

Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon?

Idunn J. Nygård, RN., Dagfinn Nåden, RN, HVD, professor, Høgskolen i Oslo, Berit Foss, RN, Cand.San, høgskolelektor, Høgskolen i Oslo.

HOW CAN CONVERSATION CONTRIBUTE TO ALLEVIATE SUFFERING AND REGAIN HEALTH IN WOMEN WITH POSTNATAL DEPRESSION?

ABSTRACT

Background and purpose: Ten to fifteen per cent of new mothers suffer from postnatal depression. The purpose of this study is to increase our understanding about how to use conversation to alleviate these women's suffering and help them to regain their health.

Method: The article is based on a literature study of articles and publications gathered from the databases Medline and Cinahl. The results are interpreted in a caring science perspective, more specifically Katie Erikssons theories on health and suffering. The methodology is based on Gadamer's hermeneutic philosophy.

Results and conclusion: 1) The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as starting point and tool for conversation; 2) Using active listening and confirming skills; 3) Offer the woman opportunities to talk about feelings and experiences.

Being conscious of one's own ethos yields the public health nurse courage and strength to relate to and confirm the women's suffering giving them time and space to suffer to gain reconciliation.

Innledning

Denne artikkelen omhandler fødselsdepresjon og hvordan samtale kan bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos nybakte mødre med fødselsdepresjon. Fødselsdepresjon kjennetegnes av tristhet, selvbebreidelse, lav selvfølelse og tendens til gråt, energiløshet og søvnforstyrrelser i månedene etter en fødsel (1,2,3). Risikofaktorer for å utvikle en fødselsdepresjon kan være faktorer i kvinnens liv som fører til stress. Dette kan være forhold som blant annet dårlig økonomi, dårlig kommunikasjon i parforholdet, og i tillegg kan ansvaret for barnet oppleves belastende (1,2).

Fødselsdepresjon er en tilstand som rundt 10% av norske barselkvinner opplever (4). Likevel er lidelsen lite snakket om og knyttes av mange til skam og mislykkethet (1,5). Morsrollen blir sett på som essensiell for barnet, og dette kan oppleves som en sosial norm som tilsier at mor bør være lykkelig etter en barnefødsel og ha tilværelsen under kontroll (5,6). I en periode etter fødselen er det vanlig at kvinnen blir mer sårbar enn hun vanligvis er (7,8). Denne økte sårbarheten kan forstås som en åpenhet eller sensitivitet i mors følelsesliv, som gjør henne klar for å knytte sterke bånd til barnet (7). Den naturlige sårbarheten etter fødselen hjelper mor å møte barnets behov ved at hun er mer åpen for egne tanker, følelser, impulser og ideer (7). Men vurderingene mor gjør av seg selv og barnet kan også inneholde tanker om mulige mangler ved egen omsorgsevne, morsrolle og evne til å leve det livet hun hadde forestilt seg sammen med barnet. Dersom mor oppfatter at hennes evne til å takle den nye situasjonen er lavere enn det hun på forhånd forventet, kan dette føre til depresjon (5,6,9).

Uansett hvilke faktorer som har bidratt til depresjon, kan følelsen av å være utilstrekkelig, mangelfull og mislykket i morsrollen forstås som kjernen i lidelsen. Den deprimerte mor skammer seg ofte over de negative tankene og kan oppleve at 'alle andre' faller perfekt inn i morsrollen, og 'det er bare jeg som har det slik'. Den deprimerte kvinnen forsøker derfor ofte å skjule sin lidelse for omverdenen ved å sette opp en tilsynelatende vellykket fasade, eller ved å isolere seg (1,2,5,6).

Sped- og småbarns tidlige erfaringer har betydning for barnets utvikling, og fødselsdepresjon hos mor har ofte innflytelse på barnet (2,6). Det er derfor av betydning å gjøre en innsats overfor mødre med fødselsdepresjon for å forebygge problemer hos barnet senere i livet (3,10). I Norge kommer helsesøstre i jevnlig kontakt med så godt som alle

kvinner i løpet av deres barns første leveår. Dette gir helsesøster en unik mulighet til å oppdage og bidra i behandlingen av en eventuell fødselsdepresjon på et tidlig stadium (1,7,10,11). Å tilegne seg og deretter anvende kunnskap om fødselsdepresjon er sentralt for helsesøstre, jordmødre og sykepleiere som arbeider med barselkvinner. Denne artikkelen vil imidlertid ha fokus på helsesøsters arbeid.

