



# Fordypningsoppgave

VHS734 Helsesykepleie

**Mors fødselsdepresjon-helsesykepleiers håndtering av utfordringen/Maternal postpartum depression-public health nurse's handling of the challenge**

Kandidatnr.13

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 01.12.2021



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Frøydis Perny Vasset

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 18.11.2021

**Antall ord: 4894**

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å sette søkelys på hvordan screeningverktøy kan være med å forebygge og kartlegge fødselsdepresjon. Jeg vil undersøke nærmere hvordan helsesykepleier håndterer en mors fødselsdepresjon

**Problemstilling:** «Hvordan kan screening verktøy være med å forebygge fødselsdepresjon, og hvordan håndterer helsestasjonen utfordringene ved fødselsdepresjon hos mødre?»

**Metode:** Det ble gjort en litteraturstudie av åtte vitenskapelige artikler. Det ble ellers brukt relevant forskning og litteratur for å belyse og finne et svar på problemstillingen.

**Funn:** Omtrent 13% av alle mødre får en form for fødselsdepresjon i Norge. Funn viser at helsesykepleiere gruer seg for å spørre om psykisk helse. Ved å screene for fødselsdepresjon opplever helsesykepleierne at de lettere kan sette mors psykiske helse på agendaen, og vise mødre at de også er sentrale. Studier rapporterer konsekvent lave nivåer av gode behandlingstilbud til mødre med fødselsdepresjon. Bare 50% av kvinner som har det vanskelig etter fødsel søker hjelp. Flere studier understreker det grunnleggende av at helsesykepleier danner et tillitsfullt forhold til mor, og at mødre synes det er godt å ha noen å snakke med.

**Drøft:** Helsesykepleiere har en unik rolle i å bli kjent med nybakte mødre, og de kommer tett på mødre i det forebyggende arbeidet. Det er betydningsfullt at mødre har noen å snakke med, og at helsesykepleier kjenner og kartlegger risikofaktorer for fødselsdepresjon. Helsestasjonen hjelper mor å søke hjelp dersom hun ønsker har behov for det.

**Nøkkelord:** Fødselsdepresjon, nybakte mødre, helsesykepleier, håndtering, screening, epds

## Summary

**Aim:** The purpose of this study is to highlight how screening tools can help prevent postpartum depression. I want to take a closer look at how the public health nurse experience and deal with a new mother's postpartum depression.

**Problem:** «How can screening tools help prevent postpartum depression, and how does the health centre handle the challenges of postpartum depression in mothers?»

**Method:** A literature study was done of eight scientific articles. Relevant research and literature were used to shed light on and find an answer to the problem.

**Findings:** About 13% of all new mothers get some sort of postpartum depression in Norway. Findings show that public health nurses are reluctant to ask about mental health. By screening for postpartum depression, public health nurses find that they can more easily put the mother's mental health on the agenda and show mothers that they are also important. Studies consistently report low levels of good treatment options for mothers with postpartum depression. Only 50% of women who have a hard time after childbirth seek help. Several studies emphasise the importance of public health nurses forming a trusting relationship with the mother, and that mothers think it is good to have someone to talk to.

**Summary:** Public health nurses have a unique role in getting to know new mothers, and they get close to the mothers in preventive work. It is important that mothers have someone to talk to, and that the public health nurse knows and maps risk factors for postpartum depression. Screening tools used are a useful tool for preventing postpartum depression in the mother.

**Keywords:** Postpartum depression, new mothers, public health nurse, management, screening, epds

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Overgang til å bli mor .....	1
1.2	Helsesykepleiers arbeidsområde .....	1
<b>2.0</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1	Fødselsdepresjon .....	2
2.2	Kartlegging og screening av fødselsdepresjon .....	3
2.3	Oppfølging og hjelp til mødre .....	3
2.4	Støttesamtale .....	4
<b>3.0</b>	<b>Hensikt og problemstilling</b> .....	<b>5</b>
3.1	Hensikt.....	5
3.2	Problemstilling .....	5
3.3	Teori .....	5
<b>4.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>6</b>
4.1	Design.....	6
4.2	Avgrensning .....	6
4.3	Pico-skjema .....	6
4.4	Søkeprosessen .....	6
4.5	Styrker og svakheter ved inkluderte artikler .....	7
4.6	Vedlegg 1: Flow-diagram som viser utvelgelsesprosessen av inkluderte artikler .	8
<b>5.0</b>	<b>Funn</b> .....	<b>9</b>
5.1	Helsesykepleiers arbeid: å screene for fødselsdepresjon.....	9
5.2	Når fødselsdepresjon er avdekket.....	10
5.3	Støtte fra helsesykepleier til mor som er fødselsdeprimert .....	10
<b>6.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>12</b>
6.1	Screening og kartlegging av fødselsdepresjon .....	12
6.2	Mor har behov for støtte .....	13
6.3	Helsestasjonens håndtering og forebyggende tiltak .....	15
<b>7.0</b>	<b>Oppsummering</b> .....	<b>16</b>
<b>8.0</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>17</b>
	Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk .....	19
	Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler .....	1



## **1.0 Introduksjon**

### **1.1 Overgang til å bli mor**

Det er en stor overgang for mange mødre å få barn, for mange av dem er det forbundet med en lykkelig tid. Hvis man ikke er lykkelig i denne tiden, kan det være en utfordring som det er vanskelig å snakke om. Graviditeten er ofte preget av store forventninger i positiv forstand. I tillegg er det mange som opplever at de får flere bekymringer. Mange mødre opplever at de har økt behov for støtte fra sin partner når de er gravide, og de kan føle seg mer sårbare (Brean 2019). I tiden etter fødsel har helsesykepleier en unik mulighet for å danne kontakt og en relasjon til mor. Det er møtet med helsestasjonen som er det vanlige kontaktområdet for mødre og helsesykepleierne (Arefadib et al., 2021).

Alle mødre opplever svangerskapet som unikt, og alle har forskjellige forutsetninger for hvordan svangerskapet skal være. De fleste er likevel opptatt av de samme temaene. Det som er felles for dem, er sårbarhet og en slags nyorientering om det nye livet som venter, helt fra første positive graviditetstest til ut barnets første leveår (Glavin 2019).

