skolen ble det introdusert spesielt tre databaser (medline, Zinahl og Svemed), som derfor er mye benyttet som søkested for de inkluderte artiklene. Søkeordene ble utvalgt på bakgrunn av studiens hensikt (se vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). 9 kvalitative og 3 kvantitative artikler ble funnet, og dannet dermed grunnmuren for studien. Det å finne relevante og gode artikler viste seg å være en svært tidkrevende prosess. Kombinasjonen OR og AND i samsvar med gode søkeord, viste seg å være viktig for å få fram ønsket artikler.

Av de 12 inkluderte artiklene er 2 fra USA, 1 fra England, 3 fra Australia, 3 fra Sverige, 2 fra Norge og 1 fra Finland. Funnene kan ses på som valide, i og med at de ulike studiene i stor grad samsvarer til hverandre. 6 artikler fra nordiske land er med å forme studien, noe som gjør den svært relevant i forhold til vestlig og norsk kultur.

Det er 1 artikkel fra 2005 og 4 artikler fra 2006. Dette er henholdsvis 9 og 8 år gamle artikler. Dette kan være en svakhet, ut ifra at sykepleiepraksisen samt organiseringen på de ulike barseloppholdene kan ha endret seg i løpet av de siste 8-9 årene. Dalland (2012) mener alle studenter bør stille seg kritisk til eldre forskning, men på grunnlag av at funn fra 2006 og 2012 til en stor grad samsvarer, ble de eldre artiklene derfor inkludert. En slik dybde på studien kan også ses på som en styrke der både nye og eldre funn samsvarer.

Ut ifra studiens hensikt er det en styrke at 9 av artiklene er kvalitative. Hensikten ønsket å belyse mødrenes egne opplevelser knyttet opp mot barseldepresjon, og dette ble svært godt fremstilt i de kvalitative artiklene. De 3 kvantitative artiklene ga også svært relevante funn, og ble i hovedsak inkludert for å få et utvidet perspektiv på hvor mange som faktisk oppga negative opplevelser knyttet opp mot barselomsorgen og sosial psykisk og fysisk støtte.

Flere av artiklene benytter begrepet *helsepersonell*. En styrke ved studien er at den er tro mot sine kilder der helsepersonell også blir gjengitt som begrep, men samtidig blir sett i et sykepleieperspektiv. Oppgaven viser til eksempler på sykepleieutøvelser.

Studien diskuterer hovedsakelig opp mot nyeste kilder. Retningslinjene for god barselomsorg ble offentliggjort 9. april 2014, og danner sammen med Kari Martinsens omsorgsteori grunnmuren for studiens diskusjonskapittel. Omsorgsteorien som er valgt samsvarer godt til annen litteratur som ligger til grunn for studien. Flere teoretikere kunne vært trukket inn, men ble ekskludert på grunn av studiens omfang.

De inkluderte artiklene ble kvalitetssikret ved bruk av et anerkjent vurderingsverktøy. Andre vurderingsverktøy finnes, men ble ikke vurdert på grunn av tid og ressurser.

Studiens resultatdel er bygd opp på grunnlag av 3 hovedkategorier. De tre kategoriene er komplekse, og henger nøye sammen. Noen av kategoriene var vanskelig å finne på grunnlag av sammensatte resultat. Dette gjenspeiles i resultatdiskusjonen, der det fort blir en del flytende overganger fra en overskrift til den andre. På en annen side vil dette også være en av studiens sterke side. Ved å belyse de ulike aspektene ved sykepleierutførelsen opp mot hvilke risikofaktorer og behov mødrene i artiklene har, vil ikke overgangene være så tydelige. Dette på grunnlag av at kvinnekropp, fødsel og barselomsorg er et helhetlig system der flere faktorer må tas hånd om før eventuelle problem/risikofaktorer kan avdekkes og deretter forebygges.