Denne studien har sitt utgangspunkt i et omsorgsvitenskapelig perspektiv, og dette perspektivet betrakter mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd (12). Dette innebærer at mennesket ikke kan reduseres til en medisinsk diagnose, da mennesket også innehar en eksistensiell og åndelig dimensjon. Dette gir føringer for denne studien, hvor fødselsdepresjon er mer betraktet som en lidelse (suffering) enn som en medisinsk diagnose. Når oppmerksomheten rettes mot å lindre lidelse og fremme helse, er samtale i dette perspektivet betraktet som å være en relevant og naturlig tilnærming til kvinner med fødselsdepresjon.

Hensikt

Hensikten med studien er todelt. For det første er hensikten å få økt forståelse for hvordan samtale med kvinner som har fødselsdepresjon beskrives i forskningslitteraturen. For det andre er hensikten å få forståelse for hvordan samtale kan bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon.

Studien har to forskningsspørsmål:

1. Hvordan er samtale med kvinner som har fødselsdepresjon beskrevet i forskningslitteraturen?
2. Hvordan kan resultatene forstås i lys av et omsorgsvitenskapelig perspektiv?

Det første forskningsspørsmål søkes besvart ved gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Det andre forskningsspørsmålet besvares gjennom tolkning av resultatene i lys av et omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Metode

Denne artikkel er basert på en litteraturstudie hvor det er søkt etter vitenskapelige artikler relatert til fødselsdepresjon og samtale. Artiklene er studiens materiale.

Metode for innsamling av data

Når det gjelder forskningsspørsmål 1 ble vitenskapelige artikler relatert til fødselsdepresjon og samtale søkt opp i databasene Medline og Cinahl. Søkene er planlagt med følgende inklusjonskriterier:

- Artiklene skal være referee-bedømte
- Artiklene skal være publisert på engelsk eller et skandinavisk språk
- Artiklene skal være publisert i år 2000 eller senere
- Artiklene skal omhandle fødselsdepresjon og/eller samtale

Søkene etter artikler ble gjort med kombinasjoner av følgende søkeord: «postpartum depression», «postnatal depression», «maternal», «nurse», «health visitor», «treatment», «conversation», «counseling» «listening» og «EPDS». Det er benyttet samme søkeord og kombinasjoner på både Cinahl og Medline. Av i alt 250 treff ble de 66 mest relevante abstraktene lest. Av disse ble 28 artikler lest i sin helhet. Deretter ble 11 vitenskapelige artikler og en doktorgradsavhandling valgt ut som materiale for studien.

Metode for dataanalyse

Artiklene ble valgt ut og lest av førsteforfatter. Kunnskap om samtale og fødselsdepresjon er oppnådd ved følgende tre trinn: 1) ved å identifisere den del av artiklene som beskrev samtale ved fødselsdepresjon; 2) ved å identifisere hvordan samtale ved fødselsdepresjon beskrives i artiklene; 3) ved å oppsummere karakteristikken av funnene på en meningsfull måte (13). Hver artikkel ble lest grundig for å finne de områder i teksten som beskrev samtale med kvinner med fødselsdepresjon. For å få bedre oversikt over artiklene ble det ført protokoll over hver studie. Protokollen inkluderte hensikt, metode og resultater fra hver studie. De temaer som gjentok seg og var et fellestrekk ved artiklene ble oppsummert som sentrale resultater. Epistemologisk vurdering av artiklene ble ikke gjort, da interessen var rettet mot å finne ut hva som var det innholdsmessige fokus relatert til samtaler ved fødselsdepresjon. De tekstene som ble identifisert som sentrale når det gjelder samtale med kvinner med fødselsdepresjon ble nedfelt i egen protokoll. Deretter ble tekstene analysert for å finne ut hva som fremstod som felles tema i tekstene.

Teoretisk perspektiv

En forskers teoretiske perspektiv er en del av forskerens forforståelse. Forfatterne av denne artikkel har en forforståelse med utgangspunkt i omsorgsvitenskap, og er av den mening at omsorg er grunnleggende verdi i all sykepleie, både som profesjon og akademisk disiplin. I denne artikkel brukes det norske begrepet omsorgsvitenskap, selv om originalkilder som er brukt i denne artikkel anvender vårdvitenskap og caring science.