### **1.2 Helsesykepleiers arbeidsområde**

Helsesykepleier skal arbeide etter veilederen til helsedirektoratet (2017) som omhandler «helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Del 4 i veilederen omhandler psykiske helse. Der skal mors psykiske helse være et tema i konsultasjonene som barnet følger i helsestasjonsprogrammet. For å sikre en god og trygg oppvekst for barnet, skal helsesykepleier spørre mor om hennes trivsel og psykiske helse. Helsesykepleier arbeider tverrprofesjonelt med lege, og jordmor og eventuelt kommunepsykolog (Dahl, 2020) i denne settingen. I helsestasjonsprogrammet skal helsesykepleier tilby nybakte mødre et hjemmebesøk. Under hjemmebesøket kan helsesykepleier gi mor mulighet til å åpne opp om sine egne tanker og følelser, ved å stille åpne spørsmål. Helsesykepleier bør ta opp forskjellige temaer som handler om det å være mor, å ha det godt med seg selv og sammen med andre. Helsesykepleier skal være spesielt oppmerksom dersom mor opplever at hun er usikker i rollen som mor, er utsatt for stress, angst, traumer eller depresjon. Helsesykepleier skal gi tilbud om individuell oppfølging som er i tråd med mor sine behov (Helsedirektoratet 2009).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Fødselsdepresjon

Omtrent 13% av nybakte mødre i Norge får en form for fødselsdepresjon (Helse-og omsorgsdepartementet 2015). Forskning viser at fødselsdepresjon er en av verdens ledende helseproblemer og kan ha store konsekvenser for det nyfødte barnet og familien hvis det ikke blir behandlet (Arefadib et al., 2021). En tredjedel av alle fødselsdepresjoner starter allerede i svangerskapet. Symptomer på depresjon er like vanlig etter fødsel som under svangerskapet (Helsedirektoratet 2009). Mødre som er deprimerte kan oppleve i større grad enn de som ikke lider av depresjon, at barnet krever for mye av dem, og det kan føre til negative tanker (Folkehelseinstituttet 2018). Fødselsdepresjon kan også få store følger for barnet, fordi det kan utvikle utviklingsmessige og psykiske plager. Dette kan ha en direkte årsak til at mor er deprimert. Barnets start på livet vil være preget av at mor har negative tanker og dermed gir barnet mindre oppmerksomhet. Det er ikke uvanlig at deprimerte mødre isolerer seg. Noe som igjen er uheldig for barnet fordi det blir overlatt til mor sin omsorg alene. Barnet kan risikere å ikke ha noen som klarer å gi barnet den omsorgen og tryggheten det trenger. Selv etter at mor er ferdig behandlet for fødselsdepresjon, er det stor risiko for at barnet fortsetter å ha emosjonelle tilknytningsvansker og kognitive problemer (Slinning 2015). Mange mødre kan oppleve at de har sterkere følelser, psykiske plager og barseltårer de aller første dagene etter at de har født. Dette er vanligvis normalt og forbigående. I de tilfeller der dette er kraftige og langvarige reaksjoner etter fødsel, kan det bety at mor holder på å utvikle fødselsdepresjon (Helsedirektoratet 2009, og Glavin 2019). Psykiske plager anses som en stor helseutfordring. Det anslås at omtrent 20% av barn og ungdom har nedsatt funksjonsevne på grunn av forhold som blant annet inkluderer depresjon hos mor (Helse-og omsorgsdepartementet 2015)

Brukermedvirkning betyr at den som benytter seg av helsestasjonen, har rett til å bli hørt og involvert i tjenestene som involverer dem (Helsedirektoratet 2017). De familiene som har lite nettverk rundt seg, bør oppfordres til å delta i gruppekonsultasjoner ved helsestasjonen for å få hjelp til å eventuelt øke nettverket sitt. Helsesykepleier skal ha spesielt søkelys på å oppdage barseldepresjon ved alle konsultasjonene i barselperioden. For å kartlegge og oppdage depresjon hos mødre, brukes Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Dette verktøyet brukes i sammenheng med en klinisk samtale (Helsedirektoratet 2009).

## 2.2 Kartlegging og screening av fødselsdepresjon

Det er laget flere metoder for å kartlegge mors psykiske helse etter fødselen. Disse kan helsesykepleier bruke i forbindelse med det forebyggende arbeidet. «The Edinburgh Postnatal Depression Scale» (EPDS) er utviklet for å fange opp barselkvinner som er i risiko for å utvikle fødselsdepresjon. EPDS er et screeningsverktøy som brukes på flere helsestasjoner rundt om i Norge, og det har vist seg å være godt egnet for å fange opp tegn på fødselsdepresjon. Dette er et screeningsverktøy hvor barselkvinnen skal svare på 10 spørsmål eller påstander, hvor disse spørsmålene tar opp temaer som handler om personens psykiske tilstand de siste syv dagene. Ut ifra svarene får personen en score som kan indikere om det er en sannsynlighet for klinisk depresjon eller ikke. Etterpå skal det gjennomføres en klinisk samtale for å spørre mor om hvordan hun har det følelsesmessig. EPDS er ikke ment for å sette en diagnose, men for å fange opp en mulig depresjon som må vurderes videre (Valla og Olavesen 2019). Forskning viser at ved å stille spørsmål om depresjon, er det 50% flere tilfeller av fødselsdepresjon som fanges opp (Arefadib et al., 2021).

## 2.3 Oppfølging og hjelp til mødre

Mødre som er i risikogruppe for å utvikle fødselsdepresjon, kan av ulike årsaker ha veldig god hjelp av en ekstra støttende og tettere oppfølging i svangerskapet. På denne måten kan mange problemer forebygges. Gode forebyggende tiltak kan være hjemmebesøk og kurs i fødselsforberedelser. Det er større risiko for at mor opplever fødselsdepresjon dersom hun blant annet har vært deprimert tidligere, har lite nettverk rundt seg, har et dårlig forhold til partner, snakker et annet språk, har dårlig selvtillit eller at svangerskapet ikke var planlagt. I de tilfeller der gravide har psykiske problemer fra før, bør hun få oppfølging av psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet 2009).

Kvinner som viser symptomer på fødselsdepresjon i etterkant av fødsel, kan få ekstra tett oppfølging av helsestasjon i samarbeid med jordmor, fastlege eller kommunepsykolog. Derfor er disse profesjonene sentrale samarbeidspartnere. Det er positivt for mor å oppleve omsorg og støtte i barseltiden. Dersom kvinnen har en alvorlig depresjon, må det større tiltak inn. Far kan for eksempel ta over fødselspermisjon og mor kan sykemeldes. Barnehageplass for søsken, frivillige organisasjoner og familiestøtteprogram samtidig som familien får oppfølging av helsestasjonens psykolog, er eksempler på tiltak som kan være til hjelp (Helsedirektoratet 2009).

Helsesykepleier må kunne lytte empatisk, sette seg inn i andres situasjon og klarer å forstå andre mennesker sine reaksjoner, følelser og situasjon. Det å ha evnen til empati er det som forutsetter at man klarer å hjelpe andre mennesker som man møter i helsefaglig arbeid (Eide og Eide 2017).

## **2.4 Støttesamtale**

Helsestasjoner som bruker Edinbrugh-metoden (EPDS) tilbyr støttesamtaler som et ledd i screeningen. Støttesamtaler kan brukes i flere sammenhenger og det er sentralt at helsesykepleier tenker over hvilke holdninger hun har, og hvordan hun går frem. Omtrent alle mødre har opplevd å kjenne på vonde følelser som uro og tristhet, eller hatt vonde tanker. Det kan være mange situasjoner i livet som fører til vanskelige tanker og følelser. Disse kan prege hvordan personen reagerer tanke- og følelsesmessig på det som skjer i livet. De som ønsker å snakke med noen, vil ha lettere for å åpne seg for noen som de opplever forstår dem (Haug 2019). Helsesykepleiere viser seg å ha en verdifull rolle for mødre som har fødselsdepresjon. De har en unik rolle i å kunne hjelpe mor å føle seg trygg i morsrollen (Noonan, Galvin og Jomeen 2016). Helsesykepleiere kommer tett på mødre i det forebyggende arbeidet hvor de har stor og variert kompetanse. Det å være bevisst på sin personlige kompetanse og hvilke muligheter som finnes for å utvikle den videre, krever arbeid og interesse. Slik helsestasjonstilbudet er bygget opp krever det at helsesykepleier innehar relasjons kompetanse. Mødre som kommer til helsestasjonen, har ofte behov for en god samtalepartner når de er bekymret. En god samtalepartner er en som lytter. Det å ha evnen til å lytte og høre på den andre, står sentralt i støttesamtalen (Haug 2019). Empatisk og støttende kommunikasjon har vist seg å lette symptom på fødselsdepresjon dersom mor har det i lett til moderat grad (Galvin 2019).