I resultatdiskusjonen ble det et ganske stort fokus på ammeproblematikk i forhold til risikofaktorer for å utvikle barseldepresjon. Grunnlaget for å ha et stort fokus på ammeproblemer gjenspeiler seg

ut ifra de funnene som ble presentert i resultatet. Det viste seg at ammeproblem var en stor risikofaktor for utvikling av barseldepresjon, i tillegg til at det er en viktig del av både mor-barn tilknytningen, morsfølelsen og danner mye av grunnlaget for behovet for sosial og profesjonell støtte.

5.0 Konklusjon

- Forskningslitteratur viser at manglende sosial støtte fra partner, familie og venner, manglende støtte fra profesjonelle, ulike forventninger til det å bli mor samt en følelse av og ikke mestre morsrollen (en «dårlig mor») var hovedfaktorene for å utvikle barseldepresjon hos nye mødre.
- Studien fastslår av flere av mødrene opplever manglende fysisk amnehjelp. Og ikke mestre ammingen kan føre til en opplevelse av å mislykkes som mor.
- Det er svært viktig at mødrene opplever støtte, både fra profesjonelle og fra omgivelsene. Ved god støtte og aksept for å slite psykisk etter fødselen vil flere klare å være åpne om den tunge tiden. Studien viser at åpenhet rundt utfordringene en møter i forbindelse med å bli foreldre har en god effekt på bearbeidelsen av en eventuell barseldepresjon.
- Som sykepleier er det viktig å ha et helhetlig omsorgssyn. Omsorgens relasjonelle og moralske side samt sykepleierens praktiske handlinger stammer fra Martinsens omsorgsteori.
- Oppgavens tema er av stor betydning for sykepleiere både i Norge og i resten av verden. Mødre i svangerskap og i barseltid er en sårbar gruppe mennesker. De trenger å bli møtt med respekt og helhetlig omsorg.
- Mer kunnskaper om hvilke konsekvenser barseldepresjon kan ha for kvinnen og barnet er ønskelig. Mer kunnskap om tema vil danne en større åpenhet. Dette kan føre til at oppsøking av hjelp blir enklere for den rammede familie.
- Det er ønskelig med mer forskning på effekten av ulike typer amnehjelp, og hvor og når denne hjelpen skal gis for å gi mest mulig tilfredse mødre.
- Videre kartlegging over hva som kan være utslagsgivende for kvinnes barseldepresjon er viktig, slik at sykepleiere og annet helsepersonell kan gi helhetlig omsorg og forebygge eventuelle risikofaktorer for barseldepresjon.

Referanser

Ammehjelpen (2010). *Ti trinn for vellykket amming*. Hentet 12.05.14 fra

<http://ammehjelpen.no/nyhet/141/10-trinn-for-vellykket-ammig>

Berle J. Ø. (2010). *Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel* i: Holan S. og Hagtvedt M.L. (red). *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid* (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Bilszta J., Ericksen J., Buist A. og Milgrom J. (2006). Women`s experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of advanced nursing*, 27(3), 44-54.

Buultjens M. og Liamputtong P. (2006). When giving life starts to take the life out of you: women`s experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23, 77-91.

Cross-Barnet C., Augustyn M., Gross S., Resnik A. og Paige D. (2012). Long-term Breastfeeding support: Failing mothers in need. *Matern Child Health J*, 16, 1926-1932.

Cullberg J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utgave). Gjøvik: Aschehoug.

Dalland O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dørheim S. K., Bondevik G. T., Eberhard-Gran M. og Bjorvatn B. (2009). Sleep and Depression in Postpartum Woman: A population-Based Study. *SLEEP*, 32(7), 848-855.

Eberhard-Gran M. (2011). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Utposten*, 1, 31-35.

Eberhard-Gran M., Nordhagen R., Heiberg E., Bergsjø P. og Eskild A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 24(123), 3553-3556.

Eberhard-Gran M., Slinning K. og Rognerud M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(134), 297-301.

Edhborg M., Friberg M., Lundh W. og Widstrøm A-M. (2005). «Struggling with life». Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal og Public Health*, 33, 261-267.