Det finnes ulike omsorgsvitenskapelige perspektiv, og denne artikkel har sitt utgangspunkt i det omsorgsvitenskapelige perspektiv som er utviklet ved Åbo Akademi i Vasa. Eriksson (14) hevder at å anvende et teoretisk perspektiv innebærer å velge en måte å se på og avgrense virkeligheten. Denne artikkelens omsorgsvitenskapelige perspektiv har sitt fundament i ontologiske grunnantagelser, som beskriver omsorg som naturlig menneskelig, og at omsorg har sitt motiv i nestekjærlighet (caritas). Lidelse blir sett på som noe mer enn sykdom, og Eriksson (15) hevder at lidelsen er en del av helsen og kan gi helsen mening. Gjennom lidelse får mennesket en bevissthet om å være enestående og unik som menneske, noe som inngår i den helheten som er helse (15). Helse forutsetter at mennesket opplever lidelsen som utholdelig (12,15). Eriksson (16) ser på helse som noe en er, ikke noe en har. Helse er en naturlig tilstand hos mennesket. Den er ikke karakterisert av fravær av sykdom, men av en individuell følelse av å være hel og føle velvære. Helse knyttes til vekst og utvikling på et personlig plan (16). Det omsorgsvitenskapelige perspektiv har sin grunn i et ethos som vektlegger et 'indre bør' fremfor ytre etiske regler og prinsipper (17).

Tolkning

Studiens metodologi har sitt utgangspunkt i Gadamer's hermeneutiske filosofi. Ifølge Gadamer (18) er det viktig å forstå tekstens mening ut fra sin forforståelse/sitt perspektiv, og ikke ut fra tekstforfatterens

intensjoner med den skrevne tekst. Gadamer (18) hevder at de spørsmål som stilles til en tekst stilles i et spesifikt perspektiv. Det er forståelse av 'selve saken' som gjelder. I denne studien er saken knyttet til hvordan samtale kan bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon. Det er nødvendig å bevisstgjøre sin forforståelse (18,19). Det er imidlertid ikke mulig å få frem hele sin forforståelse, men å være eksplisitt på sitt teoretiske perspektiv er mulig. I den forbindelse er det av betydning å være klar over at et annet perspektiv gir en annen fortolkning.

For å oppnå en dypere forståelse enn en ren beskrivelse av vitenskapelige artikler, er litteraturen først beskrevet og deretter tolket i lys av et omsorgsvitenskapelig perspektiv. Ifølge Eriksson og Lindström (20) er den deskriptive-eksplorative kunnskapssøken nødvendig for å fange de 'synlige' strukturene som bærer spor av dypere kunnskap. Tolkningen kan dermed betraktes som en mulighet for dypere forståelse med høyere abstraksjonsnivå enn den første beskrivelse av de vitenskapelige artiklers sentrale innhold. Ved å søke felles forståelse for samme sak er det mulig å oppnå det Gadamer (18:290) kaller å bli hevet opp til en større universalitet.

Resultater

Svar på forskningsspørsmål 1 vil først bli presentert. Samtale med kvinner med fødselsdepresjon blir presentert slik det beskrives i vitenskapelige artikler. Deretter presenteres svar på forskningsspørsmål 2 ved at resultatene vil bli diskutert og tolket i lys av omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Samtale med kvinner med fødselsdepresjon

Resultater fra gjennomgang av vitenskapelige artikler presenteres som følgende temaer: 1) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) som utgangspunkt og redskap for samtale; 2) aktiv lytting med bekreftende ferdigheter; og 3) muligheter for kvinnen til å snakke om sine følelser og opplevelser.

EPDS som utgangspunkt og redskap for samtale

Forskning har vist at ved å benytte EPDS, et standardisert kartleggingsverktøy, kan flere kvinner med fødselsdepresjon få hjelp (1,4,21,22,23). EPDS ble utviklet av den britiske psykiateren John Cox og hans kollegaer i 1987, spesielt for å identifisere depressive symptomer hos mor etter fødsel (1). Verktøyet består av ti spørsmål som kvinnen besvarer. Ut ifra svarene får hun en tallscore som sier noe om det er sannsynlig at hun lider av en fødselsdepresjon (3,4,5,9,10,11). Kvinnens svar på spørsmålene i spørreskjemaet skal brukes som et utgangspunkt for samtale med helsesøster rett etter utfyllingen har funnet sted. I tillegg til tallscoren kan samtalen bidra til å vurdere kvinnens eventuelle behov for videre behandling (10,24). For å sikre at skalaen brukes på en etisk og faglig forsvarlig måte, er det også viktig at utfyllingen av skjema og den første samtalen kun betraktes som første leddet i en tiltakskjede som kan gi nødvendig hjelp over tid, enten med videre samtaler eller annen form for behandling (3,5,9,10).