## **3.0 Hensikt og problemstilling**

### **3.1 Hensikt**

Hensikten med denne studien er å sette søkelys på hvordan screening verktøy kan være med å kartlegge og forebygge fødselsdepresjon. Jeg vil undersøke hvordan helsesykepleier håndterer en mors fødselsdepresjon.

### **3.2 Problemstilling**

«Hvordan kan screening verktøy være med å forebygge fødselsdepresjon, og hvordan håndterer helsestasjonen utfordringene ved fødselsdepresjon hos mødre?»

### **3.3 Teori**

Vil bruke salutogenese modellen som handler om det som gjør mennesker friske og hva som finnes inni oss som gjør oss motstandsdyktige mot de forskjellige påkjenningene som omgir oss. Disse faktorene kan påvirkes av hvilke valg vi tar i livet og hvordan samfunnet rundt oss er. En som har utdanning, jobb, familie og lever et fredfullt liv har mange fundamentale helsedeterminanter. Aron Antonovsky sin teori om salutogenese forteller at det å oppleve verden som forutsigbar og trygg er en salutogen faktor (Antonovsky 2012).

## 4.0 Metode

### 4.1 Design

For å sette søkelys på problemstillingen blir det gjort en litteraturstudie. Et litteraturstudium er en teoretisk oppgave som bygger på litteratur som andre har forsket på, skrevet og publisert. Relevante resultater fra åtte studier er inkludert og tolket ut ifra en hermeneutisk tankemåte. Hermeneutikk handler om at man tolker meninger med ens egen forforståelse (Malterud 2011). I en litteraturstudie skal man systematisk søke, kritisk granske og sette sammen den valgte litteraturen. I en litteraturstudie kan det være ulike metoder i studiene. Det finnes ikke noen regler over hvor mange studier som skal inkluderes (Fosberg og Wengstrøm 2015). Her ble det brukt både kvalitative og kvantitative studier.

### 4.2 Avgrensning

Inklusjonskriterier: Både mødre og fedre kan bli rammet av fødselsdepresjon (Glavin 2019). Det er mødre og først og fremst barselkvinner jeg velger å sette søkelys på i denne litteraturstudien. Jeg vil inkludere mødre i inntil et år etter de har fått barn, fordi mødre kan få fødselsdepresjon i inntil et år etter barnet er født (Glavin 2019). Helseysykepleier blir omtalt som «hun» i denne oppgaven, for å forenkle formidlingen av budskapet. Kun artikler som er fagfellevurdert inkluderes.

Eksklusjonskriterier: Fedre. Artikler som ikke er fagfellevurdert.

### 4.3 Pico-skjema

P:	Population/Problem	Helseysykepleier Mødre	Health Public Health nurse nurse
I:	Phenomen of) interest	Fødselsdepresjon	Post partum depression
Co:	Context	Støtte Hjelpe Epds	Support, Intervention Supportive counselling Epds

### 4.4 Søkeprosessen

Det ble gjort flere søk. Det første søket ble gjennomført i startet av august og det siste søket var ferdig i september. Det norske begrepet «helseysykepleier» kan på engelsk skrives på forskjellige måter. Det ble søkt etter artikler med søkeord som er forenelig med studiens

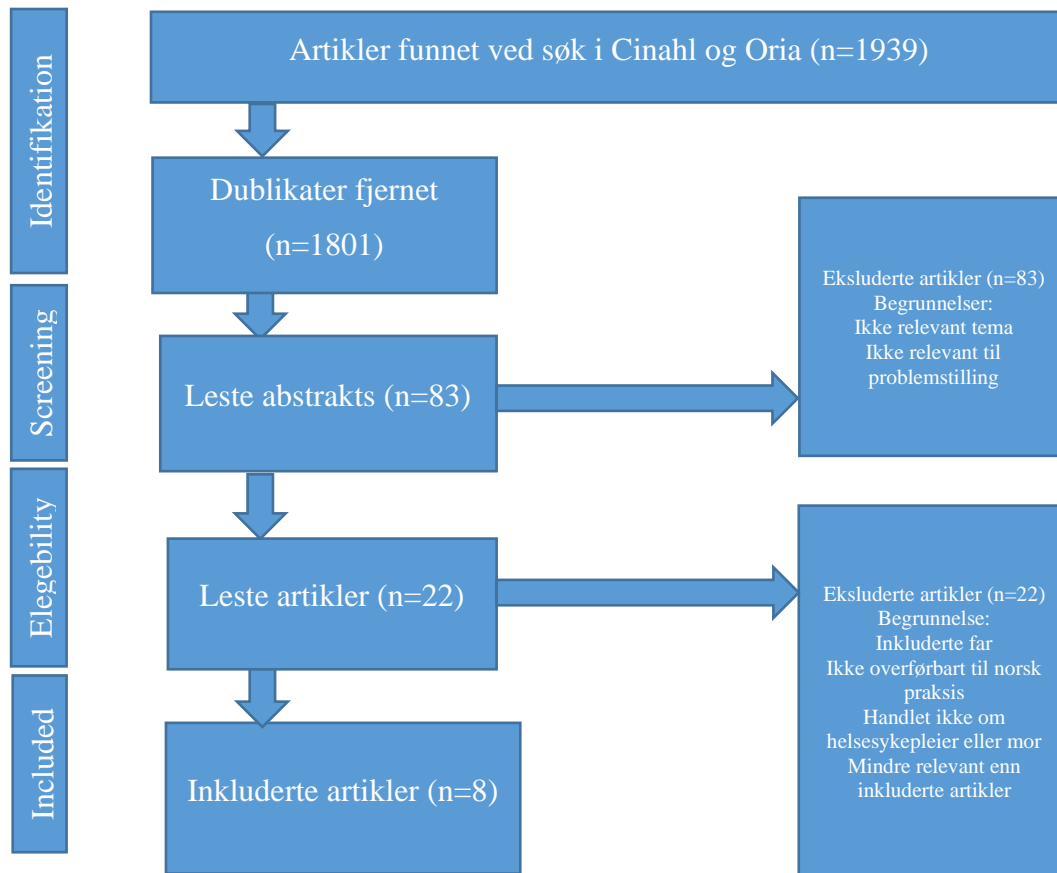
intensjon «Hvordan kan screening verktøy være med å forebygge fødselsdepresjon, og hvordan håndterer helsestasjonen utfordringene ved fødselsdepresjon hos mødre?»