Evans M., Donelle L. og Hume-Loveland L. (2011). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patients Education and Counseling*, 87(2012), 405-410.

Forsberg C. og Wengström Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier (3.utgave). Stockholm: Natur och Kultur.

Google (2014), bilde i diskusjonen, https://www.google.no/search?q=amming&client=firefox-a&hs=jil&rls=org.mozilla:nb-NO:official&channel=sb&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ei=0XVfU_m6GMSp4gT1oIB4&ved=0CAgQAUoAQ&biw=1366&bih=639#facrc=&imgdii=&imgrc=GJTRJiDf2XMxHM%253A%3B3eP8D2JL0QuTrM%3Bhttp%253A%252F%252Fgronnogskjonn.com%252Fwp%252Fwp-content%252Fuploads%252F2009%252F05%252Famme.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fgronnogskjonn.com%252F2009%252F05%252Famming-er-sunt%252F%3B400%3B267 [Lastet ned 20.04.14]

Haga S. M. (2011). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy and emotional regulation*. (Doktoravhandling, Oslo Universitet). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18162/dravhandling-haga.pdf?sequence=3>

Haga S. M., Lynne A., Slinning K. og Kraft P. (2011). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 458-466.

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

Hall P. (2006). Mothers experiences of postnatal depression: An interpretative phenomenological analysis. *Community Practitioner*, 79(8), 256-260.

Hamre B. (2010). *Svangerskapsomsorg i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Hansen M. N. (2010). *Ammeveiledning i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Heiberg M. (2010). *Organisering av svangerskaps-fødsels- og barselomsorgen i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Helsedirektoratet (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen*. Hentet 25.04.2014 fra http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Publikasjoner/IS_2057_Barsel_retningslinjer_fullversjon.pdf

Hansen M. N. (2010). *Mor-barn-vennlige sykehus* i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde (1.utgave). Oslo: Akribe.

Haugen I. E. (2001). *Sykepleie av barselkvinnen* i: Haugen I.E. Svangerskap, fødsel og barseltid (6.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holan S. og Forberg B. (2010). *Barseltiden* i: Holan, S. og Hagtvedt, M.L(red.) Det nye livet- svangerskap, fødsel og barseltid (2.utgave). Bergen: Fagboklaget.

Håkonsen K. M. (2011). *Kriser og mestring* i: Håkonsen K.M. Innføring i psykologi (4.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kauppi A., Kumpulainen K., Vanamo T., Merikanto J. og Karkola K. (2008). Maternal depression and filicide – case study of then mothers. *Arch Womens Ment Health, Springer*, 11, 201-206.

Kirkvoll M. (2003). *Kari Martinsens omsorgsteori* i: Kirkvoll M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen N. J. og Nortvedt P. (2011). *Relasjon mellom sykepleier og pasient* i: Kristoffersen N.J., Nortvedt P. og Skaug E-A.(red). Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar (2.utgave, bind 1). Oslo: Gyldendal akademisk.

Laache I. (2010). *Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid* i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde (1.utgave). Oslo: Akribe.

Lov om helsepersonell (2001). (2014). *Plikt til å føre journal, §39, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet*. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [Lastet ned 28.04.14]

Lov om helsepersonell (2001). (2014). *Krav til journalens innhold m.m., §40*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [Lastet ned 28.04.14]

Lov om pasient og brukerrettigheter(2001). (2014). *Pasientens og brukerens rett til informasjon*, § 3-2, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [Lastet ned 28.04.14]

Martinsen K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk filosofiske essays* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Meberg A. og Wataker H.(2010). Familiefokusert nyfødtomsorg. *Den norske legeförening*, 17, 1730-1731.

Mercer R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.

Milgrom J., Gemmil A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Erickson J., Ellwood D. og Buist A. (2007). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(2008), 147-157.

Moore E.R. og Coty M-B. (2006). Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy and intension. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), 35-46.

Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009). *Ammeveiledning*. Hentet 20.04.2014 fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklubben/Nasjonale%20kompetansetjenester/Amming/Perm%2016%20desember%202009.pdf>

Nylander G. (2010). *Amming i*: Holan S. og Hagtvedt M.L.(red) Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Orvik A. (2004). *Organisatorisk kompetanse fremmer faglig forsvarlighet i*: Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid (1.utgave). Oslo: Cappelen Akademisk.

Polit D. F. og Beck C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for nursing practice* (9.Utgave). Wolters Kluwer Health | Lippincott Whilliams og Wilkins S.

Reinar L. M. (2010). *Barselomsorg i: Brunstad, A og Tegnander E(red) Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Robertson P., Curtis R., Lasher R., Jacques S. og Tom J S. (2013). Experiences of Postpartum Mood Disorders of Women With More Than One Child. *The family journal*, 21(4), 435-442

Rudman A. og Waldenstrøm U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(128), 1-14.

Slinning K., Holme H. og Valla L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 21, 69-73.

Tammentie T., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. og Tarkka M.T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of clinical nursing*,13, 65-74.

Tangen A. M. (2005). *Når livet blir til* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tufte E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer* (Master of public health, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap). Hentet 28.04.14 fra http://nhv.episerverhotell.net/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH2005-32_E.Tufte.pdf

Venheim M.A. (2010). *Barselomsorg i: Brunstad A. og Tegnander E. (red). Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Wilkins C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22 (2), 169-180.

World Health Organization (1998a). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Hentet 07.05.2014 fra http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (1998b). *Postpartum Care of the Mother and Newborn: A practical guide*.

Hentet 20.05.2014 fra http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf?ua=1

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Databaser og dato for søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff etter avgrensninger	Antall lest abstrakt	Antall valgt + navn på artikkel
Medline 20.03.14	Breastfeeding AND Challenges	14	English Full text Abstract Year 2005-current	7	2	1 Long-term breastfeeding support: Failing mothers in need
Medline 20.03.14	Breastfeeding benefits	29	Abstract Full text English	10	1	1 Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy and intension
Medline 21.03.14	Postpartum depression OR depression, postpartum AND Maternal mothers OR mothers AND Experiences	61	Year 2005-current Full text English Abstract	31	12	4 Mothers experiences of postnatal depression: an interpretative phenomenological analysis. When giving life starts to take the life out of you: women`s experiences of depression after childbirth. Critical views on postpartum care expressed by new mothers Maternal depression and filicide – case study of then mothers.
CINAHL 22.03.14	Postpartum depression AND Experiences OR life experiences	25	Full text Abstract English Year 2005 – current	9	4	2 A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers Women`s experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care

CINAHL 28.03.14	Postpartum depression AND Risk factors	138	Abstract Full text Female Danish English Norwegian Year: 2004- 2013	35	5	1 Sleep and Depression in Postpartum Woman: A population-Based Study
Svemed 24.04.13	Svangerskaps- depresjon	75	Depression postpartum Female	70	4	1 Struggling with life – narratives from women with signs of PPD
Manuelt søk 24.03.14	Funnet artikkel via artikkelsøk i svemed. Søkt opp artikkelnavnet i google scholar.					1 Experiences of postpartum mood disorders of women with more than one child
Manuelt søk 28.04.13	Funnet artikkel ved å se i referanselisten til en fagartikkel med tilknytning til tema. Søkt opp artikkelnavn i google scholar.					1 Ateral risk factors for postnatal depression: A large prospektive study.