Aktiv lytting og bekreftende ferdigheter

Det har blitt gjort flere vitenskapelige studier på samtaler med kvinner med fødselsdepresjon. Bronwen, Howells & Jenkins (3), Turner, Chew-Graham & Sharp (5) og Shakespeare, Blake & Garcia (9) kaller samtalen for 'listening visits'. Bronwen, Howells & Jenkins (3) beskriver det som sentralt at helsesøster har fått opplæring i å lytte og oppmuntrer kvinnen underveis i samtalen. I undersøkelsene til Turner, Chew-Graham & Sharp (5) understreker mottakerne det som positivt å få mulighet til å snakke om og diskutere følelser samt å få støtte fra helsesøster. Kvinnene som ble intervjuet av Shakespeare, Blake & Garcia (9) sier at det var godt å få snakke om problemene. De mente det er viktig at helsesøster ikke er dømmende, at hun gjør problemet allment og at de to har et godt forhold. Morrell et al. (25) kaller samtalen for 'psychologically informed approaches' med fokus på å møte hver kvinnes individuelle behov for samtale og videre behandling. McCarthy & McMahan (6) skriver om hvordan helsesøster kan bekrefte kvinnens problemer og

gjøre problemet allment ved å fortelle at det er mange som lider av det samme. Hun kan gjennom samtalen arbeide med å bryte ned romantiserte tanker mor har av seg selv og det å være mor. Glavin et al. (10) kaller samtale med en kvinne med fødselsdepresjon for 'supportive counseling' og skriver at dette innebærer aktiv lytting og empatisk kommunikasjon. Studien understreker betydningen av en god relasjon mellom samtalepartene og viktigheten av at helsesøster er oppmerksom på enkelte sentrale elementer i samtalen: 1) Å lytte og forsøke å se situasjonen fra kvinnens synspunkt, 2) undersøke om en har forstått riktig, 3) behandle kvinnen med respekt og hensyn, 4) være selvbevisst, aksepterende og åpen i møtet med kvinnen.

Kvinnens mulighet til å fortelle om sine følelser og opplevelser

Mange deprimerede mødre oppsøker ikke hjelp i frykt for å møte dømmende holdninger, bli sett på som en dårlig mor, bli satt på medisiner og kanskje til og med fratatt omsorgsretten for barnet (6,8,9). Kvinnene i flere studier er positive til samtaleterapi framfor medisiner som hjelp for sin fødselsdepresjon (5,8,9). Flere kvinner påpeker at grunnen til dette er at de ikke ser på samtale som 'behandling', og at de er redd for avhengighet av medisinerne. Mange er også redde for å skade barnet ved at medisinerne kanskje overføres til barnet gjennom morsmelk (5,8,9). Highet & Drummond (26) hevder at samtaleterapi og medikamenter kan hver for seg gi symptombedring, men samtaleterapi er foretrukket med henblikk på bedring i et lengre perspektiv.

Det er positivt om den deprimerede mor gjennom samtalen kjenner seg fri til å snakke om sine opplevelser og tanker med en utenforstående (5,6,8,9,25). Videre må mor selv være i sentrum for samtalen, ikke barnet (5,6). Samtaler med helsesøster kan gjøre at mor føler at hennes problemer blir tatt alvorlig, at hun blir hørt og forstått (5,6).

Kvinner som har hatt samtaler med helsesøster i forbindelse med en fødselsdepresjon har i etterundersøkelser understreket viktigheten av en god relasjon (5,8,9,25). I tillegg fremhever de viktigheten av at helsesøster viser at hun har tid til å være der, at hun ikke er dømmende, framstår som empatisk og troverdig, at hun er oppmuntrende og ikke minst kunnskapsrik (5,8,9,25). For å kunne oppnå dette fremheves viktigheten av at helsesøster har fokus på fødselsdepresjon og har fått opplæring i bruken av EPDS (8,9,25). Opplæringen må også inneholde hvordan helsesøster kan følge opp kvinner som har en fødselsdepresjon med aktiv lytting, og hun må ha muligheten til å henvise videre til annen behandling om det skulle være nødvendig. På denne måten kan hver kvinne få god, individuell behandling (6,9,25).