Søkeordene «public health nurse», «health nurse» «post partum depression» «support» «supportive counselling» og «Epd» ble brukt, og databasene «Cinahl» og «Oria» ble brukt. Artikler som ikke kom fra land med omtrent samme helsestrukturen som i Norge ble forkastet. I tillegg ville jeg finne artikler som kun hadde forsket på mor, fordi det er mor og barn jeg valgte å ha søkelys på i denne litteraturstudien. For å kvalitetssikre artiklene og for å være sikker på at jeg kan stole på resultatene ble sjekklistene til kunnskapssenteret brukt (Helsebiblioteket 2016). På NSD.no ble publiseringsnivå sjekket.

#### **4.5 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler**

Det å bruke studier med ulike metodevalg er noe jeg anser som en styrke, da jeg har fått med funn som viser både opplevelse av fødselsdepresjon, og statistikk som viser det samme som de kvalitative artiklene. Alle inkluderte artikler er lagt inn i tabeller og analysert. Det anses som en styrke at det kun er inkludert artikler som er godkjent av en etisk komité. Viser til Vedlegg 2 «Eksempel på oversiktstabell i forhold til søkehistorikk», og Vedlegg 3 «Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler».

## 4.6 Vedlegg 1: Flow-diagram som viser utvelgelsesprosessen av inkluderte artikler





## 5.0 Funn

### 5.1 Helsesykepleiers arbeid: å screene for fødselsdepresjon

Helsesykepleiere rapporterte at de i frykt for å støte mor ikke tok opp temaet psykisk helse (Langvik, Håberg og Storholt 2020). Flere av studiene beskrev hvordan screening kan brukes for å kartlegge fødselsdepresjon. De skriver at screening bør være obligatorisk på faste kontroller. Dette for å gjøre det lettere for helsesykepleier å snakke om fødselsdepresjon med mor (Langvik, Håberg og Storholt 2020, Skoog, Hallström og Berggren 2016, Noonan, Galvin og Jomeen 2016, 2015 og Holt, Milgrom og Gemmill 2017). Samme studier viser at ved å screene for fødselsdepresjon, opplevde helsesykepleierne at de lettere kunne sette mors psykiske helse på agendaen og vise mødre at de også er sentrale. Helsesykepleiere følte seg i en bedre posisjon til å forebygge uheldige følger av fødselsdepresjon, og mor kunne lettere søke hjelp.

Det grunnleggende i å ha kunnskap og trening i å screene for fødselsdepresjon var sentralt i flere av studiene (Langvik, Håberg og Storholt 2020, Skoog, Hallström og Berggren, Noonan, Galvin og Jomeen 2016). Støttesamtale med mor om hennes psykiske helse viste seg å ha en god effekt på hvorvidt mødre søkte hjelp (Holt, Milgrom og Gemmill 2017). Helsesykepleierne opplevde i studien til Langvik, Håberg og Storholt (2020) at EPDS screeningen fanget opp det magefølelsen ikke fanget opp under samtale med mor. Flere helsesykepleiere rapporterte at det ikke alltid var lett å identifisere at mødre ikke hadde det bra, og at screenings verktøy EPDS var et godt hjelpemiddel for å fange opp dette (Langvik, Håberg og Storholt 2020).

Studier viser at effekten av å screene for fødselsdepresjon var avhengig av hvilke type rutiner den enkelte helsestasjon hadde for å identifisere mors risiko eller erfaring med fødselsdepresjon (Noonan, Galvin og Jomeen 2016, Skoog, Hallström og Berggren 2016). Andre studier viser at helsesykepleiere som fikk kurs for i lære seg å bruke verktøy for å kunne snakke med mødre om fødselsdepresjon, følte at dette førte til at de ble tryggere når de snakket med mødre (Layton et al., 2020, Holt, Milgrom og Gemmil 2017).

Studien til Skoog, Hallström og Berggren (2016) viste også at flere av helsesykepleierne i varierende grad manglet kunnskap og hadde behov for mer trening i å screene for fødselsdepresjon.

## 5.2 Når fødselsdepresjon er avdekket

Studier rapporterer konsekvent lave nivåer av gode behandlingstilbud til mødre som viser symptomer på fødselsdepresjon. Bare 50 % av kvinner som har det vanskelig etter fødsel søker hjelp (Holt, Milrom og Gemmil 2017). Samme studie fant ut at det er tre psykososiale risikofaktorer hos mødre med fødselsdepresjon som påvirker i hvor stor grad de oppsøkte hjelp. Det første er om hun hadde fødselsangst, det andre er om hun har en forhistorie med fødselsdepresjon og det tredje er om hun hadde dårlig selvtillitt. Dette kan indikere at de som rapportere om disse risikofaktorene, hadde større sjanse for å søke hjelp, enn dem som ikke rapportere disse. Flere av mødrene som ikke søkte hjelp i denne studien rapportere at de ikke gjorde det fordi de trodde de kunne håndtere følelsene sine selv, eller at de følte at de burde være i stand til å hjelpe seg selv uten hjelp utenfra. Disse mødrene trodde at de ikke hadde behov for hjelp, eller at de ikke ville at noen skulle vite at de ikke hadde det bra. Når helsesykepleier bruker støttende samtale i sammenheng med en rutine screening for fødselsdepresjon, kan det øke sansynligheten for at mor søker hjelp (Holt, Milgrom og Gemmil 2017).

Noen studier viste at mødre ofte var skeptiske til å bruke medikamentelle hjelpemidler som behandling i frykt for at det skulle gå over i brystmelken og påvirke melkeproduksjonen negativt. Av den grunn er det beste alternativet å tilby behandling som ikke inkluderer medikamenter i første omgang. Kvinner som opplevde overveldende følelser søkte oftest hjelp hos sin fastlege. (Wozney et al., 2017, Holt, Milgrom og W.Gemmil 2017).

## 5.3 Støtte fra helsesykepleier til mor som er fødselsdeprimert

Mødre rapporterte at det var betydningsfullt for dem å ha noen å prate med (Wozney et al., 2017). Flere studier understreker det grunnleggende av at helsesykepleier danner et tillitsfullt forhold med mor, og at når mor stoler på helsesykepleier er det lettere for henne å åpne seg (Premji et al., 2017, Skoog, Hallström og Berggren 2016, Noonan, Galvin og Jomeen 2016). Liten tid er noe som blir beskrevet som et hinder for at helsesykepleier skal danne et godt forhold til mor viste studien til Noonan, Galvin og Jomeen (2016). Det er verdifullt å oppdage fødselsdepresjon så tidlig som mulig sånn at mor kan få hjelp på et tidlig stadium. Hvis en fødselsdepresjon ikke blir oppdaget kan tilstanden forverres og vare enda lengre. Dette kan føre til store konsekvenser for tilknytningen til barnet (Langvik, Håberg og Storholt 2020, Premji et al., 2020). Når barnet var 1 år ble det funnet ut at tilknytning mellom mor og barn var dårlig, og at mor hadde mindre positive følelser om

barnet sitt når mor hadde fødselsdepresjon (Mörelius, Elander og Saghamre 2020). Sammenhengen mellom god tilknytning til barnet og en EPDS score som viste at mor ikke hadde fødselsdepresjon, var i studien til Mörelius, Elander og Saghamre (2020) høy. Mødre med fødselsdepresjon og dårlig selvtillit, opplevde at de fikk det bedre og følte seg mer avslappet etter at de fikk positive tilbakemeldinger fra helsesykepleier. Det ble også funnet at mødre var takknemlige for støttesystemet rundt dem (Premji et al., 2017).

