



HØGSKULEN I VOLDA

Ma
Masteroppgåve i helse- og sosialfag
- meistring og myndiggjering

Depresjon under svangerskap og etter fødsel

45 studiepoeng

Helga Fjæra Bondevik
Desember 2011

FØREORD

Arbeidet med denne oppgåva har vore både interessant og krevjande. Eg har fått arbeidd med eit tema som vedkjem kvinner eg kan møta som jordmor og helsesøster. Takk til Modellkommuneforsøket som har gjeve meg tilgong på anonymiserte data frå kommunen der kartlegginga gjekk føre seg. Takk til kvinnene som samtykka til å vera med i kartlegginga. Utan informantar kunne det ikkje blitt nokon studie. Gravide og nybakte mødrer kan vera ei sårbar gruppe. Å setja fokus på psykisk helse kan forhåpentlegvis føra til ei betre oppfølging av dei kvinnene som treng det, og borna deira.

Stor takk til vegleiaren min, Signe Berit Bentsen for konstruktiv kritikk, ros og oppmuntring. Ho mista ikkje tålmodet eller trua på at dette skulle gå bra, men fekk meg til å ta i bruk egne ressursar, takla stress og gav meg ei oppleving av meistring! Det har vore flittig korrespondanse på e-post denne hausten, takk skal du ha. Takk også til medstudentar for mange kjekke studiedagar. Ei spesiell takk til kollokviegruppa for mange interessante diskusjonar og kjekke køyreturar der me løyste dei fleste problema på veg til og frå Haugesund.

Når det er så mykje som skal lesast og skrivast, er det andre ting som ikkje vert gjort. Spesielt det siste halve året har heimen vore prega av at mor i huset har vore student. Tusen takk til familien min som har vore svært positive heile tida. Takk til Solveig, Halfdan og Tarjei som har heia på mamma og overttydd meg om at eg kom til å klara dette. Aller mest takk til Gunnar, som alltid var interessert i å diskutera tema, og som dag etter dag – då eg trong det som mest – oppmuntra og støtta meg. Du har vore heilt fantastisk!

Finnås, desember 2011

Helga Fjæra Bondevik

SAMANDRAG

Bakgrunn og føremål

Tema i denne oppgåva er depresjon i samband med graviditet og barseltid. Det er ulike årsaker til at kvinner kan oppleve å verta deprimerte under svangerskap og etter fødsel. Ei målsetting er at gravide og nybakte mødrer med depressive symptom skal få god oppfølging så tidleg som mogeleg. Føremålet med denne studien var å undersøkje førekomst av depresjon ved hjelp av spørjeskjemaet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), og om det var ein samanheng mellom depresjon under svangerskap og etter fødsel. Vidare ønskte ein å undersøkje kva for nokre faktorar som kan ha samanheng med depresjon hjå kvinner i samband med svangerskap og fødsel.

Materiale og metode

I ein mellomstor landkommune vart 59 kvinner, som fødde i perioden frå juli 2010 til juli 2011, inkluderte i ein prospektiv longitudinell studie. Alle kvinnene som deltok, fylte ut EPDS skjema to gonger. Først i samband med svangerskapskontroll hjå jordmor i omlag veke 32, deretter ved kontroll hos helsesøster omlag 6 veker etter fødsel. I tillegg til EPDS, vart det registrert opplysingar frå fødselsmelding og helsestasjonskort. Depresjon vart definert som EPDS skåre ≥ 10 poeng. T-test og multippel lineær regresjon vart brukt til å analysere data.

Resultat

10,2% av kvinnene hadde forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskap, medan 5,1% hadde forhøga EPDS etter fødsel. Tre risikogrupper vart identifiserte: kvinner som hadde forhøga EPDS under svangerskap, førstegongsfødande eller operativt forløyste, hadde alle signifikant høgare gjennomsnitt EPDS skåre etter fødsel enn dei andre kvinnene.

Konklusjon

Førekosten av depresjon etter fødsel var halvert i høve til under svangerskapet, og var lågare enn det andre norske studiar har vist. Studien viste ein samanheng mellom depresjon under svangerskap og etter fødsel. Jordmødrer og helsesøstrer bør vera spesielt merksame på risikogruppene, slik at kvinner som har depressive symptom, kan verta fanga opp tidleg og få tilbod om adekvat oppfølging. Studien tyder på at EPDS kan vera eit nyttig verktøy for å identifisere kvinner som har depresjon, både i samband med svangerskap og etter fødsel.

ABSTRACT

Background and aims

There might be different causes of depression during pregnancy and in the postnatal period. In order to provide adequate follow-up of women with depression during pregnancy and after childbirth, it is essential to identify them at an early stage. The aim of this study was to investigate the prevalence of depression in this group of women, using the questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Further, it was investigated whether there was any association between antenatal and postnatal depression. Finally, possible risk factors associated with increased scores of EPDS were studied.

Material and methods

In a middle-sized rural municipality in Norway, 59 women delivering in the period from July 2010 to July 2011, were included in a prospective longitudinal study. All subjects filled in an EPDS questionnaire twice. The first time, at 32 weeks gestation during pregnancy, in connection with the antenatal check-up at the midwife's office. Next, at the well-baby clinic, 6 weeks after delivery. In addition to EPDS, data from the hospital's delivery charts and the babies' health charts were recorded. Depression was defined as an EPDS score ≥ 10 . T-test and multiple linear regression models were used to analyze data.

Results

10,2% of the pregnant women had an EPDS score of ≥ 10 , while 5,1% of the postnatal women had elevated scores. Three risk factors were identified: women having an elevated EPDS score during pregnancy, being pregnant for the first time, and having an operative delivery - all had significantly higher mean EPDS scores 6 weeks after delivery.

Conclusions

The prevalence of postnatal depression was considerably reduced compared to the prevalence during pregnancy, and was lower than what has been found in other Norwegian studies. Midwives and public health nurses should pay particular attention on women belonging to the risk groups, identifying those with depressive symptoms and provide adequate follow-up. EPDS seems to be a useful tool to detect women with depression, both during pregnancy and after child birth.

INNHALDSLISTE	side
1. INNLEIING	10
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Føremål og problemstillingar	12
1.3 Avgrensing og presisering av oppgåva	13
1.4 Presentasjon av oppgåva	13
2. TEORETISK PERSPEKTIV OG TIDLEGARE FORSKING	15
2.1 Livsløp	15
2.2 Tilknytning	18
2.3 Helse	20
2.3.1 Helsefremjande arbeid	21
2.3.2 Salutogenese	21
2.4 Psykisk helse	23
2.4.1 Depresjon	24
2.4.2 Kvinner si psykiske helse	25
2.5 Svangerskap, fødsel og barseltid	25
2.5.1 Vanlege reaksjonar under svangerskap og etter fødsel	26
2.5.2 Depresjon under svangerskap og etter fødsel	27
2.5.3 Risikofaktorar for depresjon under svangerskap og etter fødsel	28
2.5.4 Følgjer av depresjon under svangerskap og etter fødsel	30
2.6 Kommunehelsetenesta	31
2.6.1 Svangerskapomsorga	32
2.6.1.1 Jordmor si rolle i høve til dei gravide	32
2.6.2 Helsestasjonsverksemda	33
2.6.2.1 Helsesøster si rolle i høve til mor og det nyfødde barnet	33
3. FORSKINGSSPØRSMÅL	35
4. METODE	36
4.1 Kvantitativ metode	37
4.2 Design	37

4.2.1	Longitudinelt design	37
4.3	Deltakarar	38
4.3.1	Rekruttering og prosedyre	38
4.3.2	Inklusjonskriterier	39
4.3.3	Eksklusjonskriterier	39
4.4	Instrument i datainnsamlinga	41
4.4.1	Survey	41
4.4.2	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	41
4.4.2.1	Måleegenskapar	42
4.4.2.2	Opplæring av dei som brukar instrumentet	45
4.4.3	Demografiske og kliniske variablar	45
4.5	Statistikk	46
4.5.1	Deskriptiv statistikk	46
4.5.1.1	Sentraltendens	47
4.5.1.2	Spreiing	47
4.5.1.3	Frekvensfordeling	47
4.5.1.4	Normalfordeling	48
4.5.2	Målenivå	48
4.5.3	Statistiske analysar	49
4.5.3.1	T-test	50
4.5.3.2	Variansanalyse, F-test (ANOVA)	50
4.5.3.3	Korrelasjonsanalyse	51
4.5.3.4	Regresjonsanalyse	51
4.6	Etiske vurderingar	52
5.	RESULTAT	54
5.1	Deskriptiv statistikk	54
5.1.1	Beskriving av kvinnene	54
5.1.2	Beskriving av borna	54
5.1.3	Beskriving av dei 10 ulike delspørsmåla i EPDS under svangerskap og etter fødsel	54
5.1.4	Beskriving av tidspunkt for kartlegging med EPDS	63
5.1.4.1	Tidspunkt under svangerskap og etter fødsel for kartlegging med EPDS	63
5.1.4.2	Tidspunkt for kartlegging med EPDS gjennom året	64

5.1.5	Beskriving av endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel	65
5.1.5.1	Grafisk framstilling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel	66
5.1.5.2	Andel av forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap og etter fødsel	68
5.1.6	Fordeling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel	68
5.2	Statistiske analysar for å undersøkje endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel	70
5.2.1	Endring i gjennomsnittskåre på dei 10 ulike delspørsmåla i EPDS frå under svangerskap til etter fødsel	70
5.2.2	Fordeling, gjennomsnitt og endring av total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel	71
5.2.3	Endring av EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel i høve til kvinnene sin alder, talet på fødde born og sivilstand	72
5.3	Statistiske analysar for å undersøkje samanhengar mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS under svangerskap og etter fødsel	73
5.3.1	Samanheng mellom EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel i høve til alder, paritet og sivilstand	73
5.3.2	Samanheng mellom EPDS etter fødsel i høve til fødselsmåte, svangerskapsvarigheit, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, førekomst av amming og forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap	73
5.3.3	Samanheng mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel undersøkt med korrelasjonsanalysar	76
5.3.4	Forklaring av variansen i EPDS skåre etter fødsel og uavhengige variablar	77
5.4	Bortfallsanalyse	80
5.4.1	Skilnad i EPDS skåre mellom dei kvinnene som svarte på skjemaet både under svangerskap og etter fødsel i høve til dei som svarte på skjemaet anten berre under svangerskap eller berre etter fødsel	80
6.	DRØFTING	81
6.1	Drøfting av metoden	81
6.1.1	Kvantitativ metode	81
6.1.2	Longitudinelt design	82
6.1.2.1	Tidspunkt for intervju	82
6.1.2.2	Bortfall av informantar	82
6.1.2.3	Administrering av studien	83

6.1.2.4 Påverknad av deltakarane	84
6.1.3 Statistiske analysar	84
6.1.4 Utveljing av deltakarane	85
6.1.5 Instrument i datainnsamlinga	86
6.1.5.1 EPDS som instrument til å identifisera depresjon	86
6.1.5.2 Korleis EPDS vart brukt	86
6.2 Drøfting av deskriptive resultat	88
6.2.1 Kvinnene	88
6.2.1.1 Alder	88
6.2.1.2 Paritet	88
6.2.1.3 Sivilstand	89
6.2.1.4 Svangerskapsvarigheit	89
6.2.1.5 Fødselsmåte	90
6.2.1.6 Amming	91
6.2.2 Borna	92
6.2.2.1 Kjønn	92
6.2.2.2 Fødselsvekt	92
6.2.2.3 Apgar skåre	92
6.2.3 Drøfting av svara på dei 10 delspørsmåla som inngår i EPDS	93
6.2.4 Fordeling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel	97
6.2.4.1 Endring av EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel	97
6.2.4.2 Andel forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap og etter fødsel	98
6.3 Endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel	100
6.3.1 Endring i gjennomsnittskåre på delspørsmåla som inngår i EPDS (skala 0-3) frå under svangerskap til etter fødsel	100
6.3.2 Endring i gjennomsnitt EPDS totalskåre (skala 0-30) frå under svangerskap til etter fødsel	100
6.3.3 Endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel i høve til kvinna sin:	
6.3.3.1 Alder	101
6.3.3.2 Paritet	102
6.3.3.3 Sivilstand	103

6.4 Samanhengar mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel	104
6.4.1 Samanheng mellom EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel i høve til alder, paritet og sivilstand	104
6.4.2 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og fødselsmåte	104
6.4.3 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og svangerskapsvarigheit	105
6.4.4 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og fødselsvekt	106
6.4.5 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel, Apgar skåre og kjønn	106
6.4.6 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og førekomst av amming	106
6.4.7 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og forhøga EPDS ≥ 10 under svangerskap	107
6.5 Samanheng mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel undersøkt ved hjelp av korrelasjonsanalysar	107
6.6 Forklaring av variansen i EPDS skåre etter fødsel i høve til uavhengige variablar	109
6.7 Forskjell på EPDS skåre mellom inkluderte og ekskluderte kvinner	111
7. KONKLUSJON	112
8. PRAKTISKE IMPLIKSJONAR OG VIDARE FORSKING	113
9. REFERANSAR	116
10. VEDLEGG	132
Vedlegg 1 EPDS skjema	
Vedlegg 2 Samtykkeskjema	
Vedlegg 3 Brosjyre	
Vedlegg 4 Poeng skåre for EPDS	
Vedlegg 5 Brev frå NSD	
Vedlegg 6 Brev frå Modellkommuneforsøket	

1. INNLEIING

Eit svangerskap vert ofte beskrive som ei gledeleg hending i livet, men det er kanskje ikkje alltid slik (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Korleis ei kvinne opplever eit svangerskap, kan vera avhengig av mange ting, som til dømes kva fase i livet kvinna er i akkurat nå.

Livsløpsperspektivet handlar om korleis hendingar og handlingar tidleg i livet påverkar seinare helse og sosial tilpassing. Livsløpet er summen av mange banar på ulike område, mellom anna familie, utdanning, arbeid og helse som påverkar kvarandre gjensidig (Myklebust, 2007). Overgongar og vendepunkt kan stykka opp desse banane og gi livet ny retning. Svangerskap og fødsel høyrer med til ein sentral overgangsperiode i livet (Brodén, 2004). Ein overgangsperiode inneber rolle- og identitetsendringar, til dømes det å utvikla seg frå å vera nokon sitt barn til å verta mor til eige barn. Svangerskap kan også beskrivast som ei livskrise eller utviklingskrise der utfallet hjå mor kan vera anten modning og vekst eller stans i utviklinga (Erikson, 2000). I følgje Erikson har utviklingskrisene ulike utfordringar som den einskilde handterer forskjellig. Korleis ein har takla tidlegare utviklingskriser kan vera avgjerande for korleis ein taklar etterfølgjande kriser. Antonovsky (2000) hevdar at å oppleva tilværet som meningsfullt, gjer ein betre i stand til å meistra utfordringar.

Forsking tyder på at mor si psykiske helse kan ha innverknad på barnet si utvikling både før og etter fødselen (Blegen et al., 2010; Perry et al., 2011; Radtke et al., 2011; Zuckerman et al., 1989). Tilknytninga til barnet startar alt i svangerskapet og kan vera med og danna grunnlaget for trygg tilknytning og godt samspel mellom mor og barn etter fødselen (Brodén, 2004).