Å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon

I denne delen av artikkelen vil de tre temaene presentert over bli tolket og diskutert i lys av det omsorgsvitenskapelige perspektiv. Her rettes oppmerksomheten mot lidelse og helse.

Å unngå en frisk/syk-klassifisering

Å lindre lidelse innebærer mer enn kun behandling av lidelsen med vekt på de symptomer som en person har fått. Ved kun å behandle symptomer er det en fare for å redusere lidelsen til en sykdom. Eriksson (15) mener at ved å redusere lidelsen til en sykdom kan tilnærmingen til personen som har lidelsen, i dette tilfellet kvinner med fødselsdepresjon, bli teknisk og instrumentell. Å redusere lidelsen til en sykdom hevder Eriksson (15) er å frata mennesket sine muligheter til å lindre sin lidelse, og dermed sine muligheter for vekst og forsoning. De vitenskapelige artiklene har vist betydningen av å nytte et standardisert kartleggingsverktøy (EPDS) som utgangspunkt for samtale med kvinnene. I den forbindelse synes det å være av betydning at helsesøster kan møte kvinnene på en måte som går utover kun det svarene fra kartleggingsverktøyet viser.

Nåden (27) understreker betydningen av kunstdimensjonen i sykepleien, og framfører at det er en individuell, kreativ og kjærlig tilnærming til pasienten. Samme forfatter hevder at kunsten kan betraktes som en forlengelse av vitenskapen. For at ikke bruk av EPDS-skjema skal få en teknisk og instrumentell karakter, er det av betydning at helsesøster er bevisst sitt ethos, som innebærer å være oppmerksom på sitt eget hjertes stemme (29). I ethos og caritas ligger grunnverdier for etikken

som omhandler menneskets absolutte og iboende verdighet. Verdighet innebærer helhet, indre frihet og et ansvar for eget og andres liv (28,29,30). Helsesøsters ethos og indre frihet har betydning for om helsesøster møter kvinnen med medfølelse og varme, og om hun lar kreativitet og intuisjon være førende i samtalen. I så fall vil helsesøster med sin tilnærming gi rom og muligheter for at kvinnens lidelsesberetning kan gå utover EPDS-skjemaets fastlagte struktur og ramme. Dagens mennesker savner ofte et språk for å uttrykke sin lidelse og sine innerste følelser. Lidelsen kan bli redusert til et sykdomsspråk eller til en fysisk lidelse (15). Lidelse betraktes som en uunngåelig del av livet. Lidelse er således noe mer enn sykdom. Den er en del av helsen og kan gi helsen mening. Gjennom lidelse får mennesket en bevissthet om å være enestående og unik som menneske, noe som inngår i den helheten som er helse (15). Å lindre lidelse gir muligheter til å se potensialet for vekst som ligger i lidelse som er utholdelig. På bakgrunn av dette vil fødselsdepresjon som en utholdelig lidelse kunne betraktes som et potensiale for vekst og styrket helse.

Å lindre lidelse og fremme helse

Å gå inn i lidelsen innebærer for Eriksson (15) å våge å være medaktør i det hun kaller 'lidelsens drama'. For å kunne lindre lidelse må helsesøster være åpen og villig til å gå inn i kvinnens lidelse og våge å høre hennes historie. Dette krever mot fra helsesøsters side, fordi hun også vil kunne møte sin egen lidelse i kvinnens historie. Om en tør å gå inn i en annens lidelse sammen med den lidende, kaller Eriksson (15) det for medlidelse (compassion). Medlidelse er kilden for all omsorg. Å være medlidende og å lindre lidelse innebærer å opprettholde pasientens verdighet, å ikke fordømme eller bruke makt og å gi den omsorg pasienten trenger. Makt kan utøves for eksempel ved ikke å ta den lidendes fortelling på alvor, og ved å ha forutbestemte tanker om hvordan en persons lidelse er (15). Vitenskapelige artikler har fremhevet betydningen av å la kvinnen få muligheter til å fortelle om sine følelser og opplevelser. Å ta den lidende kvinnens fortelling på alvor kan innebære å bære vitnesbyrd om kvinnens lidelse. Å bære vitnesbyrd vil ifølge Arman (31) innebære å være sammen med pasienten, og gi tilbake det man har sett, men også handle i forhold til hva man har oppfattet. Den lidende må oppleve å bli bekreftet og respektert for å føle seg trygg nok til å fortelle sin historie. Hun må oppleve at hun har rett til å være pasient. Eriksson (15) understreker viktigheten av å bekrefte lidelsen, og å gi tid og rom for å lide, noe som åpner opp for muligheten til forsoning.