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter: År: Land: Tidsskrift:	Tittel på artikkel	Studiens hensikt	Metode	Deltakere/ bortfall	Hovedfunn	Kommentar i forhold til kvalitet
Moore E.R. og Coty M-B. (2006) USA Journal of Pediatric Health Care	Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self- efficacy and intension	Hensikten er og utforske hvordan mødrenes tidligere holdninger angående forventet støtte, utfordringer, tilrettelegging og amming forandret seg etter å ha opplevd en barselperiode.	Kvalitativ	8 kvinner ble intervjuet.	Barselgruppen – Amming er en utfordring. Mødrenes humør var påvirket av barnets amming. God støtte fra profesjonelle var viktig for god amming. Mange opplevde manglende støtte. Tidligere erfaringer, mestring og råd fra familie og venner spilte en rolle for mødrenes selvtilit når det gjaldt amming.	Det er ikke nevnt i artikkelen om den er etisk godkjent. Artikkelen tas med i henhold til at det er brukt samme intervju gaid i alle intervjuene. Intervjuerne har fått god opplæring ift. kvalitativ metode. Mødrene ble intervjuet før og etter fødslene, slik at de kunne reflektere

						over om forventningene svarte til hvordan det faktisk var.
<p>Hall P. (2006)</p> <p>England</p> <p>Community Practitioner</p>	<p>Mothers experiences of postnatal depression: an interpretative phenomenological analysis.</p>	<p>Hensikten er å kartlegge hvorfor mødre får depresjon etter fødsel.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Ti mødre ble intervjuet.</p>	<p>4 hovedtema ble lagt fram som mulig grunn for depresjon.</p> <p>1-forventninger ikke levde opp til faktiske tilstander ved det å få barn.</p> <p>2- vanskelig å snakke med noen om den tunge tiden etter fødselen - redd for å bli stigmatisert.</p> <p>3- Manglende mor-barn forhold.</p> <p>4 – Redselen for å være en dårlig mor.</p>	<p>Full etisk godkjenning for studien ble innhentet av det lokale etikkutvalg og relevante klinisk styrende organer</p> <p>Både førstegangs og flergangsfødende mødre.</p> <p>Brukt EPDS depresjonsskala.</p> <p>Det ble ikke brukt en intervju gaid, så mødrene hadde mulighet til å snakke fritt om deres barseldepressive periode.</p>

<p>Buultjens M. og Liamputtong P. (2006)</p> <p>Australia</p> <p>Midwifery</p>	<p>When giving life starts to take the life out of you: women`s experiences of depression after childbirth.</p>	<p>En studie som fanger mødrenes følelser og opplevelser knyttet opp mot depresjon etter fødselen.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>10 mødre ble intervjuet.</p>	<p>Hovedfunnene baserer seg på 4-5 punkter som mødrene oppga som utløsende faktor for deres postpartum depresjon.</p> <p>-Forventninger – stress/lite søvn forandring i jobbstatus</p> <p>-Lite hjelp fra sykepleiere på sykehuset/barsel-avdelingen.</p> <p>-Vanskelig/traumatisk fødsel</p> <p>-Manglende sosial støtte – vanskelig og forholde seg til morens meninger og/eller at ektemannen ikke forstår.</p>	<p>Etisk godkjent fra Latrobe University, Human Ethics committe og Healthscopes Melbourne Clinic Ethics Board.</p> <p>Individuelle dybdeintervjuer (1 time) med åpne spørsmål ga mødrene mulighet til å fortelle om sin opplevelse.</p> <p>Ble brukt EPDS skjema for å bedømme depresjonens alvorlighetsgrad.</p>
<p>Rudman A. og Waldenström U. (2007)</p> <p>Sverige</p>	<p>Critical views on postpartum care expressed by new mothers</p>	<p>Hensikten er å belyse de negative opplevelsene nybakte mødre har, slik at barselperioden kan forbedres.</p>	<p>kvantitativ studie</p>	<p>2783 kvinner fikk tilsendt spørreskje ma.</p>	<p>Mødrene definerte 3 kategorier for negative opplevelser knyttet opp mot barseltiden.</p> <p>Lite hjelp fra sykepleiere, da de ofte hadde det travelt.</p>	<p>Etisk godkjent av Regional Research og Ethics committee ved Karolinska Institutet, Sverige.</p> <p>Kartlagt de negative</p>