Brodén (2004) legg vekt på at mor si psykiske helse difor ikkje berre er eit isolert problem for kvinna, det kan også ha betydning for seinare generasjonar. Tidlegare studiar har vist at mor si psykiske helse også kan påverka sjølve svangerskapsutfallet, slik at det kan vera auka risiko for til dømes låg fødselsvekt hjå barnet, for tidleg fødsel eller keisarsnitt om mor er deprimert (Peacock et al., 1995; Li et al., 2009). Ei heilt ny norsk studie fann likevel at angst og depresjon ikkje påverkar fødselsvekta til barnet (Adams et al., 2011). For at helsetenesta skal kunne gi kvinner som kan vera deprimerte i samband med svangerskap og fødsel og borna deira best mogeleg oppfølging, treng ein både å vita om moglege årsaker til depresjon og å finna dei kvinnene dette gjeld så tidleg som mogeleg (Anker-Rasch, 2005). I

kommunehelsetenesta er det jordmødrer, fastlegar og helsesøstrer som har kontakt med gravide og kvinner som nettopp har født (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 1982).

Eit verktøy som har synt seg godt eigna til å identifisera kvinner som er deprimerte i samband med svangerskap og fødsel, er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003) (Vedlegg 1). EPDS er eit spørjeskjema som inneheld 10 spørsmål med fire ulike svaralternativ på kvart spørsmål, der kvinna skal kryssa av for korleis ho har opplevd kvardagen dei siste sju dagane. EPDS vart først og framst utvikla med tanke på å oppdaga kvinner med depresjon etter fødsel (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003), men det er også validert for bruk under svangerskap (Rubertsson et al., 2011; Adewuya et al., 2006). Det har i langt større grad vore forska på bruk av EPDS etter fødsel i høve til bruk av EPDS under svangerskap (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

1.1 Bakgrunn

Gravide og nybakte mødrer som er deprimerte kan vera vanskelege å fanga opp sjølv om dei har regelbunden kontakt med helsepersonell (Hearn et al., 1998; Johanson et al., 2000; Anker-Rasch, 2005). Dermed kan det henda at kvinner som har bruk for tett oppfølging både før og etter fødselen, ikkje får det. Som jordmor og helsesøster har eg opplevd at det kan vera vanskeleg å identifisera desse kvinnene. Ein norsk studie syner at fleire helsesøstrer også opplever det (Anker-Rasch, 2005). I kommunen der kartlegginga har gått føre seg, er det jordmor og fastlege som har svangerskapskontroll. Dei fleste gravide går både til jordmor og fastlege, medan nokre går berre til jordmor eller berre til fastlege. Dei fødande reiser til to ulike lokalsjukehus når dei skal føda. Det vert stadig kortare liggetid på sjukehus etter fødsel, og mange reiser heim før amming er etablert. Vanlegvis er det helsesøster som går på heimebesøk til dei som nettopp har født, men i denne kommunen høyrer dette med til jordmor sine arbeidsoppgåver. Ikkje alle får dette tilbodet då det ikkje er mogeleg ut frå ressursane jordmor har.

Kommunen er med i Modellkommuneforsøket, som er eit landsomfattande prosjekt der kommunar frå heile landet er med (Bufetat, 2009). Det er Barne-, ungdoms- og

familiedirektoratet som har ei koordinerende og overordna rolle. Prosjektet varer i perioden frå 2007-2014. Modellkommuneforsøket er eit prosjekt som er spesielt retta mot born med foreldre som er psykisk sjuke eller misbrukar rus. Oppgåva til modellkommunane er å finna fram til gode modellar for langsiktig og systematisk oppfølging av desse borna. Dette gjeld i heile perioden frå svangerskap til barnet når skulealder. Ein føresetnad for å vera modellkommune, er mellom anna at barnevernstenesta, helsestasjonsverksemda og den pedagogisk-psykologisk tenesta deltek aktivt i arbeidet.

Frå august 2010 har kommunen innført bruk av EPDS både under svangerskap (veke 28 - 34) og etter fødsel (ved 6 vekers undersøkinga av barnet) som eit av tiltaka i Modellkommuneforsøket. Samstundes med at kvinnene fyller ut EPDS skjema, vert dei spurde om samtykke til å delta i ei kartlegging av EPDS i kommunen (Vedlegg 2). Denne kartlegginga inneheld resultatet av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel samt opplysingar om ulike kliniske og demografiske variablar. Som student har eg fått tilgong på anonymiserte opplysingar frå kartlegginga til bruk i denne studien.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med denne studien er, ved hjelp av kartlegging med EPDS, å undersøkje om kvinner er deprimerte under svangerskap og etter fødsel, og om det er samanheng i førekomst av depresjon før og etter fødsel. Vidare vil eg undersøkje kva innverknad ulike demografiske og kliniske variablar kan ha på depresjon i denne perioden. Ut frå dette har eg følgjande hovudproblemstillingar:

- 1. Kva er førekomsten av depresjon hos kvinner under svangerskap og etter fødsel?**
- 2. Kva faktorar er med på å påverka depresjon under svangerskap og etter fødsel?**

1.3 Avgrensing og presisering av oppgåva

I høve til tidlegare forskning, vart det gjort litteratursøk i databasane PubMed (Medline), PsycINFO (OvidSP) og Svemed. Litteratursøket inneheldt følgjande søkeord: antenatal, antepartum, attachment, breastfeeding, counselling, depression, EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), gender preference, lifecourse, low birth weight, marital status, parity, partner relation, postnatal, postpartum, pregnancy, preterm, seasonal variation, sense of coherence og teenage pregnancy. For å få ei best mogeleg oversikt over og samanheng mellom teori og tidlegare forskning, har eg valt å presentera dette i same del av oppgåva (del 2).

Deltakarar til denne studien vart rekrutterte frå Modellkommuneforsøket si kartlegging av EPDS i kommunen. Det anonymiserte datamaterialet frå Modellkommuneforsøket inneheldt opplysingar frå kvinner som hadde svart på EPDS og som hadde født i kommunen i løpet av eit år (medio 2010 – medio 2011). Denne oppgåva har fokus på førekomst av og kva som kan påverka depresjon under svangerskap og etter fødsel. Berre kvinner som hadde svart på EPDS skjemaet både under svangerskap og etter fødsel, var med i undersøkinga,

Av omsyn til anonymiteten til deltakarane, vert ikkje namnet på kommunen der studien vart gjennomført nemnt. I denne oppgåva vert den difor omtala som “Kommunen” eller “vår kommune”. Det er ein middels stor landkommune.

1.4 Presentasjon av oppgåva

Teori og forskning som er relevant for tema i oppgåva, vert presentert i del 2. Det er teke med teori om livsløp, tilknytning, helse og salutogenese samt psykisk helse. Vidare vert svangerskap, fødsel og barselstid, og vanlege reaksjonar i høve til dette, beskrive. Deretter vert det gjort greie for depresjon under svangerskap og etter fødsel, samt risikofaktorar for og følgjer av depresjon. Til slutt i denne delen vert kommunehelsetenesta omtalt. Her vert det lagt spesielt vekt på jordmor og helsesøster sine oppgåver.

I del 3 vert det presentert åtte forskingsspørsmål i høve til det ein ønskte å undersøkje i studien. I metodedelen (del 4) vert kvantitativ metode og longitudinelt design, som er brukt i denne oppgåva, omtalt. Deretter vert det gjort greie for rekruttering av deltakarane. Vidare vert instrumentet for datainnsamlinga (EPDS) beskrive, før relevante demografiske og kliniske variablar vert omtalt. Ulike statistiske analysar som er brukt, vert så presenterte. Avslutningsvis vert etiske vurderingar omtalt.

I del 5 av oppgåva, resultatdelen, vert funna i studien gjort greie for. Det vert presentert resultat av statistiske analysar; deskriptivt, i høve til samanlikning av grupper, og i høve til samanhengar mellom variablar. Til slutt vert det tatt med ein bortfallsanalyse. Metoden som er brukt i denne undersøkinga, vert drøfta i del 6. Deretter vert funna frå studien diskutert og samanlikna med tidlegare forsking. I konklusjonen, del 7, vert dei viktigaste funna i studien lagt fram. Praktiske implikasjonar og vidare forsking vert beskrive i del 8.

2. TEORETISK PERSPEKTIV OG TIDLEGARE FORSKING

I teoridelen vert det, med særleg vekt på svangerskap og fødsel, tatt utgangspunkt i teori og forskning om livsløp, tilknytning mellom mor og barn, helse og salutogenese samt kvinner si psykiske helse generelt. Det vert gjort greie for vanlege og depressive reaksjonar i samband med svangerskap og fødsel. Mogelege risikofaktorar for, og følger av, depresjon under svangerskap og etter fødsel vert presenterte. Avslutningsvis vert kommunehelsetenesta og svangerskapsomsorga, samt jordmor og helsesøster si rolle i høve til gravide og nybakte mødrer, tatt føre seg.

2.1 Livsløp

Livsløpet er resultatet av samspelet av mange ulike livsbanar i skiftande samanhengar. Det som skjer i kvar av desse banane er påverka av tidlegare hendingar og handlingar, det som skjer nå i tida og forventingar til det som skal skje i framtida (Myklebust, 2007).

Livsløpsperspektivet kan vera til hjelp for å forstå dei tidlege fasane i livet der det kan vera mykje å henta i høve til helseførebygging. Svangerskap og fødsel er eit særskilt viktig område i denne samanhengen (Myklebust, 2007). Korleis foreldra meistrar utfordringar her, kan ha store følgjer for barnet sitt livsløp. Slik kan helse og sosial tilpassing i første del av livsløpet, ha gunstig verknad på resten av livet (Myklebust, 2007).

Menneskeleg utvikling og aldring er ein livslang prosess, dermed er livsløpet ei utvikling over tid. Kvart individ formar sitt eige liv ut frå mogelegheiter og avgrensingar den enkelte har til å velja (Elder et al., 2003). Elder (2003) hevdar vidare at livsløpet vert påverka av historisk tids plassering og erfaring. Ved fødselen vert eit menneske plassert inn i ein historisk samanheng, medan alder er ein bestemt fase i livet. Barndommen påverkar resten av livet, men denne utviklinga er ikkje uavhengig av samfunnet rundt. Føregåande utvikling og konsekvensar av overgongar, hendingar og levemønster vil variera, avhengig av kvar i livsløpet til den enkelte dette inntreffer. Historisk tid og stad kan spela ei rolle for om hendingar kan føra til god eller mindre god utvikling (Elder et al., 2003). Vidare legg Elder (2003) vekt på at livsløpsforskning er viktig for forståinga av individuell utvikling og aldring.

Livsløpsforskning handlar om å sjå mennesket i ein samanheng, der det vert lagt vekt på at livsløpet er påverka av mange andre faktorar enn dei som påverkar ein akkurat her og nå (Myklebust, 2007). Killén (2007) beskriv dette som at barndommen varer i generasjonar.

Bronfenbrenner sin sosial-økologiske modell som er sentral i høve til livsløpsteori, tar føre seg korleis overordna strukturar og system påverkar individuell utvikling (Heggen, 2007; Myklebust, 2007). Bronfenbrenner sin teori er ein systemteori der ”alt heng saman med alt”. Modellen har fire hovudelement: person, prosess, kontekst og tid. Den gjev utgangspunkt for å forstå både åtferd hjå enkeltpersonar og rammer for læring og utvikling. Det er fire grunnstrukturar i modellen hans: mikro-, meso-, ekso- og makronivået. Heilt sentralt er at alle desse nivåa stadig er i endring. Endring på eit nivå kan føra til endringar i heile systemet. Mikrosystemet dreier seg om barnet sitt nærmiljø, dei andletsnære relasjonane der barnet sjølv er til stades, det kan vera heim, skule og nabolag. Mesosystemet handlar om relasjonane til dømes mellom skule og heim, foreldre og vennegruppe. Med eksosystemet meiner Bronfenbrenner arenaer der barnet sjølv ikkje er til stades men som likevel påverkar barnet, til dømes foreldre sin arbeidsplass, arbeidstid, lønn og pendling. Makrosystemet har å gjera med vedtak på øvste nivå i samfunnet, langt borte frå barnet, men som likevel har betydning. Døme på dette kan vera politiske system, statsbudsjett og miljøpolitikk. Seinare har Bronfenbrenner også lagt vekt på eit femte nivå: kronosystemet eller tidsdimensjonen, noko som kan samanliknast med livsløpsperspektivet. Eit kvart individ lever i ulike samanhengar, slik får nye tider nye helseutfordringar (Heggen, 2007; Myklebust, 2007).

Myklebust (2007) legg vekt på to overordna prinsipp i det teoretiske utgangspunktet for sin livsløpsmodell, både Elder si livsløpsforskning og Bronfenbrenner sin sosialøkologiske modell. For det første er utvikling og aldring ein livslang prosess. Livsløpet startar før fødselen, ved befruktinga, og difor kan fosteret verta påverka av livsstilen til mor og far. Livsløpet er også samansett av prosessar på ulike nivå. Utviklinga vert gjensidig påverka både av fysiologiske, psykologiske og sosiale prosessar som kan ha innverknad på ulike område, til dømes utdanning, arbeid, helse, fritid, pardanning og reproduksjon. Overgangane i kvar av desse områda er særst viktige (Myklebust, 2007).

Svangerskap og fødsel høyrer med til overgangar i livet og kan opplevast ulikt sjølv om omstendigheitane er dei same. Det er ein tendens til å sjå på overgangar som positive eller negative periodar. Svangerskap vert oftast sett på som ein positiv overgangsperiode som vanlegvis fører til vidare vekst og modning (Brodén, 2004; Brudal, 2000). George (2003) beskriv fire tilhøve ved overgangar i livsløpet som kan knytast til svangerskap og fødsel, og som kan vera avgjerande for korleis kvinna opplever svangerskapet:

- Tidsplassering av overgongar i livsløpet, til dømes kva tid i foreldrelivsløpet borna kjem, og korleis helsetilstanden til foreldra er.
- Tidslengd mellom overgongar, til dømes kor lenge svangerskapet varer.
- Rekkefølgen mellom overgongar, til dømes om kvinna vert gravid i eit etablert parforhold og om ho har same partner som ho hadde ved førre svangerskap.
- Overgongstettleiken, til dømes om det skjer andre overgongar i same tidsrommet som kvinna er gravid.

Når det gjeld studiar om livsstil og helse, er det to hovudretningar: Forsking på korleis livsstil i vaksen alder påverkar helsa, og korleis miljøpåverknad i kritiske og sensitive fasar i fosterliv og barndom påverkar helsa (Myklebust, 2007). Livsstil vert oftast etablert gjennom oppvekstmiljøet tidleg i livet, dette handlar om sosialiseringprosessar. Menneske kan ikkje ha full kontroll over kva som skjer, difor må ein til ei viss grad også ta omsyn til det tilfeldige, til sjansespelet. Sjansespel handlar om flaks og uflaks og kan få avgjerande verknader for resten av livet (Myklebust, 2007). I livsløpsperspektivet tenkjer ein heilskapleg kring menneskeleg utvikling. Ein ser både attende og framover, og kan på den måten læra av fortida og få ei viss forståing av samfunnet i framtida. Forsking syner ein klar tendens til at helse og velferd er konsekvensar av det som har skjedd tidlegare i livet (Myklebust, 2007).