## 6.0 Drøfting

### 6.1 Screening og kartlegging av fødselsdepresjon

Helsesykepleiere har en unik rolle i å bli kjent med mødrene tidlig etter at de har fått barn, og de kommer tett på mor i det forebyggende arbeidet (Haug 2019). Helsesykepleiere arbeider tverrprofesjonelt sammen med jordmor og lege (Dahl 2020) og jobber forebyggende, noe som vil si at de jobber for å styrke helsen til klienten (Antonovsky 2012). Forskning viser 50% av fødselsdepresjonstilfeller fanges opp ved å stille spørsmål (Arefadib et al., 2021). Det normale er at helsesykepleier informerer om screening skjema ved første hjemmebesøk samtidig som hun tar opp temaet fødselsdepresjon. Flere av studiene her har beskrevet EPDS som et nyttig verktøy for å oppdage og snakke om fødselsdepresjon med mor. Ved å screene for fødselsdepresjon opplevde helsesykepleierne at de lettere kunne sette mors psykiske helse på agendaen, og vise mødre at de også er sentrale. Helsesykepleiere følte seg i en bedre posisjon til å forebygge uheldige følger av fødselsdepresjon, og mor kunne lettere søke hjelp (Langvik, Håberg og Storholt 2020, Skoog Hallström og Berggren 2016, Noonan, Galvin og Joomen 2016). Brukermedvirkning betyr at den som benytter seg av helsestasjonen, har rett til å bli hørt og involvert i tjenestene som involverer dem (Helsedirektoratet 2017). Helsesykepleier må høre på mor og involvere henne i de tjenestene som omhandler henne. Det å snakke med mor om psykisk helse er utfordrende dersom helsesykepleier ikke føler seg kompetent til å snakke om psykisk helse. Helsesykepleier kan involvere mor i tjenestene som involverer henne ved å informere mor og lytte til henne. Ved å bruke screeningverktøyet EPDS kan helsesykepleier samtidig normalisere temaet psykisk helse og fødselsdepresjon etter fødsel. Helsestasjoner som bruker Edinbrugh-metoden (EPDS) tilbyr støttesamtaler som et ledd i screeningen. Støttesamtaler kan brukes i flere sammenhenger (Haug 2019). I en slik samtale er det sentralt at helsesykepleier har evne til å lytte, og at helsesykepleier viser forståelse for mor. Støttesamtale med mor om hennes psykiske helse viser seg å ha en god effekt på hvorvidt mødre søkte hjelp (Holt, Milgrom og Gemmil 2017). I studien til Langvik, Håberg og Storholt (2020) opplevde helsesykepleierne at EPDS-screeningen fanget opp det magesfølelsen ikke fanget opp under samtale med mor. Studien til Langvik, Håberg og Storholt (2020) viste også at flere helsesykepleiere rapporterte at det ikke alltid var lett å identifisere at mødre ikke hadde det bra og at screeningen var et godt hjelpemiddel for å fange opp dette. Det kan tenkes at før EPDS-screening kom, var helsesykepleierne vant til å bruke sin intuisjon eller forsøke å fange opp

signaler fra mor. Som igjen kunne gi dem en magesfølelse om at mor ikke hadde det bra. Denne form for screening er ikke ment for å sette en diagnose og skal aldri erstatte den kliniske samtalen og vurderingen i etterkant av at mor har fylt ut et EPDS skjema (Valla og Olavesen 2019). Helseesykepleiere må av den grunn passe på å ikke la seg lure av en score som viser at mor ikke er fødselsdeprimert. En mor kan være veldig stille, gi lite øyekontakt, være veldig sliten og holde barnet sitt langt fra brystet sitt. Her kan magesfølelse eller faglig skjønn indikere at hun ikke har det bra. Støttesamtaler kan brukes i flere sammenhenger. For å ha en støttesamtale med mor er det sentralt at helseesykepleier tenker over hvilke holdninger hun har, og hvordan hun går frem, fordi mor lettere vil kunne åpne seg dersom hun føler at helseesykepleier forstår henne (Haug 2019). I forhold til støttesamtaler kan man se den i lys av teorien salutogenese, som handler om det som kan gjøre mennesker friske og hva som finnes inni mennesket som gjør dem motstandsdyktige mot de forskjellige påkjenningene (Antonovsky 2012). Omtrent alle mødre har opplevd å kjenne på vonde følelser som uro og tristhet, eller hatt vonde tanker. De som ønsker å snakke med noen, vil ha lettere for å åpne seg for noen som de opplever at forstår dem (Haug 2019). Det å kontakte mor, og tilby ekstra konsultasjon og støttesamtale kan være klokt. Effekten av å screene for fødselsdepresjon var avhengig av hvilke rutiner den enkelte helsestasjon hadde og presist identifisere mors risiko eller erfaring med fødselsdepresjon (Noonan, Galvin og Jomeen 2016, Skoog, Hallström og Berggren 2016). Denne studien viser at det vil være nyttig at helseesykepleier tilegner seg en grundig kunnskap og får opplæring i bruk av EPDS, samtidig som hun setter av nok tid til en klinisk samtale i etterkant slik at mor føler at hun har tid og rom til å snakke om sine følelser. Helseesykepleier bør være forberedt på hvem hun skal møte, og det kan være en fordel at hun har møtt mor noen ganger før screeningen.

## **6.2 Mor har behov for støtte**

Mødre som ikke hadde noen forhistorie med at de hadde behov for hjelp, eller hadde hatt noen psykiske vansker tidligere, var dem som minst sannsynlig søkte hjelp ifølge studien til Holt, Milgrom og Gemmill (2017). Dette bør helseesykepleier være oppmerksom på i møte med nybakte mødre. Empati er når man lytter, setter seg inn i andres situasjon og klarer å forstå andre mennesker sine reaksjoner, følelser og situasjon. Det å ha evnen til empati er det som forutsetter at man klarer å hjelpe andre mennesker som man møter i helsefaglig arbeid (Eide og Eide 2017). Det kan tenkes at mødre som har negative og vanskelige tanker etter fødsel, oppleve det som vanskelig å snakke om. Når helseesykepleier snakker med mor

om hennes psykiske helse, og mor opplever helsesykepleier som empatisk i samtalen kan det være en inngangsport for mor slik at hun lettere kan snakke om sine tanker og søke hjelp.

Studien til Holt, Milgrom og Gemmill (2017) viste at mødre som ikke var i risikogruppen for å utvikle fødselsdepresjon, likevel kan bli rammet av det. De rapporterte at de ikke søkte hjelp fordi de ikke trodde at de trengte det, eller fordi de ikke ville at noen skulle vite at de ikke hadde det bra (Holt, Milrom og Gemmill 2017). Når en nybakt mor ikke søker hjelp for sine psykiske lidelser. Etter fødsel kan helsesykepleiere hjelpe til ved å informere og normalisere de plager og tanker mor kan oppleve. Det kan tenkes at noen av disse mødrene følte skam over å ha blitt rammet av fødselsdepresjon. Når man blir mor, er det for mange forbundet med en lykkelig tid. Det å ikke være lykkelig i denne tiden kan være vanskelig å snakke om. Det er en stor overgang for mange å få barn. Flere gravide opplever at de har økt behov for støtte fra sin partner når de er gravide og de kan føle seg mer sårbare (Brean 2019). Kvinner som venter barn, bør tidlig få informasjon og hjelp med å støtte hverandre i graviditeten. Det kan hjelpe både mor å vite at det er mange som føler at de trenger ekstra støtte under graviditeten.