Bekreftelse av lidelsen

For å kunne fange opp kvinnens tegn på lidelse, må helsesøster være åpen for kvinnens fortelling. Dersom hun fanger opp slike signaler, er det viktig at hun er klar over at en mor ofte kan føle skam på dette tidspunktet. Skammen kan føre til at hun har satt opp en vellykket fasade utad for å skjule sin opplevde mislykkethet (1,5,6). Hun forsøker på denne måten å håndtere sin lidelse og skam. Fasaden skjuler lidelsen for andre og ofte også for henne selv (30). Her kan helsesøster begynne sin bekreftelse ved å formidle at 'jeg ser' og 'jeg godtar'. Bekreftelse virker helende og kan oppleves som et anker for pasienten i en vanskelig situasjon (32). Helsesøster kan gjøre dette ved å lytte aktivt til hva kvinnen forteller rundt svarene på EPDS. Hvis kvinnen sier at hun føler det noen ganger kan bli litt for mye for henne, kan helsesøster svare med «det høres ut som at dette kan være vanskelig for deg, kanskje du vil fortelle meg litt mer om det». Hun anvender dermed aktiv lytting og bekreftende ferdigheter underveis i kvinnens fortelling, og oppfordrer til videre fortelling. Dette kan innebære en trøst for den lidende kvinnen, en forsikring om at her er det en som kommer henne i møte og 'ser' henne.

Ved å bekrefte lidelsen gir helsesøster den lidende 'tillatelse' til å lide. Forskning viser at enkelte deprimerede mødre ønsket at helsesøster hadde en holdning som viser at de har lov til å snakke om de dype, skambelagte og negative følelsene. Det er viktig at helsesøster ikke er dømmende, men viser at hun aksepterer kvinnen slik hun er (5,6,8). Den kontakten helsesøster og pasient får i bekreftelsen av lidelsen, blir veien til en realistisk reflekterende relasjon. Med bekreftelsen formidles nærhet og omsorg, og helsesøster gir således rom for pasienten til å lide.

Tid og rom for å lide

Når helsesøster og den lidende kvinnen har oppnådd en relasjon, kan kvinnen få tid og rom til å lide. Relasjonen skapes når helsesøster har mot til å gå inn i lidelsen, og pasienten aksepterer dette og slipper henne inn. Relasjonen er grunnnet i kjærlighet til medmennesket. Relasjonen er et nærvær og et ekte forsøk fra helsesøsters side til å være der og dele pasientens situasjon. Som følge av bekreftelsen er det ikke kun et passivt nærvær, men en allianse i lidelsens kamp (15). Når relasjonen skapes blir den et 'symbolsk rom' der samtalen kan foregå (33). Den lidende plasserer seg i relasjonen gjennom sin fortelling, og gjennom denne knyttes det bånd mellom de to. Da blir det helsesøsters oppgave å innta en aktiv lyttende posisjon ved å ta inn pasientens fortelling. Først da, i relasjonen, blir samtalen en hjelpende samtale. Kvinner med fødselsdepresjon har understreket betydningen av god tid og evne til nærvær hos samtalepartneren (5,8).

Fredriksson (30) hevder at pasienten selv også må lytte til sin fortelling og gjennom fortellingen begynne å tolke og forstå sin lidelse. Forståelse er en prosess der pasientens fortelling utgjør den første tolkningen av lidelsen (30), en tolkning som kan bekrefte eller nyanseres av helsesøster. Helsesøster kan da bidra ved å gjenfortelle eller reformulere deler av fortellingen i lys av sin kunnskap om depresjon. Gjenfortelling hjelper til med å danne en felles forståelse av pasientens opplevelser (5). Helsesøsters forståelse av pasientens fortelling hjelper pasienten til å forstå opplevelsene og følelsene og ordne dem kronologisk. Hun kan stille spørsmål som «når begynte du å få disse følelsene?», og på denne måten koble fortid, nåtid og fremtid sammen til en helhet. Dette kan tolkes som veien frem mot forsoning.