Ben-Shlomo & Kuh (2002) er opptekne av såkalla ”risikokjeder”. Dersom det er slik at ei vond oppleving fører til fleire vonde opplevingar - eller omvendt – at gode erfaringar vert etterfølgt av fleire gode erfaringar, er det svært viktig å prøva og bryta den lite gunstige risikokjeda. I livsløpsforskinga snakkar ein om både om ”kritiske periodar” og ”sensitive periodar” (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). Påverknad i kritiske periodar, både positive og negative, kan ha avgjerande effekt på utviklinga av helsa. Påverknad i såkalla sensitive periodar, medfører endringar som seinare kan tilpassast (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). Forsking tyder klart på at til dømes bruk av alkohol under svangerskapet kan føra til varige skader på barnet (Zuckerman et al., 1989). Vidare har ein funne at ernæringstilhøve i fosterstadiet kan vera årsak til sjukdom i vaksenlivet. I motsett høve kan god helse hos mor medverka til ei sunn utvikling av barnet i magen (Vangen et al., 2005).

2.2 Tilknytning

Brodén (1991) hevdar at barnet si psykiske utvikling er basert på to grunnleggjande forhold. For det første at barnet heilt frå fødselen er unikt og sjølv har evne til å inngå relasjonar til andre. Dernest at mor si evne til empati og samspel er ei forutsetning for harmonisk utvikling hjå barnet. Eit nyfødd barn kan ikkje klara seg utan hjelp frå andre med omsyn til mat, varme og vern mot sjukdom eller skade (Smith, 2002). Tilknytning handlar om det som går ut over dette, det at omsorg er noko meir enn å få dekkja fysiske behov. I høve til trygg tilknytning framhevar Brudal (2000) fleire vilkår som er særst viktige. Det er avgjerande at det nyfødde barnet får merksemd. Like viktig er det at dei signala barnet sender ut vert forstått og tolka rett. Dernest må omsorgsgjevar vita korleis barnet sine behov kan verta tilfredsstilte, og ikkje minst er det viktig å reagere raskt på signala frå barnet.

Giddens (1997) er oppteken av andletsforankra forplikingar som går føre seg i sosiale samanhengar. Han hevdar at alle individ tidleg i livet får grunnleggjande tillit som vernar mot angst. Erikson (2000) legg vekt på at grunnleggjande tillit er avgjerande i utviklinga av identiteten. Tillit inneber at ein lærer både å stola på omsorgspersonane og seg sjølv (Erikson, 2000). I spedbarnsalderen er mor den viktigaste personen for dei aller fleste, men her kan far også spela ei stor rolle. Grunnleggjande tillit vert oppretthalden gjennom blikk, kroppshaldning og mimikk, noko som kan vera sterkt redusert eller fråverande om mor er deprimert (Giddens, 1997).

Eit grunnleggjande behov hjå menneske, er å ha trygge og sterke band til andre. Eit nyfødd barn dannar gradvis tilknytning til nære omsorgspersonar på bakgrunn eit sensitivt samspel. Sensitivitet handlar om kor raskt og adekvat omsorgspersonar reagerer på signal frå barnet (Bowlby, 1988). Vidare hevdar Bowlby (1988) at eit nyfødd barn er i stand til å samhandla med omgjevnadene, mellom anna ved hjelp av blikk-kontakt og evne til å imitera. Både nær omsorgsperson - dette er oftast mor - og barn har tilbøyelegheit til samhandling, mor med omsorgssystemet og barnet med tilknytningssystemet. Bowlby (1988) viser til to typar av tilknytningssystemer, trygg og utrygg tilknytning. Utrygg tilknytning vert delt inn i tre undertypar: utrygg og ambivalent, utrygg og unnvikande og desorganisert tilknytning. For at eit barn skal utvikla trygg tilknytning er det viktig at nær omsorgsperson er tilgjengeleg, forståelsesfull og hjelpsam når det dukkar opp vanskelege eller skremmande situasjonar (Bowlby, 1988). Dersom desse vilkåra er reduserte eller fråverande hjå omsorgsgjevar, kan det vera

medverkande til at barnet ikkje utviklar trygg tilkyting (Brudal, 2000; Wan & Green, 2009; Campbell et al., 2004; Fonagy et al., 1991).

Tilknyttinga mellom mor og barn startar alt under svangerskap. Lenge før fødselen, er barnet i både mor og far sine tankar, kjensler og fantasi (Brodén, 2004). Fantasi er ein viktig faktor når ein skal førebu seg på nye og ukjende situasjonar i livet. Når ein fantaserer om noko, kan ein sjå det føre seg i sitt indre. Slik kan fantasi om barnet vekke kjensler og vera med på å førebu den vordande mor på å ta i mot, elska og beskytta barnet som skal komma (Brodén, 2004). Denne førestellinga om barnet er ofte intuitiv og umedviten. Når ei kvinne opplever at barnet rører seg i magen, startar ofte den første interaksjonen med barnet. Barnet vert oppfatta som eit sjølvstendig individ, og dei fleste mødrer samtalar med barnet i magen. Brodén (2004) er oppteken av at tid er ein viktig faktor som påverkar tilknyttinga. Tilknyttinga vert utvikla i takt med lengda av svangerskapet, og er sterkast mot slutten. I følge Brodén (2004) vil mor si evne til å knytte seg til barnet under svangerskap vera avhengig av mellom anna tilknytingsmønster til hennar eiga mor, ”man mammar som man har blivit mammad” (Brodén, 2004).

Om den gravide er ekstra sårbar, har hatt tidlegare psykiske vanskar eller vanskar i høve til partner, kan det vera faktorar som verkar inn på tilknyttinga. Tilknytingsmønsteret er ein kontinuerleg prosess som startar under svangerskap. Dette er ein særdeles viktig prosess dei første åra, og mønsteret vil halda fram livet ut (Brodén, 2004). Positive personlegheitstrekk hos mor kan påverka tilknyttinga til barnet på ein god måte, medan til dømes psykiske vanskar kan påverka barnet på ein mindre god måte. Studiar viser at mor si psykiske helse under svangerskap kan ha innverknad på tilknyttinga mellom mor og barn (Fonagy et al., 1991; Mc Farland et al., 2011; Seimyr et al., 2009; Ossa et al., 2011). Forsking viser også at den enkeltfaktoren som kunne bety mest for barn si trygge tilknytting ved 1½ års alder, var mor si evne til sjølvrefleksjon under svangerskap (Fonagy et al., 1991). Dette gjaldt også om kvinna hadde hatt ein vanskeleg barndom og oppvekst. Kvinna si evne til å kjenna seg sjølv og kunne betrakta seg sjølv, syntes viktigare enn om ho hadde hatt ein vanskeleg oppvekst (Fonagy et al., 1991).

Tidleg tilknytting er avhengig av andlet til andlet kontakt mellom mor og barn, noko som kan vera fråverande når mor er deprimert (Campbell et al., 2004). Kontakten er viktig frå barnet er nyfødt og er nødvendig for å tolka barnet sine signal og imøtekomma barnet sine behov. Når

mor er deprimert, kan samspelet mellom mor og barn og kvaliteten på omsorga barnet får, verta påverka. Spedbarnet er heilt avhengig av stimulering frå nære omsorgsgjevarar. Dårleg samspel mellom mor og barn i nyfødtp perioden, er kanskje den mest avgjerande årsaka til at spedbarn kan utvikla utrygg tilknytning. Dette kan vera skadeleg for seinare emosjonell og kognitiv utvikling hjå barnet (Campbell et al., 2004).

2.3 Helse

WHO (1946) definerer helse som ein tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikkje berre fråvær av sjukdom og lyte. Mæland (2005) skil mellom tre oppfatningar av helse: Helse som fråvær av sjukdom, helse som ressurs og helse som velvære. Helse kan verta øydelagd av sjukdom, helse kan gi motstand mot sjukdom, men det er også mogeleg å oppleve helse til trass for sjukdom. Dette framstiller han slik:

Tabell 2.1 Ulike oppfatningar av helse (Mæland, 2005)

	Som fråvær av sjukdom	Som ein ressurs	Som velvære
Tilstand	Å vera	Å ha	Å fungera
Beskriving	Fråvær av sjukdomsteikn og symptom	Robustheit Styrke Motstandskraft	Opplevd velvære Aktiv Gode relasjonar
Relasjon til sjukdom	Vert øydelagd av sjukdom	Gjev motstand mot sjukdom	Kan opplevast til trass for sjukdom

Leenderts (1997) beskriv helse som evne til å leva med påkjenningane i livet, å kunne integrera det svake og smertelege i livet sitt på ein så god måte som mogeleg (Leenderts, 1997). Livskvalitet vert ofte brukt i samband med helse (Wahl & Hanestad, 2004). Heilt enkelt kan livskvalitet definerast som “det gode livet”. I følgje Wahl og Hanestad (2004) har ”liv” samanheng med eksistens, levetid, tilvære og verkelegheit, medan ”kvalitet” avspeglar eigenskap, godleik, karakter, klasse og verdi. Slik vert livskvalitet noko som omfattar heile livet og alle sider ved tilværet. Det er likevel ein viktig skilnad mellom WHO (1946) sin definisjon av helse i høve til livskvalitet, då det er godt mogeleg å ha god livskvalitet og dårleg helse (Wahl & Hanestad, 2004). Mæland (2005) legg vekt på at livskvalitet er uttrykk for subjektiv vurdering av eige liv. Helse og livskvalitet er omgrep som er nær knytta til

kvarandre og som vert påverka av mange felles faktorar. Helse er ikkje noko ein har eller får, det er noko som vert skapt kontinuerleg gjennom kollektiv og individuell innsats (Mæland, 2005). Ein kan ikkje kjøpa eller motta helse frå helsevesenet, helse er ein sosial verdi som berre kan fremmast ved at ein sjølv engasjerer seg i sosiale prosessar og betre kontroll over eige liv. God helse er eit positivt omgrep som legg vekt på sosiale og personlege så vel som fysiske ressursar (Mæland, 2005).

2.3.1 Helsefremjande arbeid

Prosessen som gjer folk i stand til å styrkja og ta vare på helsa, er ein helsefremjande prosess. Helsefremjande arbeid vert i Ottawa-charteret beskrive som ”prosessen som set folk i stand til å få auka kontroll over helsa si” (WHO, 1986). Helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Ein føresetnad for helsefremjande arbeid er at ein sjølv er villig til å gjera noko. Charteret peikar vidare på at helsefremjande arbeid ikkje først og framst er helsesektoren si oppgåve, nettopp fordi mennesket vert oppfatta som ein heilheit. Vidare vert det understreka at rammevilkåra for eit godt liv ligg utafør helsetenesta. Tilhøve i familien og lokalmiljø betyr mykje for eit menneske sitt liv og helse. I lokalmiljøet er til dømes godt utvikla barnehagar og skular, moglegheiter for arbeid og inntekt, deltaking i kulturell aktivitet, tilgong til naturopplevingar, rein luft og ro, viktige føresetnader for god helse. Ulike typar fellesskap i og utafør familien stimulerar og gir tryggleik i tilværet (WHO, 1986).

Mæland (2005) framhevar at helsefremjande arbeid er ei samfunnsoppgåve og eit tverrfagleg arbeid som mellom anna byggjer på prinsippet om å retta seg mot helsepåverknader i kvardagslivet til folk og ikkje spesielt mot høgrisikogrupper. Det skal bidra til å redusera skilnaden i helse i befolkninga. Vidare er det viktig å kombinera ulike tilnærmingar og metodar for å få til dette arbeidet, og ikkje minst stimulera til at befolkninga er aktive deltakarar (Mæland, 2005).

2.3.2 Salutogenese

Salutogenese handlar om at det enkelte menneske befinn seg på eit helsekontinuum med ulike grader av helse. Teorien avviser at folk er anten friske eller sjuke, og har fokus på heile mennesket og faktorar som kan bidra til betre helse. Stressfaktorar treng ikkje alltid vera noko negativt, det som betyr noko, er opplevinga av samanheng (Antonovsky, 2000). Antonovsky definerar oppleving av samanheng som:

”ei haldning som uttrykkjer i kva grad krava ein møter både frå indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare, og forståelege, at ressursar er tilgjengelege og tilstrekkelege til å møte desse krava, og at krava er utfordringar som er verdt investering og engasjement”.

Det salutogene perspektivet styrer interessa mot dei faktorane som vil føra ein så nær den friske polen som mogeleg (Antonovsky, 2000). Han hevdar at samfunnet i dag er meir oppteken av patogenese enn salutogenese. Patogenese er å forklara kvifor menneske vert sjuke, å vera oppteken av det som er mangelfullt og begrensande. Antonovsky sin salutogenetiske modell er ein meistringsmodell som fokuserar på det friske og positive, på styrke i staden for svakheit og ser løysingar i staden for problem. Målet for salutogen terapi er å aktivera ressursar og potensiale slik at meistring vert mogeleg for den enkelte. Heggen (2007) legg vekt på at meistring dreier seg om å kunne takla utfordringane livet byr på, og om konstruktive måtar å leva på.

”Meistring handlar om å greie noko på eiga hand, om å takle stress, påkjenningar kriser eller sjukdom slik at ein kjem seg vidare på ein god måte. Det handlar om å ta i bruk dei ressursar som ein har eller rår over for å betre situasjonen”.

(Heggen, 2007).

Tre grunnleggjande faktorar er viktige for oppleving av samanheng (OAS): forståing, handtering og mening (Antonovsky, 2000):

- Forståing handlar om i kva grad me forstår situasjonen vår. Det kan vera avhengig av fleire ting som til dømes informasjon. Å ha eit strukturert og ordna tilvære gir forutsigbarheit og dermed mogelegheit for meistring.
- Handtering dreier seg om i kva grad me trur og opplever at det finst ressursar, både eigne og i samfunnet. Det er avgjerande om desse ressursane er både tilgjengelege og tilstrekkelege til at me kan klara krava som vert stilte.
- Med mening legg Antonovsky vekt på om sjølv livssituasjonen vert opplevd som meningsfull eller ikkje, om det gir mening å finna gode løysingar.

Dei som opplever tilværet forståeleg, handterbart og meningsfullt, vil kunne takla kriser og stress betre. Antonovsky (2000) hevdar at den viktigaste salutogenetiske komponenten er om livet er meningsfullt. God helse kan vera avhengig av om livet er meningsfullt, medan dårleg

helse ofte kan vera forbunde med meiningsløyse. Livet er som oftast meiningsfullt for kvinner som vert mødrer, men ikkje alle vil oppleva dette som handterbart (Antonovsky, 2000). For nokon kan svangerskap og fødsel vera ei hending som fører til så stor endring av livssituasjonen at det kan trua både meistring og livskvalitet. Då er det viktig for kvinna å ha ressursar og positive forventingar til både å oppleva livet som meiningsfullt og til å forstå og handtera situasjonen (Antonovsky, 2000). Forsking tyder på at kvinner som har ei god oppleving av samanheng, er betre i stand til å takla utfordringar både under svangerskapet og etter at barnet er født (Sekizuka et al., 2006; Sjöström et al., 2004).