<p>BMC Health Services Research</p>				<p>130 kvinner ga negative kommentarer (det er disse som er inkludert i studien).</p>	<p>Utilstrekkelig informasjon – både om amming og hvilke psykiske forandringer som oppstår etter fødsel.</p> <p>Manglende omsorg til barnefaren.</p>	<p>opplevelsene ved å ha åpne spørsmål angående fødselen og den hjelpen de fikk i barseltiden.</p> <p>De positive opplevelsene ble også nevnt.</p> <p>KUB studie som kontekst (Kvinnors opplevelse av barnfødande)</p>
<p>Cross-Barnet C., Augustyn M., Gross S., Resnik A. og Paige D. (2012)</p> <p>USA</p> <p>Matern Child Health J</p>	<p>Long-term Breastfeeding support: Failing mothers in need.</p>	<p>En artikkel som analyserer mødrenes opplevelser og erfaringer av pleie og hjelp når det kommer til amming.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>75 kvinner ble intervjuet.</p>	<p>Bare halvparten av mødrene fikk opplæring om amming av jordmor.</p> <p>Bare 10 % sa de hadde fått 1 til 1 opplæring og rådgivning.</p> <p>Smerter i tilknytning til fødselen var en årsak til at mange ikke ammet.</p>	<p>Etisk godkjent av IRB ved John Hopkins og ved Maryland WIC.</p> <p>Mødrene ble informert om studien.</p> <p>Anonym studie.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på tape.</p>

					Store mangler på informasjon og opplæring ang amming på sykehus. 27 % av mødre sa de ikke hadde fått noen opplæring om amming.	
<p>Haga S. M., Lynne A, Slinning K. og Kraft P. (2011)</p> <p>Norge, oslo</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers</p>	<p>En artikkel som belyser førstegangsfødende mødres opplevelse av det å ha en postpartum depresjon. Studien ønsker å finne ut hvorfor noen mødre syntes det er emosjonelt vanskelig, mens andre kommer seg greit igjennom en barselperiode.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Semi-strukturerte intervjuer med 12 selvvalgte førstegangsfødende</p>	<p>En studie som tar for seg førstegangsfødendes syn/opplevelse av barseltiden.</p> <p>Studiens hovedfunn viser at</p> <p>Personlighet (avhengig av kontroll eller ikke), forventninger og forberedninger, sosial støtte (emosjonell/praktisk) og amming er alle viktige faktorer for barseltiden og postpartum depresjon (PPD)</p>	<p>Etisk godkjent fra Regional Ethics Committee.</p> <p>Deltakerne fikk beskrive egne opplevelser knyttet til svangerskapet, fødselen, forventninger, sosial støtte og hva de mente førte til velbehag.</p> <p>Intervjuene foregikk hjemme hos deltakerne, og varte mellom 1 ½ - 2 timer.</p>

<p>Bilszta J., Ericksen J., Buist A. og Milgrom J. (2006)</p> <p>Australia</p> <p>Australian Journal of advanced nursing</p>	<p>Women`s experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care</p>	<p>En studie som finner hvordan postnatal depresjon påvirker deres tro og holdninger, samt søken etter hjelp. Den fremstiller også hvordan de ved hjelp av familie, venner og profesjonelle kan øke søken etter hjelp.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>40 kvinner som delte meninger i fokusgrupp er.</p>	<p>Mødre forteller sine erfaringer fra barselperioden. 4 hovedtema kom opp som utløsende faktorer for PPD.</p> <p>Forventninger – følelsen av å miste kontroll.</p> <p>Redd for å feil/stigmatisert – Mor-barn forhold, amming, «bad mom».</p> <p>Manglende informasjon og lite tilgang til hjelp fra profesjonelle.</p> <p>Manglende sosial støtte fra familie.</p>	<p>Etisk godkjent av Melbourne Clinic/HealthScope Research ethics Committee and the Human Research Ethics Committee of Austin Health.</p> <p>Fokusgruppene varte i 90 min.</p> <p>Spørsmålene som ble snakket om i fokusgruppene fulgte en diskuteringsguide, slik at de var sikret samtaleemner og språk som var lett å forstå for deltakerne.</p>
---	---	--	------------------------------	---	--	---