Noen studier viste at mødre ofte var skeptiske til å bruke medikamentelle hjelpemidler som behandling i frykt for at det skulle gå over i brystmelken. Av den grunn er det beste alternativet å tilby behandling som ikke inkluderer medikamenter i første omgang (Wozney et al., 2017, Holt milgrom og Gemmil 2017). Det er grunnleggende at helsesykepleier møter mor der hun er og støtter mors ønske om å verne om at hun ammer barnet sitt. Da det kan føre til at mor føler seg sett og hørt. Det er ofte behov for tverrprofesjonelt samarbeid, som vil si at flere profesjoner kommer inn for å hjelpe mor eller familien (Dahl 2020). Det er ofte tett samarbeid med fastlegen, jordmor eller kommunepsykolog. Om mor har behov for å snakke med psykolog kan helsesykepleier oppfordre eller hjelpe henne med dette. Når barnet var 1 år ble det funnet ut at tilknytning mellom mor og barn var dårlig og at mor hadde mindre positive følelser om barnet sitt (Möreljus, Elander og Saghamre 2020). Mødre med fødselsdepresjon og dårlig selvtillit, opplevde at de fikk det bedre og følte seg mer avslappet etter at de fikk positive tilbakemeldinger fra helsesykepleier. Denne studien viste også at mødre var takknemlige for støttesystemet rundt dem (Premji et al., 2017). Det kan tenkes at dersom mor allerede i graviditeten får informasjon om fødselsdepresjon, og hvor hun kan søke hjelp dersom hun kjenner seg deprimert. Kan det føre til at mor føler seg tryggere på å snakke om følelsene sine.

### 6.3 Helsestasjonens håndtering og forebyggende tiltak

Flere studier understreker det grunnleggende ved at helsesykepleier danner et tillitsfullt forhold med mor, og at når mor stoler på helsesykepleier er det lettere for henne å åpne seg (Premji et al., 2017, Skoog, Hallström og Berggren 2016, Noonan Galvin og Jomeen 2016). Mødre rapporterte at det var betydningsfullt for dem å ha noen å snakke med (Wozney et al., 2017). Det å ha liten tid blir beskrevet som et hinder for at helsesykepleier skal danne et godt forhold til mor og få kartlagt utfordringene grundig og bruke screeningverktøy, viste studien til Noonan, Galvin og Jomeen (2016). Det er nødvendig å oppdage og få kartlegge tegn på fødselsdepresjon så tidlig som mulig slik at mor kan få hjelp. Hvis en fødselsdepresjon ikke blir oppdaget kan tilstanden forverres og vare enda lengre. Dette kan føre til store konsekvenser for tilknytningen til barnet (Langvik, Håberg og Storholt 2020, Premji et al., 2017). Kvinner som opplevde overveldende følelser søkte oftest hjelp hos sin fastlege (Holt, Milgrom og W.Gemmill 2017). Helsesykepleiere rapporterte at de i frykt for å støte mor ikke tok opp temaet psykisk helse (Langvik, Håberg og Storholt 2020). Helsesykepleier må ha et tett samarbeid med fastlege dersom det blir et behov. Da kan det åpne opp for dialog om hvordan mor har det, og hvordan det igjen påvirker barnet.

Helsesykepleier bør ha kunnskap om hvordan mor har det rundt seg for å kartlegge alle risikofaktorer for fødselsdepresjon. Mødre som er i risikogruppe for å utvikle fødselsdepresjon, kan ha god hjelp av en ekstra støttende og tettere oppfølging i svangerskapet. Helsesykepleier kan også tilby å treffe barn og mor oftere, etter at barnet er født, for å hjelpe og støtte mor å styrke tilknytning til barnet. Hvis dette blir kartlagt tidlig, er det naturlig å ha den ekstra støttende oppfølgingen. På denne måten kan mange problemer forebygges. Gode forebyggende tiltak kan være hjemmebesøk av både jordmor og helsesykepleier, og kurs i fødselsforberedelser (Arefadib et al., 2021). Helsesykepleier har en sentral rolle i å hjelpe mor å søke videre hjelp dersom det er behov for det. Det er positivt for mor å oppleve omsorg og støtte i barseltiden (Helsedirektoratet 2009). Mødre som viser symptomer på fødselsdepresjon i etterkant av fødsel, kan få ekstra tett oppfølging av helsestasjon. I flere kommuner finnes det familieteam som kan hjelpe familien og mor, som et ledd i å forebygge fødselsdepresjon. I et familieteam jobber de forebyggende opp mot barn og familier, her jobber både psykologer, familieterapeuter og psykiatriske sykepleiere. Helsesykepleier bør henvise mødre som er i risiko for å utvikle fødselsdepresjon eller har tegn til fødselsdepresjon til familieteam for

## 7.0 Oppsummering

Flere helsesykepleiere gruer seg for å snakke med mor om fødselsdepresjon i frykt for å støte mor. EPDS er et nyttig verktøy som helsesykepleiere bruker når de skal screene mødre for fødselsdepresjon. Støttesamtale i etterkant av screening for fødselsdepresjon viser seg å ha god effekt for hvorvidt mødre søker hjelp. Når helsesykepleier snakker med mor om hennes psykiske helse kan mor lettere snakke om sine tanker, søke hjelp, og samtidig få en kartlegging av hennes utfordringer.

Helsesykepleiere har en unik mulighet til å bruke screening verktøy til å kartlegge, og dermed bidra til å forebygge fødselsdepresjon hos mor. Helsestasjonen håndterer utfordringen rundt mors fødselsdepresjon ved å tilby noen å snakke med, tilby ekstra oppfølging og hjelpe mor å søke hjelp dersom hun har behov for det.



## 8.0 Referanser

- Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens Mysterium- Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arefadib, Noushin, Amanda Cooklin, Jan Nicholson og Touran Schafiei. "Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review." *Elsevier*, 8 Mai 2021: 1-11.
- Bine, Rena, Saralee Glasser, Mira Honovich, Dalpha Levinson og Yona Ferber. "Nurses perceived preparedness to screen, intervene, and refer women with suspected postpartum depression." *Midwifery (Midwifery)*, 2019: 132-141.
- Brean, Gro Vatne. "Psyisk helse i svangerskap og barseltid." I *Helsestasjonstjenesten- Barns psykiske helse og utvikling*, by Hanne Holme, Ellen Solstad Olavesen, Lisbeth Valla and Marit Bergum Hansen(red.), 53-59. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019.
- Dahl, Berit Misund. 2020. *Helsesykepleie. En grunnbok*. Bergen. Fagbokforlaget
- Eide, Hilde, and Tom Eide. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017
- Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten: Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødteperioden*. 26 Oktober 2018. [helsetilstanden-i-norge-20182.pdf \(fhi.no\)](#)
- Forsberg C og Wengstrøm, Y.2015. "Att göra systematiske litteraturstudier".  
Lettland: Natur Kultur
- Glavin, Kari. "Barseldepresjon." In *Helsestasjonstjenesten- Barns psykiske helse og utvikling*, by Hanne Holme, Ellen Solstad Olavesen, Lisbeth Valla and Marit Bergum Hansen (Red.), 401-409. Oslo: Gyldendal akademiske, 2019.
- Haug, Aslaug. "Støttesamtalen- et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet på helsestasjonen." In *Helsestasjonstjenesten- Barns psykiske helse og utvikling*, by Hanne Holme, Ellen Solstad Olavesen, Lisbeth Valla and Marit Bergum Hansen(red.), 315-329. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019.
- Helsebiblioteket. *Sjekkliste*. 03 Juni 2016.  
[Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](#)
- Helsedirektoratet "Helsestasjons- og skolehelsetjenesten". 2017.Oslo: Helsedirektoratet, sist faglig oppdatert 24.september 2021.  
[Helsestasjons- og skolehelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. "Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten." Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse, Mai 2009.
- Helse-og omsorgsdepartementet. *Meld.St.26*. Melding til stortinget, Oslo: Regjeringen, 2015.