I høve til forsking på det salutogene perspektivet, fann Langeland et al. (2006) at terapi med fokus på meistring og livskvalitet, kan føra til betre helse hjå dei med psykiske vanskar. Vidare fann Langeland m.fl (2007a) at meistringsnivå eller oppleving av samanheng betydde meir enn symptombelastning med tanke på å forutsei livskvalitet fram i tid hjå dei med psykiske vanskar.

Ein annan studie (Weyde, 2009) om bruk av salutogenetisk modell i møte med foreldre som hadde fått funksjonshemma barn, viste at foreldrene opplevde at det var lettare å handtera situasjonen om hjelpeapparatet fokuserte på det positive og ikkje barnet sine feil og manglar. For å oppretthalda ei god oppleving av samanheng, var det heilt avgjerande med gode støttespelarar. Desse støttespelarane burde innebera kontinuitet og formidla tryggleik, og var viktige for at familiane kunne oppleva livet forståeleg, meiningsfullt og handterbart (Weyde, 2009).

2.4 Psykisk helse

Psykisk helse kan omtalast både i positive og negative omgrep (Langeland, 2007b). Eit negativt fokus på psykisk helse er basert på forståinga om at god psykisk helse er fråvær av symptom. Eit positivt fokus på psykisk helse handlar om nærvær av helsefremjande faktorar, slik som meiningsfullt arbeid og godt samhald. Psykisk helse er meir enn fråvær av psykiske vanskar då eigenskapar og stilling i samfunnet og er verdfulle i seg sjølv (Langeland, 2007b).

I følge WHO (2010) er psykisk helse:

”ein tilstand av velvære der individet kan realisera sine mogelegheiter, kan handtera normale stress-situasjonar i livet, kan arbeida på ein fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra ovafor andre og i samfunnet”.

Erikson (2000) sin utviklingsteori handlar om at kroppsleg og psykisk utvikling går føre seg trinn for trinn. Erikson (2000) kategoriserar utviklinga i 8 stadier, og teorien går ut på at ein kan komma meir eller mindre heldig ut av utviklingskrisene. I kvart stadie er det mogelegheit for modning og vekst eller stagnasjon. Korleis ein har takla tidlegare utviklingskriser, kan ha betydning for korleis ein kjem seg vidare i neste utviklingsfase (Erikson, 2000). Slik kan måten ein har takla tidlegare stadier på, ha betydning for psykiske helse generelt.

2.4.1 Depresjon

Det finst fleire ulike definisjonar på depresjon, der kjenneteiknet er ein vedvarande tilstand der kvardagen vert opplevd som tung og grå. Den det gjeld kan vera utan initiativ, kjenna seg utan verdi og oppleva livet som meiningslaust. Ofte kan det oppstå smerter ulike stader i kroppen utan at ein finn somatisk forklaring på det (Kringlen, 2011). Intellektuell og fysisk aktivitet kan vera nedsett, slik at både tanke, tale og rørsle går i sakte fart. Gestikulering og mimikk kan også vera nedsett. Heile livssituasjonen kan opplevast som ei kjensle av vonløyse og likesæle (Nielsen, 1997). Depresjon er ein av dei mest vanlege psykiske lidningane, og kan også gi kroppslege symptom.

I følgje Folkehelseinstituttet (FHI) er til ei kvar tid 6-12 % av befolkninga deprimert, og betydeleg fleire vert ramma av depresjon ein eller annan gong i livet (FHI, 2008). Før puberteten er depresjon like vanleg hjå gutar som hjå jenter. Etter puberteten er førekomst av depresjon betydeleg høgare hjå jenter (Olsson, 2006). Holsen (2009) skriv at mogeleg forklaringar på dette kan vera at kroppslege og biologiske endringar som skjer i puberteten er ulike, men at det og kan ha samanheng med at det vert stilt ulike forventningar til menn og kvinner. Tal frå Outcome of Depression in Europe Network (ODIN-studien) viste ein førekomst av depresjon på 12% blant kvinnene og 9% blant mennene i Oslo (FHI, 2008). Ei anna studie frå Oslo, viste at 24% av alle kvinner og 10% av alle menn hadde hatt depresjon i løpet av livet (Kringlen et al., 2001). Halvparten av dei som har vore deprimerte, vert deprimerte også seinare i livet, og kvinner er meir utsette enn menn. Det kan vera vanskeleg å

skilja mellom ein normal tilstand og depresjon då lettare tilstandar av nedstemthet og ulike kjenslemessige reaksjonar er relativt vanlege (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

2.4.2 Kvinner si psykiske helse

Ein rapport om levekår i Noreg synte at mellom 10 og 15 prosent av alle norske kvinner hadde symptom på angst og depresjon (FHI, 2009). Rapporten viste vidare at yngre kvinner var meir utsette enn eldre. I følgje Statistisk sentralbyrå er det om lag 60 000 fødselar i Noreg kvart år (Statistisk sentralbyrå, 2011). Dette tyder at 6000-9000 gravide og nybakte mødrer kan ha psykiske vanskar. Anna forskning kan tyda på det same, til dømes fant Holden (2005) at kvinner i fertil alder har auka risiko for psykisk sjukdom, dette inkluderar mellom anna depresjon. Dermed har kvinner i denne aldersgruppa auka risiko for depresjon alt før dei er blitt gravide. Studiar indikerar at førekomst av depresjon er aller høgast hjå gifte kvinner mellom 25-45 år som har barn. Paykel (1991) fann at svangerskap og fødsel kunne gi auka risiko for depresjon. Andre studiar har imidlertid vist at det ikkje var forskjell i førekomst av depresjon mellom kvinner som hadde født og dei som ikkje hadde født (Cox et al., 1993; O'Hara et al., 1990). Kvinner kan i dag i stor grad planleggja svangerskap og fødsel, og dermed kan kvinna si psykiske helse vera medverkande til val av tidspunkt for svangerskapet (Eberhard-Gran, 2003).

2.5 Svangerskap, fødsel og barseltid

Svangerskap, fødsel og barseltid vert gjerne omtala som eit vendepunkt i livet (Brudal, 1983). For mange representerar dette ei ny utfordring. Livsperspektivet vert endra, og livet får ei ny retning. Nokre opplever dette som ein kritisk periode både i høve til seg sjølv og andre menneske. Enkelte vert meir sårbare og framande for seg sjølv i denne perioden, medan andre først og framst opplever at livet vert rikare (Brudal, 1983). Svangerskap og fødsel vil alltid vera eit mysterium, sjølv med all den kunnskapen me har om gener, celler, kropp og helse (Henriksen, 2010). Det er eit mysterium fordi ein nesten uforståeleg komplisert og rask prosess omtrent alltid har ein lykkeleg utgang, eit friskt barn. Sjansane for at svangerskap og fødsel skal gå bra er større i vårt land enn dei fleste andre land i verda, sjølv om den gravide er sjuk eller får komplikasjonar. Henriksen (2010) er oppteken av den auka kunnskapen me har om kva miljøet i fosterlivet kan bety for barnet si fysiske og psykiske utvikling og dermed for korleis barnet møter utfordringar seinare i livet. Han hevdar at noko av det viktigaste me

kan gjera for å bidra til god fysisk og psykisk helse i neste generasjon, er å gi barnet ein god start i mors liv (Henriksen, 2010).

2.5.1 Vanlege reaksjonar under svangerskap og etter fødsel

Svangerskapet er først og framst ei ventetid (Brudal, 1980). Heile tida veit ein at det er noko som snart skal skje. Nokon er tålmodige i ventetida, andre er det ikkje. Nokon gruar seg til fødselen, andre prøver ikkje å tenkja på det. Alt dette kan ha innverknad på humøret. Medan nokon vert oppstemte og glade på ein ny og god måte i denne tida, vert andre triste og leie, og kjenner seg utanfor (Brudal, 1980). I nokre overgangsfasar er endring av kroppen heilt sentralt. I puberteten gjeld dette både jenter og gutar, medan det under svangerskap først og framst gjeld kvinna (Brudal, 2000). Det å få barn vert sett på som ein sentral overgangsperiode i livet som inneber både indre og ytre endringar. Dette gjeld spesielt det første barnet (Brodén, 2004). I denne overgangsfasen vert tidlegare livserfaringar ofte aktualisert, og eksistensielle spørsmål om liv og død kan dukka opp. Det er ikkje uvanleg at tankane spesielt går til eiga mor. Kva forhold kvinna har til eiga mor, kan då vera av betydning (Brodén, 2004). I overgangsfasar er auka sårbarheit eit kjenneteikn på kjenslelivet (Brudal, 2000). Den som er i endring kan vera meir nærtakande med varierende humør og kan svinga mellom uvisse og intens glede. Mange kvinner oppdagar nye og ukjende sider ved seg sjølv under svangerskapet. Ei gravid kvinne eller ein vordande far kan framstå som sjølvoppteken, og det kan opplevast slitsamt for omgjevnadene om dei gjer seg til hovudpersonar som heile tida snakkar om barnet dei ventar (Brudal, 2000).

Regresjon kan oppstå når ein går frå ein livsfase til ein annan. Teikn på regresjon kan vera at ein går tilbake til eit tidlegare utviklingsstadium og ikkje fungerer som før i det daglege.

Regresjon er ein forsvarsmekanisme som er relativt vanleg ved ulike vendepunkt i livet, til dømes i puberteten (Brudal, 2000). Regresjon er også vanleg i samband med svangerskap og fødsel og kan innebera at eit lågare funksjonsplan vert dominerande. Dette kan sjåast på som ein normalprosess i høve til svangerskap og fødsel (Brudal, 2000). Ulike sider av oss vert påverka når me går frå ein livsfase til ein annan. Som ein del av tilpassinga til det nye, kan regresjon inntre spontant. Mange kan oppleva dei spontane endringane som skjer i overgangsfasane som vanskelege, og dei kan verta urolige og einsame i si nye verd (Brudal, 2000). Psykiske endringar under svangerskap kan vera ledd i førebuing til eit godt forhold mellom mor og barn. Vert kvinna gjort merksam på at dette er normalt, kan det i staden for å auka angsten hjå den gravide, føra til modning (Førde & Smith, 2006).

Opp til 50-80% opplever barseltårer etter fødsel. "Post partum blues" er ein forbigåande emosjonell labilitet som kan vara i to-tre døger (Harris, 1994). Plager som til dømes appetittendringar, vekttap, trøttleik, endra seksuell lyst og søvnmangel som vanlegvis vert knytta til depresjon, er normale å ha etter fødsel. Difor kan depresjon vera vanskeleg å identifisera. For helsepersonell er det viktig å vera merksam på om "blues" tilstanden varer ved eller vert ekstra kraftig, då dette kan vera byrjinga på ein depresjon (Cox et al. 1982). Overgangsfasar kan også påverka sansane. Nokre sansar kan verta særleg framtrudande i høve til tidlegare. Kvinner som nettopp har født kan til dømes vera særers vare for sterke lydar, det er ikkje uvanleg at høyrsla vert skjerpa. Skjerpa høyrsel gjer kvinna særleg vår for signal frå barnet den første tida (Brudal, 2000).

Etter som eit nyfødt barn treng mat med jamne mellomrom heile døgeret, er det er naturleg at kvinna ikkje søv så godt. Dørheim et al. (2009a) fann at deprimerte kvinner rapporterte om dårlegare søvn i nyfødtperioden enn dei som ikkje var deprimerte. Nærare undersøking synte at det ikkje var signifikant skilnad på mengda av søvn hjå dei som var deprimerte i høve til dei som ikkje var det. At kvinna søv dårleg, er difor ikkje ein sikker indikasjon på at ho er deprimert (Dørheim et al., 2009a).

2.5.2 Depresjon under svangerskap og etter fødsel

For dei fleste kvinner er det å få barn ein av dei mest einståande opplevingane i livet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Kontrasten mellom lykke og depresjon kan slik verta svært stor når nokon opplever å verta deprimerte. Det kan vera meir stigmatiserande å verta deprimert etter fødsel enn i andre periodar i livet. For desse kvinnene kan det difor vera vanskeleg å formidla at dei ikkje er lykkelege og tilfredse (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Forsking indikerar at det kan vera ei underrapportering av depresjon etter fødsel (Kelly et al., 1999). Henriksen (2010) påpeikar at ein depressiv reaksjon kan komma i løpet av dei første vekene, men kan også utvikla seg over ein lengre periode etter fødselen. Tida det kan ta for å komma ut av depresjonen kan variera frå veker til månader, avhengig av årsakene (Henriksen, 2010). Det har synt seg at EPDS kan vera eit nyttig verktøy for å kartleggja depresjon (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran et al., 2002; Berle et al., 2003; Dørheim et al., 2009b; Glavin et al., 2009; Josefsson et al., 2001; Rubertsson et al., 2011; Adewuya et al., 2006).

Samanlikna med depresjon etter fødsel, har det fram til dei siste åra berre i mindre grad vore lagt vekt på depresjon under svangerskap (Brodén, 2004). Det er forventa at gravide kvinner er i ”lykkelege omstendigheiter”. Det å vera deprimert i høve med svangerskap og fødsel kan vera tabu, og dermed føra til at det er vanskeleg å fanga opp dei som er deprimerte (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Det har vore ei oppfatning at svangerskap beskyttar mot depresjon, noko som kan ha ført til ei underdiagnostisering av svangerskapsdepresjon (Brodén, 2004). Samstundes kan det vera vanskeleg å identifisera dei som er deprimerte under svangerskap, då tilhøve som mellom anna søvnforstyringar, trøttleik og humørsvingingar også kan relaterast til vanlege plager under svangerskap (Spinelli, 1997). Auka krav til psykologiske forsvarsmekanismar under svangerskap, kan føra til emosjonell labilitet som igjen kan føra til auka angst og depresjon (Bergsjø, 2006).

Ei undersøking av norske gravide fann ein liten, men ikkje signifikant auka frekvens av depresjon i andre og tredje trimester (Eberhard-Gran et al., 2004). D’Amelio et al. (2006) fann at det er samanheng mellom depresjon før og etter fødsel, og at depresjon kan starta under svangerskap og verta meir framtreddande etter fødselen. Forsking viser at kartlegging med EPDS under svangerskap kan vera ein metode for å oppdaga kvinner med risiko for depresjon etter fødsel (Josefsson et al., 2001). Her er det litt ulike funn då til dømes Evans et al. (2001) fann signifikant høgare EPDS skåre ved 32 veker svangerskap samanlikna med 8 veker etter fødsel. I ulike norske undersøkingar der depresjon er beskrive som EPDS ≥ 10 , varierar førekomsten av depresjon etter fødsel frå 8,9%-16,5% (Eberhard-Gran et al., 2002; Dørheim et al., 2009b; Glavin et al., 2009). Berle et al. (2003) fann EPDS ≥ 11 hjå 10% av kvinnene.