Forsoning

Å søke sammenheng innebærer å søke helhet og helse i lidelsens drama (15). Å se sammenheng mellom fortid, nåtid og fremtid kan være starten på koblingen av pasientens fortelling til en helhet, ved at fortellingen knyttes til pasientens liv. Her finnes alltid en sammenheng, og det er denne helsesøster og pasient kjemper for å finne. Forståelse av denne sammenhengen utgår fra pasientens forståelse av seg selv (30). Helsesøster kan for eksempel hjelpe kvinnen til å se sammenhengen mellom forventningene som mor og fødselsdepresjonen, og deretter rette tankene framover. Når de forstår sammenhengen, har den deprimerte kvinnen begynt å sortere sine tanker, og de to som kjemper sammen kommer til et vendepunkt. Ved vendepunktet raser fasaden sammen og lidelsen kan ikke skjules. Her kan pasienten risikere å miste alt, men får også muligheten til å hente tilbake den delen av seg selv som måtte ofres for lidelsen og fasaden (30;65). Når pasienten tar lidelsen inn som en del av seg selv og gjør den synlig, vil hun bli synlig som menneske, og fasaden blir synlig som fasade (30). Kvinnen blir da stående sårbar og synlig framfor helsesøster, som da står i en maktposisjon i forhold til hva som nå skal skje. Ved å vise mot og vilje til å stå i lidelsens kamp sammen med den deprimerte kvinnen kan helsesøster bekrefte kvinnens verdighet og sitt eget ethos. En slik tilnærming peker bort fra maktmisbruk og fram mot helse. På denne måten kan kvinnen beholde sitt herredømme i sin egen verden, og kan etter hvert framstå med styrket helse.

Konklusjon

På bakgrunn av gjennomgang av vitenskapelige artikler har denne studien vist at samtale med kvinner med fødselsdepresjon kan relateres til tre sentrale temaer. Disse temaer er: EPDS-skjema som utgangspunkt og redskap for samtale, aktiv lytting med bekreftende ferdigheter, samt kvinnens muligheter til å fortelle om sine følelser og opplevelser. Disse temaer er tolket og diskutert i lys av et omsorgsvitenskapelig perspektiv, med vekt på lidelse og helse.

Studien har vist betydningen av vitenskapelig kunnskap som grunnlag for kartlegging og oppfølging av kvinner med fødselsdepresjon. Studien har også vist at hvis anvendelsen av vitenskapelig kunnskap skal være omsorgsfull, og ikke kun teknisk og instrumentell, må den kombineres med sykepleiens kunstdimensjon. Sykepleiens kunstdimensjon har sin grunn i bevissthet rundt eget ethos og sikrer en individuell og omsorgsfull relasjon mellom helsesøster og den deprimerte

kvinnen. Hvis samtale med den deprimerte kvinnen skal medføre at pasienten føler seg ivaretatt og hjulpet, må samtalen ha sitt utgangspunkt i en etisk grunnholdning hos helsesøster.

Sykepleiens kunst kommer til uttrykk gjennom helsesøsters mot og vilje til å gå inn i lidelsen. Bevissthet om eget ethos kan gi kraft og mot til å gå inn i lidelsen. Helsesøsters kunnskap gir ethos retning mot omsorgens sak, som innebærer å lindre lidelse og fremme helse. Dette innebærer at helsesøster åpner opp tid og rom for den deprimerte kvinnen til å lide. Dermed åpnes muligheten til å nå fram til forsoning. Gjennom forsoning får lidelsen mening og blir en kraftkilde til helse. Dette gir kvinnen muligheter til å åpne seg for relasjoner med andre og seg selv, og nå fram til og knytte bånd til barnet.

Godkjent for publisering 10.02.2011

Idunn J. Nygård, RN., Dagfinn Nåden, RN, HVD, professor, Høgskolen i Oslo, Berit Foss, RN, Cand.San, høgskolelektor, Høgskolen i Oslo.