<p>Edhborg M., Friberg M., Lundh W. og Widström A-M. (2005).</p> <p>Sverige</p> <p>Scandinavian Journal og Public Health</p>	<p>«Struggling with life». Narratives from women with signs of postpartum depression.</p>	<p>Hensikten er å belyse de ulike vanskelighetene mødrene møtes ang. seg selv, med barnet og med partneren i tiden etter fødselen.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>224 kvinner besvarte et spørreskje ma.</p> <p>22 kvinner ble intervjuet</p> <p>3 kvinner fikk de ikke tak i og 12 kvinner ønsket ikke å delta.</p>	<p>Hovedfunnene bygger på hvilke følelser de ulike mødrene satt igjen med etter fødselen.</p> <p>Selvfølelsen – vanskelig å få tilbake identiteten «bad mom» syndromet – da ulike forventninger, amming og mor-barn-kontakten ikke er som antatt.</p> <p>Vansker rundt partneren – parforholdet og mor-farkontakten.</p>	<p>Etisk godkjent fra Karolinska University Hospital.</p> <p>En utvelgelse av intervjudeltakere ut ifra EPDS scoren de fikk.</p> <p>Intervjuene skjedde i familiens eget hjem. Åpne spørsmål, med mulighet for å fortelle om egne erfaringer.</p>
<p>Robertson P., Curtis R., Lasher R., Jacques S. og Tom J. S. (2013)</p> <p>Sverige</p>	<p>Experiences of Postpartum Mood Disorders of Women With More Than One Child.</p>	<p>En studie som belyser faktorer og symptomer for PMD, og hvordan man kan forebygge ved hjelp av mestringsstrategier kan gi en god behandling for</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>252 kvinner svarte på spørreskje ma om PMD.</p>	<p>4 hovedpunkter som mødrene uttrykte som utløsende for sin PMD.</p> <p>Emosjonell ustabilitet – angst, usikkerhet, skyldfølelse, skam,</p>	<p>Godkjent fra Institutional Review Board of Western Carolinska University.</p> <p>Et spørreskjema med 5 spørsmål ble sendt til de</p>

<p>The family journal</p>		<p>mødre med PMD.</p>		<p>127 ble inkludert pga. av de hadde mer enn et barn.</p>	<p>vanskelig for å spise/drikke.</p> <p>Forberedelsene</p> <p>Støtte fra profesjonelle instanser – gjorde det lettere å takle depresjonen</p> <p>«Bad mom» - vanskelig å snakke med noen av redsel for å bli dømt og stigmatisert.</p>	<p>127 mødrene.</p> <p>Anonymt.</p> <p>Spørsmålene lot mødrene forklare sine erfaringer med egne ord.</p>
<p>Kauppi A., Kumpulainen K., Vanamo T., Merikanto J. og Karkola K. (2008)</p> <p>Finland</p> <p>Arch Womens Ment Health, Springer</p>	<p>Maternal depression and filicide – case study of then mothers.</p>	<p>10 caser som fremstiller hvorfor barseldeprimerte mødre ønsket å ta livet av sine nyfødte barn.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>10 kvinner ble inkludert i studien, ved et retroperspektiv.</p>	<p>Hovedfunnene var at negative opplevelser tidligere i livet spilte en rolle for om mødre fikk en PPD.</p> <p>Stress i tilknytning til tidligere hendelser utspant seg som signifikant faktor for handlingene.</p> <p>Traumatisk fødsel var også en uttrykt årsak for depresjonen.</p>	<p>Etisk godkjent av Ministry of Social Affairs and Health and the National Research and Development Center for Welfare and Health of Finland.</p> <p>Avgrenset til drap på barna innen 1 år etter fødsel.</p>