2.5.3 Risikofaktorar for depresjon under svangerskap og etter fødsel

Hendingar tidlegare i livet vert ofte aktualisert under svangerskap, dermed kan dette ha tyding for korleis kvinna opplever svangerskapet (Brodén, 2004). Ein sentral risikofaktor kan vera eit problematisk forhold til eiga mor. Andre faktorar kan vera eit vanskeleg tilhøve til partner, om partner er lite engasjert i sjølve svangerskapet eller om kvinna manglar sosialt nettverk (Brodén, 2004). Beck (2001) fann at einslege mødrer med dårlege økonomiske tilhøve kan vera ei risikogruppe. Det same kan gjelda dei der svangerskapet ikkje var planlagt eller ønska, men ikkje-planlagde svangerskap tyder likevel ikkje alltid at svangerskapet er uønska. Gravide og kvinner som nettopp har født kan vera ekstra sårbare. Ein sterk og sannsynleg risikofaktor for depresjon, er kvinna si sjølvkjensle. Dei med låg sjølvkjensle og dårleg sjølvbilete takla negative hendingar og stress dårleg (Beck, 2001). Svangerskap og fødsel kan

vera ei ekstra utfordring for dei som allereie er psykisk sjuke. For dei som brukar medisinar, er det viktig å avklara om desse også kan brukast under svangerskap (Henriksen, 2010). Kanskje vil nokon slutta å ta medisiner når dei får vita at dei er gravide, og det kan dermed føra til ei forverring av tilstanden. Her er det viktig å ta omsyn til heile situasjonen. Sjølv om det kan vera ein risiko for at barnet vert påverka av medisinene, må ein sjå på situasjonen samla (Henriksen, 2010).

Ulike grunnar som ofte spelar inn samstundes, kan vera årsaker til depresjon etter fødselen. Har kvinna hatt depresjon eller psykiske plager tidlegare, er ho meir utsett (Cooper & Murray, 1995). Kvinner som har vore utsette for overgrep er også i risikogruppe (Kendall-Tackett, 2007). Hormonelle faktorar og genetisk disposisjon kan spela ei rolle, men forskning viser at psykososiale stress faktorar kan bety mest (Cooper & Murray, 1998). Andre årsaker til depressive reaksjonar kan vera ulike forventingar både frå kvinna sjølv og frå andre, krav til kvinna, mangel på søvn, otte for eigen sjukdom eller sjukdom hos barnet. Eberhard-Gran et al. (2002) fann samanheng mellom høg skåre på EPDS både hjå førstegongsfødande og dei som ikkje amma. Anna forskning tyder også på at det er samanheng mellom førekomst av amming og depresjon (Watkins et al., 2011; Dennis et al., 2011; Nishioka et al., 2011). Alle desse studiane fann at deprimerte mødrer amma mindre i høve til mødre som ikkje var deprimerte.

Kvinner som har opplevd dødfødsel, er også i risikogruppe. Ein bør spesielt vera merksam på kvinna si psykiske helse omkring tidspunktet for dødfødselen (Eberhard-Gran et al., 2002). Det kan tyda på at kvinner med alvorlege komplikasjonar under svangerskap har større risiko for å verta deprimerte etter fødselen enn dei utan komplikasjonar (Brandon et al., 2008). Brandon et al. (2008) fann at kvinner som rapporterte om ei god tilknytning til barnet i magen og eit godt forhold til partner, hadde ein redusert risiko for å vert deprimerte etter fødselen, sjølv om det var alvorlege komplikasjonar under svangerskapet. Blom et al. (2010) fann at kvinner med ei rekkje risikofaktorar for komplikasjonar under svangerskap og fødsel, hadde auka risiko for depresjon etter fødsel.

Uventa hendingar og komplikasjonar i samband med fødselen kan også spela inn. Det er noko motstridande funn om samanheng mellom operativ forløyising og depresjon (O'Hara & Swain, 1996). O'Hara & Swain (1996) og Sword et al. (2011) fann at kvinner som var forløyyst operativt hadde auka risiko for depresjon, medan andre ikkje har funne nokon slik samanheng

(Patel et al., 2004; Dørheim et al., 2009b; Petrosyan et al., 2011). Nokre har funne at eldre førstegongs-fødande er mest utsette for depresjon, medan andre har funne at det er dei yngre som er den største risikograppa (Kumar & Robson, 1984; O'Hara et al., 1984; Munk-Olsen et al., 2006). Kvinner som føder for tidleg og som føder barn med låg fødselsvekt, kan også ha auka risiko for å verta deprimerte etter fødselen (Vigod et al., 2010). Vanlegvis spelar problem i høve til partner, familie eller andre i nære relasjonar eller om kvinna er einsleg, ei vesentleg rolle (Akincigil et al., 2010; Bilszta et al., 2008). Det same gjeld om det har vore vanskar med alkohol eller stoffmisbruk, usikre sosiale og økonomiske tilhøve eller arbeidsløyse.

Reint medisinske årsaker, til dømes lågt stoffskifte, må også undersøkjast (Henriksen, 2010). Berle et al. (2003) fann at pågåande somatisk sjukdom hadde samanheng med depresjon etter fødsel. Kvinner med alvorlege pre-menstruelle plager har også større risiko for depresjon (McGill et al., 1995). I nokre utviklingsland der det er preferanse på å få guttebarn, kan det å få jentebarn vera ein risikofaktor (Patel et al., 2002). Ei svensk studie fann ingen samanheng mellom barnet sitt kjønn og førekomst av depresjon (Sylvén et al., 2011), det gjorde heller ikkje ei studie av asiatiske kvinner som var busette i Storbritannia (Dhillon & Macarthur, 2010). Ei studie av kinesiske kvinner derimot, synte at kvinner som hadde fått jenter, var meir deprimerte etter fødselen enn dei som hadde fått gutar (Xie et al., 2007).

2.5.4 Følgjer av depresjon under svangerskap og etter fødsel

Det går neppe noko skilje ved fødselen for kva som set spor i oss, for kven me vert, i kropp og sjel (Henriksen, 2010). Tilknytingsprosessen startar alt under svangerskap, dermed har mor si psykiske helse og livsstil påverknad på barnet, også i magen. Miljøet i fosterlivet kan difor spela ei rolle for korleis me utviklar oss (Brodén, 2004). Forsking viser at det kan vera spesielt stor risiko for uheldig utvikling hjå barn som har mødrer som er deprimerte under svangerskap (Luoma et al., 2001). Det er også funne samanheng mellom depresjon under svangerskap og tilknytning til barnet etter fødsel (McFarland et al., 2011). I følge Brodén (2004) fann Sarkkinen (2002) i ei finsk studie at kvinner med depresjon under svangerskap anten mangla eller hadde framande kjensler for barnet. Etter fødselen opplevde desse mødrene frávær av morskjensle og likesæle i høve til barnet. Det kan vere avgjerande at depresjon vert oppdaga alt under svangerskap, då ein slik reaksjon ofte har tendens til å skapa ein vond sirkel når det gjeld mor sitt tilhøve både til barnet, partnaren og omgivnadene. Det er viktig for alle partar at kvinna får den støtte og hjelp som trengs (Brodén, 2004).

Depresjon kan føra til at kvinna vert likegyldig, til dømes i høve til amming og stell av barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Det kan også føra til at ho overser barnet sine signal og behov. Studiar frå fattige land viser at det kan vera ein samanheng mellom depresjon etter fødsel og barnet sin vektauke (Patel et al., 2004). Deprimerte mødrer kan også visa mindre interesse for barna si helse. Dette gjeld mellom anna oppfølging av barnevaksinasjonar (Minkovitz et al., 2005). Forsking tyder på at psykososiale faktorar kan spela ei rolle ved for tidleg fødsel (Tiedje, 2003). Nokre forskarar har funne låg fødselsvekt og for tidleg fødsel assosiert med depresjon under svangerskap (Peacock et al., 1995), medan anna forskning ikkje har funne nokon samanheng (Jacobsen et al., 1997).

Det er også ulike funn i høve til om depresjon under svangerskap fører til obstetriske komplikasjonar (Chung et al., 2001; Andersson et al., 2004). I den tredje verda har ein funne at depresjon hos mor etter fødselen kan påverka spebarnsdødelegheiten (Patel et al., 2004; Harpham et al., 2005). Om barnet sitt behov for mat vert oversett, kan dette føra til dårleg vektauke eller i verste fall død hjå barnet. Hipwell et al. (2005) fann at 5 år gamle born var påverka både av om mor var deprimert etter fødsel og om det var konflikt mellom foreldra. Bruk av alkohol under svangerskapet kan føra til varige skader på barnet, og deprimerte kvinner kan vera meir tilbøyelege enn andre til å bruka alkohol når dei er gravide (Zuckerman et al., 1989).

2.6 Kommunehelsetenesta

I følge Lov om helsetjenesten i kommunen (HOD, 1982) er det kommunen som har ansvar for nødvendig helseteneste til alle som bur eller oppheld seg midlertidig i kommunen. Føremålet er å fremja folkehelse og trivsel, gode og sosiale og miljømessige tilhøve, og leggja vekt på å førebyggja og behandla sjukdom. Tenesta skal spreia opplysing om og auka interessa for kva den enkelt sjølv og ålmenheita kan gjera for å fremja eigen trivsel, sunnhet og folkehelse. Både svangerskapsomsorga og helsestasjonsverksemda er lovbestemte oppgåver i kommunehelsetenesta (HOD, 1982).

2.6.1 Svangerskapsomsorga

Retningslinene for svangerskapsomsorga (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) byggjer på Perinatal omsorg i Norge (NOU, 1984). Føremålet med svangerskapskontrollen er å sikra at svangerskap og fødsel utviklar seg på ein naturleg måte, slik at mor si fysiske og psykiske helse vert ivareteken på ein best mogeleg måte. Vidare heiter det at fosteret si helse skal sikrast, slik at barnet kan fødst levedyktig og utan sjukdom og skade som kunne vore hindra. Eit viktig føremål er også å oppdaga og behandla sjukdom eller andre tilhøve som kan trua mor si helse, slik at svangerskapet medfører minst mogeleg risiko både for henne og barnet (NOU, 1984).

Det vert lagt vekt på at svangerskapsomsorga kan både fremja helse og førebyggja sjukdom (Sosial og helsedirektoratet, 2005). Helsetenesta bør arbeida målretta for å minska førekomst av sjukdom og plager under svangerskap ved å fanga opp og hindra risikofaktorar. Arbeidet bør fokusera på faktorar som kan styrka og støtta kvinna og familien til å meistra ein ny livssituasjon. Helsetenesta bør også informera om aktuelle helsefremjande tiltak. For dei fleste kvinner er svangerskap og fødsel ein normal, fysiologisk prosess det utfallet er ei frisk kvinne og eit friskt barn, men for nokre er det nødvendig med målretta innsats for å hindra sjukdom (Sosial og helsedirektoratet, 2005).

2.6.1.1 Jordmor si rolle i høve til dei gravide

Både jordmødrer, fastlegar og gynekologar har svangerskapsomsorg som ein del av arbeidet sitt (HOD,1982). Jordmor sitt fagområde er knytta til svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmorfaget er retta mot helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltak til mor og barn (Høgskolen i Bergen, 2011). Jordmor skal kunne gi vegleing, undervising og helserådgeving både til kvinna, familien og andre samfunnsgrupper. Det som særleg er jordmor sitt arbeidsområde, er det ufødde og nyfødde barnet og familien. Jordmor skal kunne arbeida sjølvstendig i høve til det normale i denne prosessen. Dersom jordmor oppdagar avvik under svangerskap, under fødselen eller tida etter fødselen, skal kvinna og barnet tilvisast til høgare omsorgsnivå. Jordmor arbeidar i eit tverrfagleg team for å sikra eit best mogeleg utfall for kvinna (Høgskolen i Bergen, 2011).

Svangerskapsomsorga har stor oppslutnad og er ein viktig arena for helsefremjande og førebyggjande arbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). På denne måten skal svangerskapsomsorga medverka til å redusera sosial ulikskap i helse. Endringar i

retningslinene for svangerskapsomsorga i 2005 råder til at talet på konsultasjonar vert redusert. Det har ført til at kvinnene i dag ikkje går til så mange kontrollar under svangerskap som dei gjorde før. Dermed har helsepersonell mindre tid saman med den enkelte kvinna (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Retningslinene for svangerskapsomsorga legg vekt på at ein skal ha spesiell merksemd på kvinna si psykiske helse. Samstundes vert det påpeika at ein treng meir forskingsbasert kunnskap om behandling og førebygging av depresjon blant gravide, og tilrår at det vert laga retningslinjer tilpassa norske tilhøve før ein eventuelt tek rutinemessig i bruk EPDS under svangerskap (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

2.6.2 Helsestasjonsverksemda

Helsesøstertenesta er også ein del av kommunen si lovbestemte teneste, og har oppgåver knytta til helsefremjande og førebyggjande arbeid til barn og unge i alderen 0-20 år (HOD, 1982). Helsesøster sine oppgåver er i stor grad knytta til helsestasjon for born frå 0-5 år, skulehelsetenesta i grunnskule og vidaregåande skule og helsestasjon for ungdom. Helsesøster kjem på denne måten i kontakt med alle born og unge og familieane deira. Arbeidet skal omfatta alle aspekt ved helse, og er sentralt i kommunen sitt folkehelsearbeid retta mot desse målgruppene. Folkehelsearbeid inneber å styrka det som bidreg til betre helse og svekka det som medfører helserisiko (HOD, 2003).

2.6.2.1 Helsesøster si rolle i høve til mor og det nyfødde barnet

Helsesøster sitt arbeid skal omfatta både fysiske, psykiske og sosiale sider ved helse. I kontakten med nybakte mødrer er det spesielt viktig å ha merksemd på mor si psykiske helse då dette kan påverka til barnet si utvikling. Ei norsk undersøking synte at om lag 30% av helsesøstrene opplyste at dei hadde behov for meir kunnskap og kompetanse om psykisk helse (Andersson et al., 2006). Alle som har født skal ha tilbod om heimebesøk av helsesøster innan to veker etter fødselen. Ikkje alle kvinner får dette tilbodet, men alle får time på helsestasjonen når barnet er 6 veker gammalt. 6-vekers undersøkinga av barnet er eit tilbod alle nybakte mødrer takkar ja til (Statistisk sentralbyrå, 2010). Det betyr at 6-vekers undersøkinga er eit treffpunkt der helsesøster møter alle borna og mødrene, eventuelt også fedrane deira. Vidare har helsesøster regelbunden og tett kontakt med mor og barn på helsestasjonen der kontakten er hyppigast i starten. I helsestasjonsprogrammet er det i løpet av det første leveåret lagt inn 8-10 ordinære treff-punkt, men det er sjølv sagt mogeleg for den enkelte mor både med fleire eller færre kontaktar (HOD, 2003).

Ved heimebesøk kan helsesøster verta kjend med barnet og familien i deira eigne omgivnader (Hjälmhult, 2009). Det har vist seg at mødrene er meir nøgde med heimebesøk enn om det første møtet med helsesøster er på helsestasjonen (Hjälmhult, 2009). Glavin et al. (2010) har gjort ein studie der helsesøster på heimebesøk gav generell informasjon og ei brosjyre om fødselsdepresjon til ei gruppe kvinner, medan denne informasjonen ikkje vart gjeven til ei anna gruppe. Begge gruppene vart bedne om å fylla ut EPDS-skjema på 6-vekers undersøkinga på helsestasjonen. Resultatet synte at den gruppa kvinner der det hadde vore ekstra fokus på psykisk helse på heimebesøk, hadde lågare skåre på EPDS enn kvinnene i den andre gruppa (Glavin et al., 2010). Utanom heimebesøket, finn dei andre konsultasjonane stad på helsestasjonen.