- Holt, Charlene, Jeanette Milgrom og Alan W. Gemmill. "Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: A cluster randomised controlled trial of motivational interviewing." *Arch Womens Ment Health*, 3 August 2017: 791-801.
- Langvik, Eva, Cathrine Hystad Håberg og Helene Høve Storholt. "Routine screening for post partum depression post mental health on the agenda." *Sykepleien Forskning*, DOI: 10.40220/Sykepleienf.2020.81060 2020.
- Layton, Haley, Daniella Bendo, Bahar Amani, Peter J. Bieling og Ryan J. Van Lieshout. "Public health nurse's experiences learning and delivering a group cognitive behavioral therapy intervention for post partum depression." *Public Health Nurs*, 25 August 2020: 863-870.
- Malterud, Kirsti. *Kvalitative Metoder i Medisinsk forskning-en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
- Möreljus, Evalotte, Anna Elander og Emmy Saghamre. "A swedish translation and validation of the Mother-to-infant Bonding Scale." *Scandinavian Journal of Public Health*, 6 Februar 2020: 465-470.
- Noonan, Maria, Rose Galvin og Owen Doody og Julie Jomeen. "A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems." *Journal of Advanced nursing*, August 30 2016: 545-557.
- NSD (Norsk senter for forskningsdata). 2016. Database for statistikk om høyere utdanning. [Norsk senter for forskningsdata | NSD](https://www.nsd.uio.no/)
- Premji, Shahirose S, Gianella Pana, Genevieve Currie, Aliyah Dosani, Sandra Reilly, Marilyn Yong, Marc Hall, Tyler Williamson og Abhay K Lodha. "Mothers level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study." *Wiley Journal of clinical nursing*, 19 November 2017: e1120-e1133.
- Skoog, Malin, Inger Hallström og Vanja Berggren. "There`s something in their eyes- Child health services nurses experiences of identifying signs of post partum depression in non-swedish-speaking immigrant mothers." *Scand J. Caring*, 6 May 2016: 739-747.
- Slinning, Kari og Malin Eberhard-Gran. "Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel." I *Håndbok i småbarns psykiske helse*, av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, 323-341. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2015.
- Valla, Lisbeth og Ellen Solstad Olavesen. "Bruk av kartleggingsmetoder i helsestasjonstjenesten." In *Helsestasjonstjenesten- Barns Psykiske helse og utvikling*. Av Hanne Holme, Ellen Solstad Olavesen, Lisbeth Valla og Marit Bergum Hansen (red.), 385-396. Oslo: Gyldendal akademisk, 2019.
- Wozney, Loro, Janine Olthuis, Patricia Lingley-Pottie, Patrick J. McGrath, William Chaplin, Frank Elgar, Brianna Cheney, Anna Huguet, Karen Turner, Jillian Kennedy. «Strongest Families Managing our Mood (MOM): a randomized controlled trial of a distance intervention for women with post partum depression.» *Arch Womens Ment Health*, 7 Juni 2017: 525-537.

## Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstakts		Leste artikler	Inkluderte artikler
Public health nurse OG Postpartum depression OG Bonding Avgrens Artikler, siste fem år	26.08.2021	Oria	447	20		10	1
Public health nurse OG Postpartum depression OG intervention	01.09.2021	Cinahl	6	6		2	2
Post Partum Depression OG Public health nurse OG Home visit OG Mother Avgrens: Artikler, Siste fem år	06.09.2021	ORIA	1447	40		3	1
Post-Partum depression AND Public health nurse AND Support  2017-2021	06.09.2021	Cinahl	6	6		2	1
Public health Nurse AND Postpartum depression  Limit 2017-2021	06.09.2021	Cinhahl	8	2		1	1
Child health service AND Postpartum depression  Limit 2017-2021	06.09.2021	Cinahl	15	3		3	1
Post-Partum depression AND Child health nurse Limit 2016-2021	08.09.2021	Cinahl	10	6		1	1

## Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Referanse	Tittel	Hensikt	metode	Deltakere/fracfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	KVALITET
<p>Aliyah Dosani, Genevive Currie Gianella Pana, K.Lodha Marc Hall, Tyler Marilyn Young, Shahirose Premji Sandra Reilly, Williamson og Abhay</p> <p>2017</p> <p>Canada</p> <p>Wiley Journal of clinical nursing,</p>	<p>Mothers level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study</p>	<p>Bakgrunnen for denne studien var at forskerne ville finne ut hva det betydde å være mot til et sent prematurt barn, i tillegg til mors selvtillit i å gi barnet omsorg over tid og hvordan det påvirket fødselsdepresjon. Mødrene fikk støtte av helsesykepleiere i denne studien.</p> <p>Metoden var en blanding av sekvensiell forklarende kvantitativ og kvalitativ studie.</p>	<p>Mixed method (kombinerte metoder) Kvantitativ og kvalitativ kombinert</p>	<p>Mødre med levendefødte bar. Helsesykepleiere tok kontakt med alle mødrene. 239 mødre ble spurt. 188 takket ja, 71 mødre fullførte studien.</p>	<p>Resultatene viste at mors selvtillit avtok fra barnet var 3-4 uker og 6-8 uker etter fødsel og lignende symptomer ble funnet hos mødre som led av fødselsdepresjon. Depresjonen hadde en negativ effekt på mors selvtillit i sin omsorgsrolle.</p>	<p>Etisk godkjent av The Conjoint Health Research Ethics Board at the university of Calgary (Ethics ID: REB15.30_REN1).</p>	<p>NIVÅ 2</p>
<p>Anna Elander, Emmy Saghamre. Evalotte Mörelius,</p> <p>2020</p>	<p>«A swedish translation and validation of the Mother-</p>	<p>Denne studien hadde som mål å teste innledende gyldighet, og gjennomførbarhet</p>	<p>Tverrsnittstudie metodisk design</p>	<p>67 mødre deltok i studien, 4 av dem ble ekskludert fordi de ikke fullførte spørreskjemaet.</p>	<p>Resultatene viste at mor-til-barn tilknytningsskalaen viser god gjennomførbarhet</p>	<p>Godkjent av the Regional Committee for Medical Research in Sweden</p>	<p>NIVÅ 1.</p>