<p>Dørheim, S. K., Bondevik G. T., Eberhard-Gran M. og Bjorvatn B. (2009)</p> <p>Norge</p> <p>SLEEP</p>	<p>Sleep and Depression in Postpartum Woman: A population-Based Study</p>	<p>En studie som beskriver hyppigheten av- og risikofaktorene for dårlig søvn i forbindelse med barseldepresjon. Artikkelen ønsker også å identifisere andre faktorer for barseldepresjon.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>4191 kvinner ble sendt spørreskje ma(de som fødte fra okt.05 til sept. 06)</p> <p>2830 kvinner deltok.</p>	<p>60 % av de inkluderte mødrene opplevde vanskeligheter med søvn etter fødselen. 16,5 % av disse hadde også depressive symptomer.</p> <p>Depresjon og dårlig søvn henger sammen.</p> <p>Andre faktorer for depresjon i barseltiden: Deprimert under svangerskapet. Vanskeligheter med partner. Stressfulle hendelser tidligere i livet.</p>	<p>Etisk godkjent av av National Data Inspectorate og Regional Committee for Medical Research Ethics in Western Norway.</p> <p>For hver deltaker som mottok spørreskjema, ble det sendt med et brev om studiens hensikt, samt at den var frivillig.</p> <p>EPDS skjema ble brukt for mål av depresjon.</p>
--	---	--	--------------------	---	--	--

<p>Milgrom J., Gemmil A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Erickson J., Ellwood D. og Buist A. (2007)</p> <p>Australia</p> <p>Journal of affective disorders.</p>	<p>Atenal risk factors for postnatal depression: A large prospective study.</p>	<p>Kartlegge risikofaktorer for barseldepresjon i den Australske befolkningen.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>40,333 svarte på spørreskje ma. Fra 35,374 kvinner ble det samlet inn EPDS data og 3144 hadde score over 12.</p> <p>22,968 kvinner svarte på nytt spørreskje ma etter fødsel.</p>	<p>Risikofaktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidligere depresjon og/eller angst. - Store livsstilsendringer. - Støtte, både fysiske og psykisk støtte fra partner. 	<p>Etisk godkjenning fra «hospital-by-hospital basis».</p> <p>Deltakerne fikk tilsendt et nytt spørreskjema 6 uker etter fødselen.</p> <p>Deltakerne fikk muligheten til å diskutere screeningsresultatet med jordmor.</p> <p>EPDS brukt.</p>
--	---	--	--------------------	--	--	---

Vedlegg 3 – Edinburgh postnatale depresjonsskår (EPDS)

Alle ti spørsmål skal besvares ved at kvinnen selv fyller ut skjemaet. Det skåres 3,2,1 eller 0 på hver svargruppe, og den totale poengsummen blir mellom null og 30 poeng.

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
- Ikke like mye som jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
- Noe mindre enn jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, av og til
- Ikke særlig ofte
- Nei, aldri

4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
- Nesten aldri
- Ja, i blant
- Ja, veldig ofte

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
- Ja, noen ganger
- Sjelden
- Nei, aldri

6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- Ja, iblant har jeg ikke klart meg bra
- Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

7. Har du siste 7 dagene vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste
- Ja, iblant
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, ganske ofte
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke det hele tatt

9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, veldig ofte
- Ja, det har skjedd iblant
- Nei, aldri

10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg de 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
- Ja, av og til
- Ja, så vidt
- Aldri

Venheim M.A.(2010). *Barselomsorg* i: Brunstad A. og Tegnander E (red). *Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1.utgave). Oslo: Akribe.

Vedlegg 4: WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4. Sørg for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted. Gjør mødre oppmerksomme på tidlige tegn til sult/sugebehov hos barnet.
5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen i 24 timer i døgnet.
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert.
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpsgrupper.

Ammehjelpen (2010) *Ti trinn for vellykket amming*. Hentet 12.05.2014 fra <http://ammehjelpen.no/nyhet/141/10-trinn-for-vellykket-ammig>