Ei sentral oppgåve for helsesøster ved alle treffpunkt er å støtta foreldre si meistring av foreldrerolla. Det har vist seg at det er vanskeleg å fanga opp deprimerte mødrer sjølv om det er regelbunden kontakt mellom foreldre og helsepersonell (Heran et al., 1998; Johanson et al., 2000; Anker-Rasch, 2005). Studier har vist at det kan vera ulike årsaker til dette. Helsepersonell kan mangla rutinar for korleis depresjon kan oppdagast, og mødrene sjølv kan unngå å avdekka problem av frykt for å ikkje vera ”gode nok” mødrer (Anker-Rasch, 2005; Brown & Lumley, 2000). (Killén 2007) legg vekt på at dei aller fleste er gode nok mødrer. Ho understrekar at det er viktig å ha fokus på å styrkja mor si sjølvkjensle, då dette kan gi overskot til mor - noko som også vert til det beste for borna.

3. FORSKINGSSPØRSMÅL

- I. Korleis er fordelinga av alder, paritet, sivilstand, svangerskapsvarigheit, fødselsmåte og førekomst av amming hjå kvinnene som er med i studien?
- II. Korleis er fordelinga av borna sitt kjønn, fødselsvekt og Apgar skåre i denne studien?
- III. Korleis er fordelinga av dei 10 ulike symptoma på depresjon som inngår i EPDS under svangerskap og etter fødsel?
- IV. Korleis er fordelinga av total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?
- V. Er det endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel?
- VI. Er det samanheng mellom variablane - alder, paritet, sivilstand, fødselsmåte, svangerskapsvarigheit, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, førekomst av amming - og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?
- VII. Kva for nokre av dei uavhengige variablane - paritet, sivilstand, forløysingsmåte, svangerskapsvarigheit, fødselsvekt, førekomst av amming, mor sin alder, Apgar skåre og forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskapet - forklarar mest av variansen i EPDS?
- VIII. Er det forskjell på EPDS skåre mellom dei kvinnene som svarte på skjemaet både under svangerskap og etter fødsel i høve til dei kvinnene som svarte på skjemaet anten berre under svangerskap eller etter fødsel?

4. METODE

Metode er reiskapen ein brukar for å undersøkje noko, det er ein måte å gå fram på for å få fram kunnskap eller testa påstandar som gjer krav på å vera sanne eller gyldige (Tranøy, 1986). For å produsera gyldige data, må forskaren bruka pålitelege metodar (Denscombe, 2010). Denscombe (2010) trekk fram nøyaktigheit og ansvarlegheit som to særskilte viktige område forskaren må ta omsyn til. Datainnsamlinga bør følgja bestemte prosedyrar for å sikra nøyaktigheit, og data som er samla inn, må både oppbevarast og brukast på ein forsvarleg måte.

Ein kan skilja mellom kvalitativ og kvantitativ forskingsmetode. Kvalitativt og kvantitativt orientert forskning er ikkje to konkurrerande metodar, men ulike sider ved sosiale fenomen (Aase & Fossåskaret, 2007). På den eine sida interesserar kvalitativ forskning seg for meiningsdimensjonen ved sosiale fenomen, på den andre sida rettar kvantitativ forskning merksemda mot mengde og omfang (Aase & Fossåskaret, 2007).

Ringdal (2007) legg vekt på at det er vanleg å sjå på kvalitativ og kvantitativ metode som komplementære heller enn som motsetningar, og at det er problemstillinga som avgjer kva metode ein bør velja. Kvalitativ forskning kan vera historisk forskning, kjeldestudier eller intervju. Når ein ynskjer å vita korleis mennesket ser på livet sitt og den samanhengen dei står i, må ein spørja dei om dette. Data vert uttrykt i form av tekst (Grønmo, 2004).

I det følgjande vert kvantitativ metode kort beskrive, før ulike typar design blir presenterte. Det vert lagt spesiell vekt på longitudinelt design, då dette er brukt i denne studien. Deretter vert det forklart korleis utveljinga av deltakarane til studien gjekk føre seg. Instrumentet til denne datainnsamlinga (EPDS-skjema) og måten datamaterialet vart analysert på, vert så beskrive. Avslutningsvis vert etiske vurderingar lagt fram.

4.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode høyrer inn under den vitenskapsteoretiske tradisjonen som har bakgrunn i positivismen. Posivismen la vekt på at vitenskap berre kunne byggja på det empiriske, det føreliggjande, medan kritikarane meinte at ein då såg bort frå all menneskeleg subjektivitet (Sørbrø, 2007). Kvantitativ metode refererar til eigenskap ved data som vert samla inn. Data kan karakteriserast som kvantitative dersom dei kan uttrykkjast i form av tal eller mengdetermar, til dømes mange-få, fleire-færre (Grønmo, 2004). Kvantitative data kan teljast opp og målast. Det er vanleg å bruka spørjeskjema der mange respondentar kan inkluderast i undersøkinga. Kvantitativ metode er typisk i naturvitenskapleg forskning, det kan handla om statistiske generaliseringar frå eit utval til heile populasjonen (Grønmo, 2004). I denne studien vert det nytta kvantitativ metode.

4.2 Design

Eit forskingsopplegg eller design er forskaren sin plan for undersøkinga (Ringdal, 2007). Det finst mange ulike typar design, og den eine typen utelukkar ikkje den andre. Ringdal (2007) nemner fem ulike design: eksperimentelt, tverrsnitt, langsgåande, case-studiar og komparativt design. Klassisk design for å undersøkje årsakssamanhengar er eksperimentet. Her nyttar ein eksperiment- og kontrollgruppe. Tidsdimensjonen kan utnyttast på to ulike måtar, tverrsnittstudie eller langsgåande studie. Ved tverrsnittstudie er alle data basert på eit bestemt tidspunkt, medan langsgåande studie føl analyseeineringane over tid. Casestudiar og komparativt design byggjer begge på få analyseeiningar (Ringdal, 2007). I denne studien vert det brukt eit longitudinelt design.

4.2.1 Longitudinelt design

Langsgåande eller longitudinelt design betyr at dei same observasjonseineringane vert følgde over tid og at det må vera minst to observasjonspunkt (Skog, 2004). Polit & Beck (2006) trekk fram tre ulike typar longitudinelt design - trendstudie, panelstudie og oppfølgingstudie. I trendstudiar kan forskaren finna mønster og predikera kva som sannsynlegvis kan henda i framtida. I panelstudiar innhentar ein data frå dei same informantane fleire gonger, her kan ein registrera endring både hjå den enkelte og i ei gruppe. Ved oppfølgingstudiar hentar ein

inn data frå informantane før og etter ein intervensjon (Polit & Beck, 2006). Longitudinelt design kan vera prospektivt eller retrospektivt. I prospektive studiar føl ein analyseiningane framover i tid. I retrospektive studiar vert eit utval personar spurde om tilhøve i fortida (Ringdal, 2007). Ringdal hevdar at prospektive studiar er betre enn retrospektive mellom anna fordi ein her kan unngå at personen hugsar feil. Ved prospektive studiar kan ein sikra at årsaksvariablar er registrerte før verknaden vert observert, noko som kan forenkla analyse av årsakstilhøva. Tidsrommet i prospektive studiar kan variera frå veke til år. Dersom ein skal undersøkje tilhøve tilbake i tid, må ein nytta retrospektiv studie (Ringdal, 2007). Ei utfordring i dei fleste undersøkingar over tid, er bortfall av observasjonseiningar. Ei anna utfordring er om måling og registrering i seg sjølv kan ha effekt på informantane og slik føra til endring over tid (Skog, 2004).

Ei gruppe menneske med felles særteikn, til dømes graviditet, kan kallast ein kohort. I ein kohortstudie føl ein ei slik gruppe over tid (Ringdal, 2007). Studien i denne oppgåva har eit longitudinelt design, det betyr at data vart samla inn på meir enn eitt tidspunkt. Det er ei prospektiv longitudinell studie med oppfølging av dei same kvinnene (59 kvinner) på to ulike tidspunkt: under svangerskap (omlag i veke 32) og etter fødsel (omlag 6 veke etter).

4.3 Deltakarar

4.3.1 Rekruttering og prosedyre

Kommunen har som del av Modellkommuneforsøket (jf. pkt. 1.2) frå midten av august 2010 starta opp med EPDS-screening av både gravide og nybakte mødrer. Føremålet er å identifisera kvinner som kan vera deprimerte i samband med svangerskap og fødsel så tidleg som mogeleg. Det inngår i Modellkommuneforsøket at screeninga skal gjerast både under svangerskap og etter fødsel. I forkant av EPDS-screeninga, har kvinnene fått ein foldar som handlar om psykisk helse under svangerskap og etter fødselen (Vedlegg 3). Som ein del av Modellkommuneforsøket, vert kvinner som fyller ut EPDS skjema samstundes spurde om samtykke til at opplysningane kan brukast anonymt i ei kartlegging i kommunen (jf. vedlegg 2). Kvinner som går til svangerskapskontroll hos jordmor, har sidan august 2010 fått tilbod om å fylla ut EPDS-skjema under svangerskapet. Dei som går berre til fastlegen, får ikkje

dette tilbudet. Alle kvinner som kjem til helsestasjonen, har sidan august 2010 fått tilbud frå helsesøster om å fylla ut EPDS-skjema ved 6 vekers undersøkinga med barnet etter fødselen. Dei kvinnene som hadde født før EPDS kartlegginga starta opp, og som ikkje hadde vore til 6 vekers undersøking med barnet, fekk også tilbud om å fylla ut EPDS etter fødselen. Fordi screeninga av gravide og dei som hadde født starta samstundes, var det ingen kvinner som hadde svart på EPDS både under svangerskap og etter fødsel før byrjinga av november 2010.

I det anonymiserte datamaterialet frå kartlegginga til Modellkommuneforsøket, inngår EPDS-skjema som er fylt ut frå oppstarten av screeninga i midten av august 2010 til slutten av august 2011. For å delta i denne studien vart det sett opp følgjande inklusjons- og eksklusjonskriterier:

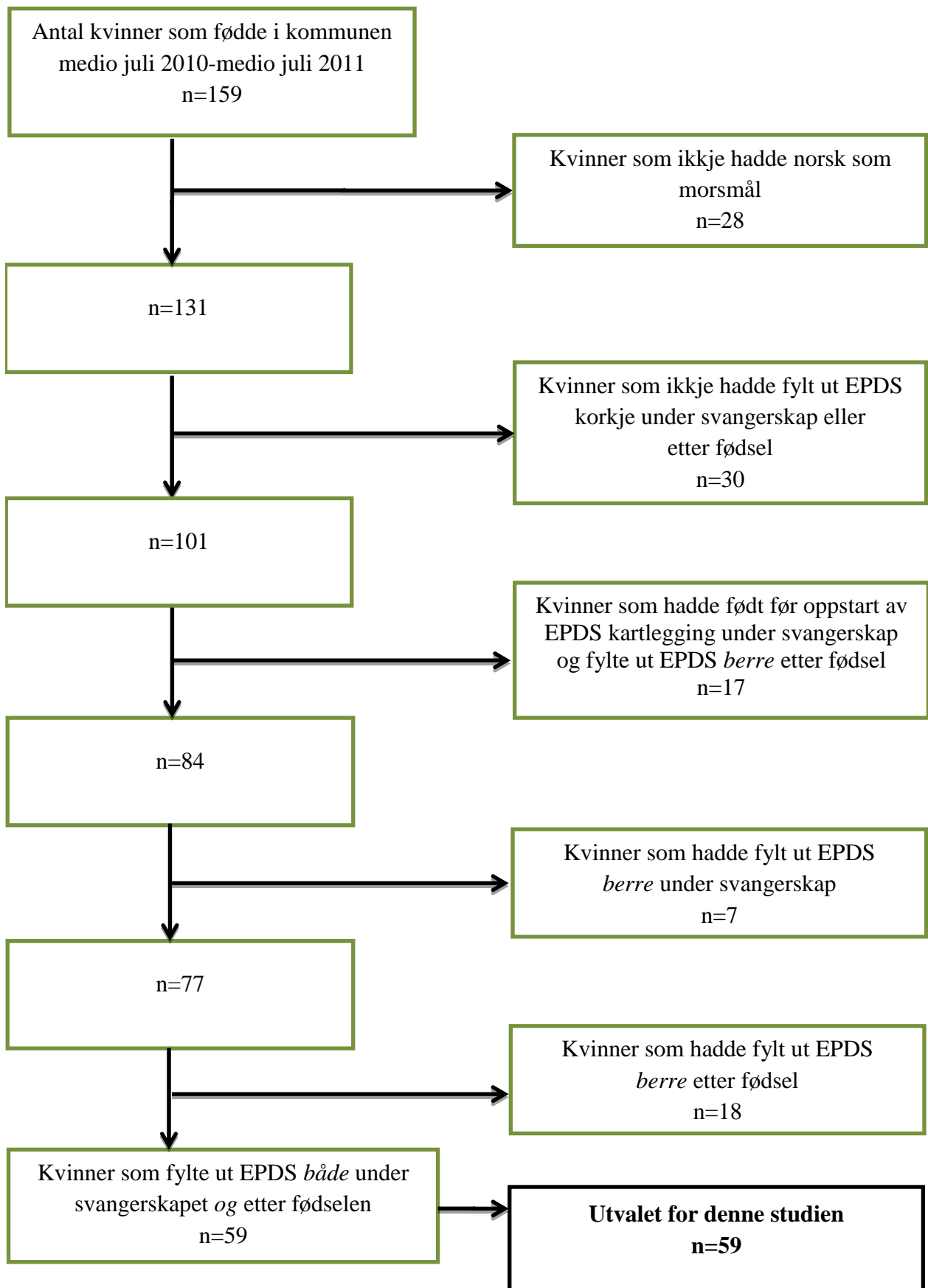
4.3.2 Inklusjonskriterier

- Norsktalende kvinner med norsk bakgrunn
- Kvinner som har gjeve samtykke til at opplysingane frå EPDS-skjema kan nyttast anonymt i ei kartlegging
- Kvinner som har fylt ut skjema både under svangerskapet og etter fødselen

4.3.3 Eksklusjonskriterier

- Psykisk sjuke kvinner som var under behandling
- Kvinner med utanlandsk opphav og framandkulturelle kvinner

Figur 4.1 Oversikt over utveljing av deltakarar til studien



4.4 Instrument i datainnsamlinga

4.4.1 Survey

Survey er ei systematisk og strukturert spørjeskjemaundersøking med eit bestemt tema til eit utval av informantar (Ringdal, 2007). I denne studien er nøyaktig det same standardiserte spørjeskjemaet (EPDS) brukt til dei same kvinnene på to ulike tidspunkt. Etter at deltakarane ved tidlegare kontroll hjå jordmor har fått brosjyre om psykisk helse i høve til svangerskap og fødsel, får deltakarane EPDS-spørjeskjemaet ved ein seinare kontroll (jf. vedlegg 1 og 3). Det vert sett av tid til kvinna for å svara på spørsmåla, og til å gå gjennom svara etterpå saman med jordmor eller helsesøster ved den same kontrollen. Systematisk og strukturert registrering av data frå kvart EPDS-skjema, før og etter fødsel, vart gjort i etterkant. I tillegg vart det kartlagt ulike demografiske og kliniske variablar frå fødselsmelding og barnet sitt helsekort.