Sverige <i>Scandinavian Journal of Public Health</i>	to-infant Boning Scale.»	av mor-til-spedbarn tilknytningsskalaen i et utvalg av svenske mødre.			og gyldighet i å måle mors følelser til hennes nyfødte barn.	(2016/89-31;2017/89-41)-	
Bahar Amani, Daniella Bendo, Layton, Haley, PeterJ. Bieling, Ryan J.Van Lieshout  2020 <i>Public Health Nurs</i>	«Public health nurse's experiences learning and delivering a group cognitive behavioural therapy intervention for postpartum depression. »	Bakgrunnen for denne studien var å finne ut hva erfaringen var til 6 helsesykepleiere som hadde trening i kognitiv gruppeterapi, og hvilken hjelp de ga mødre med fødselsdepresjon. Hvordan de opplevde det i setting som helsesykepleier, og å beskrive hvordan dette påvirket helsesykepleieres profesjonelle og private liv.	Kvalitativ studie.	6 deltakere	Temaene som kom frem i denne studien var at dette: 1. Det var flere komponenter i kognitiv terapi som helsesykepleierne satte pris på å kunne bruke. 2. Det ga fordeler som de brukte i rollen som helsesykepleier. 3. De kunne bruke det i praksis. 4. De kunne bruke det i privatlivet.	Etisk godkjent av The Hamilton Integrated Research board	NIVÅ 1
Anna Huguet, Brianna Cheney, Frank Elgar Janine Olthuis,	Stongest Families Managing out Mood(MOM):	Bakgrunnen for denne studien var å finne ut om behandling på	Randomisert kontrollert studie	191 mødre fullførte den innledende screeningen. 101 mødre takket nei til	Resultatene viste at dette var en effektiv behandlingsform	Etisk godkjent av IWK Health Centres Research Ethics board and other	NIVÅ 1

<p>Jillian Kennedy Karen Turner, Loro Wozney, Patrichia Lingley-Pottie, Patrick J. McGrath, William Chaplin,</p> <p>2017</p> <p>Canada</p> <p>Arch Womens ment health</p>	<p>A Randomized Controlled Trial of a distance intervention for women with postpartum depression.</p>	<p>avstand, via telefon, kunne i betydelig grad redusere mild til moderat fødselsdepresjon hos mødre i forhold til vanlig behandling.</p>		<p>å delta. 78 mødre møtte ikke inklusjonskriteriene. 62 kvinner gjensto som fullførte. De ble delt i 2 grupper.</p> <p>Gjennomsnittsalder var 29.03 år</p>	<p>som mødre rapporterte at de var fornøyde med behandlingen, og som kostet lite. Dette er et program som kan være en effektiv behandlingsform for mødre som opplever stigma knyttet til fine følelser når de opplever en fødselsdepresjon.</p>	<p>applicable Ethics review Boards within Nova Scotia.</p>	
<p>Alan W. Gemmil Charlene Holt Janette Milgrom</p> <p>2017</p> <p>Australia</p> <p>Arch Womens Ment Health,</p>	<p>Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: A cluster randomised controlled trial of motivational interviewing</p>	<p>Målet med denne studien var å finne ut om en kort støttesamtale gjort av helsesykepleiere i sammenheng med en rutine screening av fødselsdepresjon og emosjonell helsevurdering gjør det lettere for mødre som har fødselsdepresjon å søke hjelp.</p>	<p>Kluster Randomisert kontrollert studie</p>	<p>87% av mødre gjennomførte studien</p> <p>246 fra motiverende intervju studien og 222 kvinner som fulgte normal rutine for oppfølging på helsestasjonen.</p>	<p>Denne studien viser at en støttesamtale kan bli brukt ved en rekke helseutfordringer, og at det er effektivt selv i korte konsultasjoner. Behandling for emosjonelt stress i det første året etter fødsel kan ved hjelp av en støttesamtale bli bedre som en part</p>	<p>Alle deltakerne fulgte den institusjonelle og National forskningskomite sine etiske standard</p>	<p>NIVÅ 1</p>

					av rutinemessig screening for fødselsdepresjon. Dette er sentralt med tanke på de store konsekvensene fødselsdepresjon kan ha for mor og hennes familie. Helsesykepleiere forteller at i denne studien var brukbar for deres praksis og at de følte selvtillit når de brukte den. Mødrene opplevde samtalen de hadde med helsesykepleier om deres emosjonelle velvære hjalp dem.		
Cathrine Hystad Håberg Eva Langvik Helene Storholt  2020  Norge	Routine Screening for postpartum depression puts mental health on the agenda	Dette forskningsprosjektet ble dratt frem i lyset på grunn av implikasjonen av Edinburgh postnatal depression	En kvalitativ tilnærming med tematisk analyse ble brukt	8 deltakere	Det ble identifisert fire nøkkeltemaer: Persepsjonen om at screening setter mors mentale helse på agendaen, at	Etisk godkjent av Det norske senteret for forskningsdata (prosjekt nummer 54814).	NIVÅ 1

<p>Sykepleien Forskning</p>		<p>Scale(EPDS) som en rutinedel av Trondheims plan for fødsel og barselomsorg.</p>			<p>temaet fødselsdepresjon ble ansett som mindre invasiv (mer normalt) når alle nybakte mødre ble screenet for fødselsdepresjon, at EPDS fanger opp det magefølelsen mangler, og at klinisk vurdering er et godt verktøy som brukes i tillegg.</p> <p>Konklusjon: Funnene fra denne studien støtter tidligere studier som viser at EPDS er et verdifullt verktøy ved screening av fødselsdepresjon. Og at påbudt screening gjør det lettere å snakke om temaet psykisk helse. Den viser og</p>		
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--



					det grunnleggende av at helsesykepleier bruker sin kliniske vurdering i tillegg når de screener for fødselsdepresjon.		
Julie Jomeen, Maria Noonan, Owen Doody og Rose Galvin  2016  Irland  <i>Journal of Advanced nursing</i>	«A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems.»	Bakgrunnen for denne studien var å finne ut om helsesykepleiers utdanning, trening og profesjonelle støtte trengs i forbindelse med mors mentale helse etter fødsel	Kvantitativ beskrivende	105 deltakere	Denne studien viser at helsesykepleiere trenger mer trening og profesjonell utvikling når det kommer til holdning rundt mental helse uttrykk for psykologisk stress rundt kulturer.	Etisk godkjent	NIVÅ 1
Inger Hallström Malin Skoog, Vanja Berggren  2017  Sverige  Scandinavian Journal of Caring Sciences	There`s something in their eyes- Child Health services nurses experiences of identifying signs of postpartum depression in	Bakgrunnen for denne studien var å vurdere svenske helsesykepleieres erfaring i å vurdere tegn på fødselsdepresjon hos mødre som ikke snakket svensk.	Kvalitativt design	13 deltakere	Resultatene fra denne studien viser det å ha mulighet til å oversette mødre som ikke snakket svensk tegn på fødselsdepresjon, krevde at de etablerte og hadde et konstant	Etisk godkjent av The Regional Ethics committee (case no.213/132)	NIVÅ 1

	non-swedish-speaking immigrant mothers				forståelses forhold mellom kulturene. Bruk av kulturell kunnskap var en god bakgrunn for å forstå tegn på fødselsdepresjon.		
--	--	--	--	--	---	--	--