Idunn Jenny Nygård, idunnia@gmail.com.

Referanser

1. Eberhard-Gran, M., Slinning, K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007.
2. Gullestrup, L., Terp, I.M. Fødselsdepresjon. København: Psykiatri Fondens Forlag; 2008.
3. Bronwen, R.D., Howells, S., Jenkins, M. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;44(3): 248-255.
4. Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2009;23:705-710.
5. Turner, K.M., Chew-Graham, C., Folkes, L., Sharp, D. Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study. *Patient Education and Counseling* 2010;78:234-239.
6. McCarthy, M., Mahon, C. Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health care for Women International* 2008; 29:618-637.
7. Brudal, L.F. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Oslo: Fagbokforlaget; 2000.
8. Dennis, C-L., Chung-Lee, L. Postpartum depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *BIRTH* 2006;4:323-331.
9. Shakespeare, J., Blake, F., Garcia, J. How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study. *Journal of reproductive and infant psychology* 2006;2,(24):149-162.
10. Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., Ellefsen, B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing* 2009;66:1317-1327.
11. Glavin, K. Women with postpartum depression – an early identification and intervention study. Doctoral thesis. Oslo: Faculty of medicine, University of Oslo; 2010.
12. Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J. E. Theory of caritative caring. I: A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (red.). *Nursing theorists and their work*, sixth edition., St.Louis, Mosby; 2006;191-223.
13. Lindh, IB., Barbosa da Silva, A., Berg, A. & Severinsson, E. Courage and nursing practice: A theoretical analysis. *Nursing Ethics* 2010;17(5):551-565.
14. Eriksson, K. Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The new Clinical Paradigm from Nursing to Caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 1997;3(1):8-13.
15. Eriksson, K. Det lidende mennesket. Oslo: Tano; 1995.
16. Eriksson, K. Hälsans ide. Stockholm: Norstedts Förlag; 1989.
17. Eriksson, K. Ethos. I: K. Eriksson & U.Å. Lindström (red.). *Gryning 2: Klinisk vårdvitenskap*. Åbo: Åbo Akademi; 2003.

18. Gadamer, H.G. Sannhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Viborg: Arne Jørgensen og Systime AS; 2004.
19. Helenius, R. Förstå och bättre veta. Stockholm: Carlssons Bokförlag; 1990.
20. Eriksson, K., Lindström, U.Å. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede* 1999;11:358-364.
21. Berle, J.Ø., Aarre, T.F., Mykletun, A., Holsten, F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affect Disorders* 2003;76:151-156.
22. Boyd, R.C., LE, H.N., Somberg, R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Mental Health* 2005;8:141-153.
23. Harvey, S.T., Pun, P.K.K. Analysis of positive Edinburgh scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International Journal of Mental Health Nursing* 2007;16:161-167.
24. Wickberg, B., Hwang, P. Post partum depression – nedstämt och depression i samband med barnfödande. Sverige: Statens folkhälsinstitut; 2003.
25. Morrell, C.J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S.J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G.J., Nicholl, J. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *British Medical Journal* 2009;338:3045.
26. Highet, N., Drummond, P. A comparative evaluation of community treatments for post-partum depression: Implications for treatment and management practices. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:212-218.
27. Nåden, D. Sykepleiens kunstdimensjon. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1990.
28. Fredriksson, L., Eriksson, K. The Ethics of the Caring Conversation. *Nursing Ethics* 2003;2;(10):138-148.
29. Eriksson, K., Lindström, U.Å. (red.). *Klinisk vårdvetenskap. Gryning 2: Klinisk vårdvetenskap. Åbo: Åbo Akademi; 2003.*
30. Fredriksson, L. *Det vårdande samtalet. Akademisk avhandling. Pargas: Oy Tibo-Traiding Ab; 2003.*
31. Arman, M. Bearing witness: An existential position in caring. *Contemporary Nurse* 2007;27:84-93.
32. Nåden, D., Eriksson, K. The phenomenon of confirmation: An aspect of nursing as an art. *Int J f Hum Caring* 2000;4;(3):23-8.
33. Eriksson, K., Lindström, U.Å. Siktet, Sökandet, Slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. I: K. Eriksson & U Å. Lindström (red.). *Gryning – En vårdvetenskapelig antologi. Åbo: Åbo Akademi; 2000.*