4.4.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er eit spørjeskjema som er utvikla spesielt med tanke på å oppdaga symptom på depresjon hos kvinner som nettopp har født (Cox et al., 1987). Skjemaet er omsett og validert til norske tilhøve både av Eberhard-Gran et al. (2001) og Berle et al. (2003). I Modellkommuneforsøket i vår kommune vert Eberhard-Gran et al. (2001) si validering av EPDS nytta, difor er det same skjemaet nytta i denne studien. EPDS er brukt i fleire norske studiar av kvinner som nettopp har født (Eberhard-Gran et al., 2002; Berle et al., 2003; Dørheim et al., 2009b; Glavin et al., 2009). EPDS har også vore brukt til å identifisera depresjon hos gravide (Rubertsson et al., 2011; Adewuya et al., 2006) og nybakte fedrar (Matthey et al., 2001).

Det spesielle ved EPDS-skjemaet er at spørsmåla ikkje omfattar kroppslege symptom ein vanlegvis tenkjer er relaterte til fødsel og barseltid; til dømes teikn som trøttleik, lite energi eller endringar i søvnmønster, appetitt eller seksuell lyst. Skjemaet inneheld 10 spørsmål om korleis kvinna har hatt det dei sju siste dagane. Dei ulike delspørsmåla tar opp om kvinna den siste veka har: 1) kunne le og sjå det komiske i ein situasjon, 2) gleda seg til ting som skulle skje, 3) bebreida seg sjølv utan grunn når noko gjekk gale, 4) vore nervøs eller bekymra utan grunn, 5) vore redd eller fått panikk utan grunn, 6) følt at det har blitt for mykje for henne, 7) vore så ulykkeleg at ho har hatt vanskar med å sova, 8) følt seg nedfor eller ulykkeleg, 9) vore

så ulykkeleg at ho har gråte eller 10) om tanken på å skada seg sjølv har streifa henne (jf. vedlegg 1).

Det er fire ulike svaralternativ på kvart av spørsmåla, og det er utarbeidd ein skala for berekning av poeng. Svaralternativa varierar litt for kvart spørsmål, men er tilnærma like og om lag slik: (0) nei, aldri, (1) sjeldan, ikkje særleg ofte, (2) nokre gonger, ofte, (3) svært ofte, heile tida. Svara vert skåra på ein Likert skala frå 0-3. Skalaen varierar på den måten at det ikkje alltid er første svaralternativ som gjev lågast skår. Skåren for alle spørsmåla vert summert (frå 0-30 poeng), der høgare skåre indikerar grad av depressive symptom (Eberhard-Gran et al., 2001) (Vedlegg 4).

Det er diskutert kva poengsum som skal brukast for å fanga opp dei som er deprimerte, dei fleste anbefalar å setja ei grense ved 10 poeng. Det betyr at dei som skårar 10 poeng eller meir, kan vera deprimerte (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran et al., 2001; Dørheim et al., 2009b; Glavin et al., 2009). I denne studien er grensa for depresjon sett ved dei som har skåra 10 poeng eller meir. Det er lagt vekt på at ferdig utfylt skjema alltid skal etterfølgjast av ein samtale (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). På bakgrunn av denne samtalen skal dei som har trong for det, få tilbod om støttesamtalar. Støttesamtalar fokuserar meir på å lytta til kvinna enn å gi råd (Wickberg & Hwang, 1996).

4.4.2.1 Måleegenskapar

EPDS er testa på måleegenskapar (psykometriske eigenskapar) og det er funne at det har gode måleegenskapar i den norske folkesetnaden (Eberhard-Gran et al., 2001, Berle et al., 2003). Det er fleire viktige krav til spørjeskjema som blir brukt rutinemessig, mellom anna anvending, krav om reliabilitet og validitet samt krav om responsivitet, sensitivitet og spesifisitet. Alle desse omgrepa grip inn i kvarandre samstundes med at dei kvar for seg er viktige (Wahl & Hanestad, 2004).

Anvending (feasibility)

Språket må vera slik at dei som skal svara på spørsmåla forstår kva som står der. Vidare bør ikkje utfyllinga ta for lang tid. Det er viktig at dei som skal svara, får ein introduksjon om kva som er føremålet med undersøkinga, og at det er frivillig om ein vil delta eller ikkje (Wahl &

Hanestad, 2004). Undersøkinga skal ikkje medføra unødvendig ubehag. Ei studie med fokus på korleis helsepersonell og kvinner opplevde bruken av EPDS, fann at begge gruppene aksepterte det så langt det var tilbod om oppfølging for dei kvinnene som trøng det. Frå helsepersonellet si side var det også eit krav om kontinuerleg vegleiing (Buist et al., 2006).

Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om kor pålitelege og nøyaktige målingane er, om dei er truverdige og gjev eit korrekt bilete av det som skal undersøkjast (Wahl & Hanestad, 2004). Ulike måtar å testa reliabilitet på kan vera test-retest, intern konsistens og ekvivalenstest. Test-retest handlar om i kor stor grad ein får same resultat om ein gjentek målingane. Det er høg reliabilitet dersom uavhengige målingar med same måleinstrument gir same resultat (Ringdal, 2007). Ein kan også testa graden av intern konsistens. Det handlar om å sjå korleis dei enkelte oppgåver eller spørsmål, til dømes i eit spørjeskjema, korresponderar med kvarandre (Ringdal, 2007). Ekvivalenstest er når fleire forskarar gjennomfører studien samstundes. Intersubjektiviteten er god når det er høg ekvivalens (Polit & Beck, 2008). EPDS har vist tilfredsstillande reliabilitet i tidlegare norske studiar (Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003; Glavin et al., 2009).

Validitet

Validitet dreier seg om gyldigheit eller relevans. Utfordringa er å samla data som er relevante for problemstillinga ein skal belysa, om ein faktisk måler det ein vil måla (Ringdal, 2007). Ein valideringsprosess inneheld fleire steg. Validitet kan vurderast på fleire måtar, som umiddelbar validitet, innhaldsvaliditet, kriterievaliditet og omgrepsvaliditet (Ringdal, 2007). Umiddelbar validitet (face validity) viser til om instrumentet (til dømes EPDS spørjeskjema) ser ut til å måla det som det er tenkt å måla, dette vert ei skjønsmessig vurdering. Innhaldsvaliditet handlar om kor representative spørsmåla som vert stilte er i høve til andre spørsmål som kan stillast om same tema (Wahl & Hanestad, 2004). Kriterievaliditet er å vurdere skjemaet opp mot eit anna skjema som har som føremål å måla dei same fenomen. Ein kan vidare dela kriterievaliditet inn i samtidig og prediktiv validitet. Samtidig validitet betyr at instrumentet vert målt mot ein sann verdi, ein "gullstandard". Når ein skal måla omgrep som er subjektive, er det ikkje mogeleg med ein slik gullstandard. Prediktiv validitet handlar om ein på grunnlag av undersøkinga kan forutsei noko om forventta hending eller resultat i framtida. Omgrepsvaliditet er kanskje den mest kompliserte forma for validitet, og

dreier seg om ein faktisk måler det teoretiske omgrepet ein ønskjer å måla (Wahl & Hanestad, 2004). EPDS-spørjeskjema er validert i to norske studiar (Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003).

Responsivitet

Responsivitet er evna til å oppdaga endringar over tid. Det inneber at spørjeskjemaet ikkje må syna endringar hjå dei det ikkje er noko endring med, men fanga opp endringar der det faktisk har gått føre seg ei endring. (Wahl & Hanestad, 2004). Tidlegare studiar har vist at det er mogeleg å registrera endring over tid med EPDS (Glavin et al., 2010).

Sensitivitet

Sensitivitet er måleinstrumentet si evne til å avdekka skilnadar mellom informantar eller grupper av informantar (Wahl & Hanestad, 2004). Sensitivitet handlar om spørsmålet si evne til å fanga opp dei som har eigenskapen det vert spurt etter og dermed unngå falske negative (Skog, 2007). EPDS-skjemaet er enkelt å fylla ut. Ved ei grense på ≥ 10 poeng for depresjon, har skjemaet ein sensitivitet på 100%. Det betyr at 100% av dei som faktisk har ein depresjon, vil ha ein forhøga skåre på EPDS (10 poeng eller meir), ingen av dei vil scora mindre enn 10 poeng (ingen falske negative) (Eberhard-Gran et al., 2001). EPDS er altså godt eigna til å identifisera depresjon.

Spesifisitet

Spesifisitet handlar om spørsmålet si evne til å unngå å fanga opp dei som ikkje har eigenskapen, og dermed unngå falske positive (Skog, 2007). EPDS-skjemaet har ein spesifisitet på 87%, det vil sei at 87% av dei som ikkje er deprimerte vil skåra mindre enn 10 poeng på EPDS, medan 13% av dei som ikkje er deprimerte vil skåra over 10 poeng på EPDS (falske positive) (Eberhard-Gran et al., 2001).

4.4.2 Opplæring av dei som brukar instrumentet

EPDS skal berre brukast av helsepersonell som har fått opplæring i instrumentet og som har tilgang på vegleiing. Eberhard-Gran & Slinning (2007) refererer til Seely (2001) som slår fast at "the scale is only as good as the person using it". Det har lite hensikt å utføra screening med EPDS om det ikkje er tilrettelagt for oppfølging av kvinnene. Skal ei slik screening gjennomførast, må det vera sett av både tid og nok ressursar (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Det må leggjast til rette for ei utvida tidsramme ved den kontrollen der skjemaet skal fyllast ut. Det er nødvendig at den som skal fylla ut skjemaet har rolege omgivnader og tilstrekkeleg tid, og det må også setjast av tid til å samtala om resultatet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

I Modellkommuneforsøket i vår kommune har jordmor og alle helsesøstrene hatt opplæring i bruk av EPDS. Opplæringa omfattar eit tre dagars kurs med ein oppfølgingsdag ei tid etter oppstart med EPDS. Opplæringsprogrammet er eit samarbeid mellom Helsedirektoratet og R-BUP (Bufetat, 2010). Det er lagt til rette for regelbunden vegleiing frå psykolog. I vår kommune har psykolog også vore med på opplæringa. I tidsrommet denne undersøkinga har gått føre seg, har det fram til nå vore ei jordmor og fire ulike helsesøstrer som har brukt EPDS.

4.4.3 Demografiske og kliniske variablar

Ulike demografiske og kliniske variablar er inkludert i denne undersøkinga. Ein demografisk variabel er ein karakteristikk av individet eller miljøet. Demografiske variablar i denne studien er kvinna sin alder og sivilstand samt barnet sitt kjønn. Alder vart registrert som ein kontinuerleg variabel og omkoda til følgjande kategoriar, 1: ≤ 25 år, 2: 25-30 år, 3: 31-35 år, 4: ≥ 36 år. Fordi det var svært få kvinner under 20 år, og for å sikra anonymiteten, vart kvinnene under 25 år slått saman til ein kategori. Sivilstand vart koda til følgjande kategoriar, 1: einsleg, 2: sambuar, 3: gift. Barnet sitt kjønn vart koda slik, 1: gut, 2: jente.

Kliniske variablar i denne studien er karakteristika som er særigne for det som har med svangerskap og fødsel å gjera. Kliniske variablar i høve til mor er paritet (antal born), svangerskapslengde, fødselsmåte, amming/morsmjølkstillegg og EPDS-skåre. Talet på born (paritet) vart koda til følgjande kategoriar, 1: 1 barn, 2: 2 born, 3: ≥ 3 born.

Svangerskapslengde vart registrert som ein kontinuerleg variabel og omkoda til følgjande kategoriar, 1: for tidleg fødsel: < 37 svangerskapsveker, 2: fødsel til termin: $\geq 37-42$ svangerskapsveker, 3: overtidig svangerskap: ≥ 42 svangerskapsveker. Fødselsmåte vart koda som 1: spontan vaginal fødsel, 2: keisarsnitt, 3: vakum, 4: tang. Vidare vart fødselsmåte også koda som 1: spontan vaginal fødsel og 2: operativ forløyning (keisarsnitt + vakum + tang). Førekost av amming vart koda som amming ved utskriving, 1: ja, 2: nei; amming ved 6 veker, 1: ja, 2: nei; morsmjølkstillegg ved 6 veker, 1: ja, 2: nei.

I høve til barnet er kliniske variablar fødselsvekt og Apgar skåre. Fødselsvekt vart registrert som ein kontinuerleg variabel og omkoda til to kategoriar, 1: < 2500 gr, 2: ≥ 2500 gr. Apgar skåre vart registrert etter 1, 5 og 10 min. Etter 10 min. hadde alle barn Apgar skåre > 7 , etter 5 min hadde eitt barn Apgar skåre < 7 . Difor vart berre Apgar skåre ved 1 min. analysert. Apgar skåre ved 1 min. vart koda slik, 1: Apgar ≤ 7 , 2: Apgar > 7 .

4.5 Statistikk

I data analyse kan ein nytta både deskriptiv statistikk og hypotesetesting. Deskriptiv statistikk vert brukt for å beskriva og summera opp innsamla data. Ved hjelp av hypotesetesting kan ein ut frå eit mindre utval trekkja slutningar om ein populasjon (Polit & Beck, 2008). I denne studien vart EPDS-skjema frå før og etter fødsel koda med tal. Den same tal-koden var på opplysingar frå mor sin fødejournal og barnet sitt helsekort. Anonymiserte, koda data frå kvar av dei 59 deltakarane sine to EPDS-skjema (under svangerskap og etter fødsel), fødselsmelding samt barnet sitt helsekort, vart lagt inn i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, PASW Statistics 18. Det vart dobbeltsjekka at datamaterialet var rett koda og korrekt lagt inn.

4.5.1 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk er ein beskrivande statistikk, det er eit verktøy for å summera opp innsamla data (Polit & Beck, 2008). Dei vanlegaste formene for beskrivande statistikk er sentraltendens, spreining, frekvensfordeling og normalfordeling.

4.5.1.1 Sentraltendens

Sentraltendens kan registrerast som modus, median eller gjennomsnitt. Modus er den verdien som førekjem oftast. Median er den verdien som deler ei ordna fordeling i to like store mengder av einingar. Det vanlegaste mål på sentraltendens er gjennomsnittet (Ringdal, 2007). I denne studien er det rekna ut gjennomsnittsverdiar for nokre av variablane: EPDS skåre, mor sin alder og barnet si vekt.

4.5.1.2 Spreiing

Standardavvik, variasjonsbreidde (range) og konfidensintervall

Spreiing er mål på utbreiing eller variasjon i ei fordeling. Det vanlegaste mål på spreiiing er standardavvik. Det vert vanlegvis brukt på kontinuerlege variablar, men kan også brukast på ordinale variablar dersom talet på verdiar er meir enn 4-5. Variasjonsbreidde (range) er avstanden frå høgaste til lågaste verdi (Ringdal, 2007). Ein annan måte å beskriva range på, er å gje opp minimum og maksimum verdien for variabelen. Konfidensintervall er eit uttrykk for den statistiske feilmarginen som er knytta til utvalet (Grønmo, 2004). Tanken bak eit konfidensintervall er å finna eit intervall av verdiar for gjennomsnitt som med stor sannsynlegheit vil innehalda den sanne verdien for populasjonen. Eit 95% konfidensintervall vil innehalda den sanne verdien i 95 av 100 tilfelle (Ringdal, 2007). Både standardavvik (SD), variasjonsbreidde (range) og konfidensintervall (95% KI) vert brukte i denne studien.

4.5.1.3 Frekvensfordeling

Ein måte å ordna numeriske verdiar på, er frekvensfordeling. Frekvensfordeling er ei systematisk ordning av lågaste til høgaste verdi saman med ei oversikt over kor mange gonger verdien førekjem. Dette er ein måte å belysa korleis hovudtyngda av gruppene i datamaterialet er fordelt. Summen av desse frekvensane skal vera den same som summen av observasjonseiningane (n) (Wahl & Hanestad, 2004). Det kan også vera nyttig å presentera frekvensane som prosent, her skal då summen av prosent vera 100 (Wahl & Hanestad, 2004).

I denne studien vert det presentert frekvensfordeling (antal og prosentandelar) når det gjeld mødrene sin alder (koda til kategoriar), paritet, sivilstand, svangerskapslengde ved fødsel, fødselsmåte og førekomst av amming. Skal ein bruka prosentfordeling i høve til alder, må ein kategorisera til aldersgrupper, det kan ikkje vera ein kontinuerleg variabel. I denne studien er

mor sin alder og barnet si vekt koda til kategoriske variablar. Antal og prosentandelar vert også presentert for barnet sitt kjønn, Apgar skåre – samt tidspunkt for EPDS intervju under svangerskap (svangerskapsveke) og antal veker etter fødsel.

Vidare vert det for kvart av dei 10 delspørsmåla som inngår i EPDS presentert gjennomsnittskåre, standardavvik og frekvensfordeling for dei ulike svaralternativa – både under svangerskap og etter fødsel. Gjennomsnittsverdiar, standardavvik, range og frekvensfordeling vert også beskrive for total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel. Endring i EPDS skåre for alle 59 kvinnene frå under svangerskap til etter fødsel, vert vist i tabell.

4.5.1.4 Normalfordeling

Ei normalfordeling er ei symmetrisk fordeling med den høgaste frekvensen på gjennomsnittsverdien, og med like stor spreiding av einingar på begge sider (Grønmo, 2004). Normalfordeling er sentral i statistisk generalisering. Generalisering handlar om i kva grad funna har overføringsverdi slik at dei kan vera gyldige for ei større gruppe enn studiepopulasjonen (Polit & Beck, 2006). Fordelinga betyr også noko i høve til kva statistiske analysar ein kan bruka (Wahl & Hanestad, 2004). I denne studien fann ein tilnærma normalfordeling av EPDS skåre (jf. fig. 5.6 og 5.7).

4.5.2 Målenivå

Målenivået til variablane er med og avgjer kva analysemetode ein kan velja. Då variablar vert målt med ulik presisjon, er det presisjonsnivået som er grunnlaget for klassifiseringa av variablar sitt målenivå (Ringdal, 2007). Det er vanleg å dela inn i fire målenivå: nominal-, ordinal-, intervall- og forholdstalsnivå (Ringdal, 2007). Nominalnivå er det lågaste nivået der analyseiningane berre kan klassifiserast i gjensidig utelukkande grupper. I denne studien er sivilstand ein variabel på nominalnivå, 1: einsleg, 2: sambuar, 3: gift. Desse kategoriane kan ikkje ordnast etter rang. Når variabelen sine verdiar kan ordnast etter rang, er variabelen målt på ordinalnivå, dette handlar ofte om spørsmål om haldningar eller verdiar. Sjølv om verdiane kan rangordnast, gjev avstanden mellom desse verdiane inga meining. Nominale og ordinale variablar er begge kategorivariablar (Ringdal, 2007).

Det er fire svaralternativ på dei ulike spørsmåla i EPDS, til dømes 0: nei, slett ikkje, 1: nesten aldri, 2: ja, stundom, 3: ja, veldig ofte. I utgangspunktet er dette ei måling på ordinal-nivå. Her brukar ein imidlertid score frå 0-3 poeng på kvart spørsmål for å finna ut om ei kvinne har depressive symptom eller ikkje, det betyr at denne målinga er på forholdstalsnivå. Intervall og forholdstalsnivå er kontinuerlege variablar. Her gjev skilnaden mellom variabelverdiane mening. Skilnaden mellom intervallnivå og forholdstalsnivå er at variablar på forholdstalsnivå har eit nullpunkt, eit døme her kan vera alder som kontinuerleg variabel målt i antal år. Om alder er registrert som aldersgrupper, er det ei måling på ordinalnivå (Ringdal, 2007). I denne undersøkinga er kvinnene sin alder registrert både som ein kontinuerleg variabel og som ein kategorisk variabel i aldersgrupper. Aldersgrupper vert her ei måling på ordinalnivå.

4.5.3 Statistiske analysar

Hypotesetesting handlar om finna ut kva resultat som mest truleg avspeglar tilfeldige skilnader mellom grupper og kva som avspeglar ekte eller sanne skilnader (Wahl & Hanestad, 2004). I hypotesetesting er ein avhengig av to forklaringar. Den eine forklaringa fell saman med forskaren si hypotese, den andre forklaringa fell saman med det ein kallar nullhypotese. Ein nullhypotese er eit utsagn som hevdar at einkvar observasjon er ein tilfeldigheit. Statistisk hypotesetesting er ei form for ein prosess av avvising, difor har ein bruk for ein nullhypotese (Wahl & Hanestad, 2004). Det kan vera umogeleg å visa at forskaren si forklaring er rett, men det kan vera mogeleg å visa at nullhypotesen mest truleg ikkje er rett. Det ein forskar vil oppnå ved å bruka statistiske testar, er ei avvising av nullhypotesen (Wahl & Hanestad, 2004).

Statistisk signifikans

Dersom eit funn er statistisk signifikant vil det seia at det mest sannsynleg ikkje er resultat av ein tilfeldigheit. Statistisk signifikans vert ofte oppgjeve som p-verdi. Det mest brukte nivået er 0,05. Eit signifikansnivå på 0,05, tyder at ein aksepterar ein risiko for at ein sann nullhypotese vert avvist fem gonger i eit utval på 100 (Wahl & Hanestad, 2004). I denne studien vart ein p-verdi på $< 0,05$ rekna som signifikant.

4.5.3.1 T-test

Ein måte å testa skilnadar mellom grupper i høve til gjennomsnitt er t-test (Students t-test) (Wahl & Hanestad, 2004). Skal ein nytta t-test, bør variablane vera tilnærma normalfordelte. Når ein brukar t-test må ein skilja mellom situasjonar med to uavhengige grupper (til dømes eksperiment og kontrollgruppe, kvinner og menn), og situasjonar der utvalet er para eller avhengig (til dømes den same gruppa sin skåre før og etter behandling) (Wahl & Hanestad, 2004). Det er slik to typar t-test: t-test for uavhengige utval og para t-test for avhengige utval. Skal ein undersøkje skilnaden mellom to ulike grupper, kan ein bruka uavhengig t-test. Skal ein undersøkje skilnaden på målingar frå same individ eller grupper, kan ein bruka para t-test (Wahl & Hanestad, 2004).

Normalfordelinga av EPDS skåre både før og etter svangerskap er i denne studien berre tilnærma (jf. pkt. 5.1.6). Sidan t-test vert rekna som ein robust analysemetode, har eg likevel valt å bruka testen i nokre analysar. I studien er det er gjort uavhengig t-test for å samanlikna skilnaden i gjennomsnitt av EPDS skåre i variablar som hadde to uavhengige grupper (for tidleg fødsel, overtidig svangerskap, barnet sitt kjønn, låg fødselsvekt, låg Apgar skåre, amming og morsmjølkserstatning). Det er gjort para t-test for å samanlikna skilnaden i gjennomsnitt av EPDS skåre under svangerskap og EPDS skåre etter fødsel. Det same er gjort for kvar av dei 10 delspørsmåla, samt for dei ulike gruppene i variablane mor sin alder, paritet og sivilstand.

4.5.3.2 Variansanalyse, F-test (ANOVA)

For å samanlikna tre eller fleire grupper data, kan ein bruka f-test som er ei utviding av t-testen. F-testen baserar seg på berekning av gjennomsnitt og standardavvik for kvar av gruppene, og gjer det mogeleg å testa hypotesar om skilnadar mellom fleire enn to gruppegjennomsnitt samstundes (Ringdal, 2007). Det er tre typar variansanalyse: einvegs variansanalyse (uavhengige grupper), fleirvegs variansanalyse (uavhengige grupper) og variansanalyse med repeterte målingar (avhengige grupper) (Polit & Beck, 2008). I denne studien vart det nytta einvegs variansanalyse (ANOVA) for å samanlikna gjennomsnittsverdiar av EPDS under svangerskap og etter fødsel for variablar som hadde tre eller fleire uavhengige grupper (mor sin alder, paritet, sivilstand og fødselsmåte). Ein p-verdi på $< 0,05$ tyder på ein signifikant skilnad i gjennomsnitt EPDS skåre mellom minst to av dei uavhengige gruppene som inngår i variansanalysen (Polit & Beck, 2008).

4.5.3.3 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjonsanalyser kan brukast til å beskriva styrken og retninga av den lineære samanhengen mellom to variablar. Korrelasjonskoeffisienten r varierar mellom $+1$ og -1 . Absoluttverdien av r (uavhengig av om r er positiv eller negativ) seier noko om styrken av samanhengen. Ein perfekt korrelasjon på $+1$ eller -1 gjer at ein kan berekna ein heilt nøyaktig verdi av ein variabel når ein kjenner til verdien av den andre. Er korrelasjonen 0 , tyder det på ingen samanheng mellom dei to variablane.

Styrken på samanhengen vert rekna som liten dersom absoluttverdien av $r = 0,10-0,29$, middels dersom $r = 0,30-0,49$ og stor dersom $r = 0,50-1,0$ (Cohen, 1988).

Korrelasjonsanalysen gjev også ein p -verdi, men denne seier ikkje noko om kor sterk samanhengen mellom dei to variablane er (styrken på samanhengen vert beskrive som r). p -verdien indikerar kor mykje ein kan stola på resultatet (Polit & Beck, 2008).

I denne oppgåva har ein nytta Pearson korrelasjonskoeffisient (r) som er utvikla for to kontinuerlege variablar (til dømes EPDS skåre, alder, fødselsvekt), men som òg kan brukast dersom ein har ein kontinuerleg (til dømes EPDS) og ein dikotom variabel (til dømes barnet sitt kjønn, låg fødselsvekt, amming) (Skog, 2007).

4.5.3.4 Regresjonsanalyse

I regresjonsanalyse kan ein undersøkje korleis ein avhengig variabel kan verta påverka av uavhengige variablar (Skog, 2007). Dersom det er meir enn ein uavhengig variabel i analysen, vert det kalla multipl regressjon. Ein kan då berekna effekten av ein uavhengig variabel på den avhengige variabelen, samstundes som ein kontrollerar for andre uavhengige variablar. I regresjonsanalyse er den avhengige variabelen kontinuerleg (til dømes EPDS skåre), medan dei uavhengige variablane kan vere kontinuerlege eller dikotome (Skog, 2007).

For å kunne gjera ein multipl regressjonsanalyse må storleiken på utvalet (n) vera over eit visst antal. Dette minste utvalet aukar med antal uavhengige variablar som vert inkluderte i regresjonsanalysane. Det er noko ulike anbefalingar for kor mange uavhengige variablar ein kan ha når datasettet er avgrensa. Det er anbefalt at antal uavhengige variablar i ein multipl regressjon kan vera kvadratrot av antalet i studiepopulasjonen (Altman, 1997). I denne studien, med 59 inkluderte kvinner, skulle ein dermed kunne ha 7-8 uavhengige variablar i den multiple regresjonsmodellen.

4.6 Etiske vurderingar

I følge Denscombe (2010) finst ikkje den perfekte forskaren, men ein del grunnreglar er det viktig for forskaren å vera merksam på. Denscombe (2010) viser til fleire krav til god forskingspraksis. Forskaren må følgja moralske og etiske reglar. Vidare må forskaren beskytta deltakarane sine interesser og samstundes vera objektiv, sjølvreflektert og ha eit ope sinn. Forskingsdesignet må vera logisk og tilpassa føremålet, og metoden må produsera nøyaktige og gyldige data som er samla inn og brukt på rett måte (Denscombe, 2010).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitskap og humaniora (NESH) har utarbeidd forskningsetiske retningslinjer som kan hjelpa forskaren til å reflektera over egne oppfatningar og haldningar, verta medviten om normkonflikter og styrkja godt skjøn og evne til å ta grunngjevne val mellom motstridande omsyn (NESH, 2005). I retningslinene vert det vist til ulike typar av normer, frå ufråvikeleg krav til viktige omsyn. Forsking må regulerast av etiske normer og verdiar. Helsinkideklarasjonen (2008) er etiske prinsipp for forskning som omfattar menneske. Helsinkideklarasjonen er utarbeida av Verdens legeförening, og vart sist oppdatert i 2008. Deklarasjonen legg mellom anna stor vekt på informert samtykke samstundes som det vert slått fast at det er forskaren som har det etiske ansvaret. Informert samtykke forsvarar ikkje uetisk forskning. Deltakarar som er med i studiar, skal ha tilfredsstillande opplysingar om studien. Dei skal informerast om at det er frivillig om dei vil delta, og at dei kva tid som helst - utan å oppgi noko grunn - kan trekkja seg frå studien. Helsinkideklarasjonen legg også vekt på at ein skal ta særleg omsyn til sårbare grupper, gravide og dei som nettopp har født kan vera ei slik gruppe. Denne studien er i samsvar med krava frå NESH og Helsinkideklarasjonen.

Kvinnene vert informerte om at EPDS er ein del av Modellkommuneforsøket i kommunen, og at det som ein del av eit kvalitetssikringsprosjekt er ønskeleg å kartleggja EPDS. Kvinnene vert informerte om at alle opplysingar vert anonymiserte, og at det er frivillig om dei vil delta eller ikkje. Utan å oppgi nokon grunn, kan dei trekkja seg frå studien. Denne informasjonen vert gjeve munnleg, frå jordmor under svangerskap og frå dei ulike helsesøstrene ved 6 vekers undersøkinga av barnet. Dei kvinnene som ønskjer det, skriv under på samtykke om at opplysingane frå EPDS kan nyttast i ei kartlegging i kommunen (jf. vedlegg 2). Det er viktig at utfyllinga av EPDS ikkje skal medføra ubehag for kvinnene, og det er laga prosedyrar for oppfølging for dei som treng det (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Ei studie syntte at både

kvinner og helsepersonell aksepterte bruk av EPDS så fram det var prosedyrar for oppfølging av kvinnene og for vegleiing av helsepersonellet (Buist et al., 2006) (jf. pkt. 4.4.2.1).

Innføring av EPDS i kommunen er eit kvalitetssikringsprosjekt som er starta opp på bakgrunn av Modellkommuneforsøket. Det er eit prosjekt som denne kommunen sette i gong i august 2010 og som oppfyller premissene for kvalitetssikringsarbeid ved at:

- EPDS er innført som rutine i den kliniske verksemda
- Prosjektet er starta på initiativ frå kommunen (Modellkommuneforsøket)
- Prosjektet vert utført av lokalt tilknytta helsepersonell (jordmor og helsesøstrer)

Modellkommuneforsøket sitt mandat er å utvikla modellar for langsiktig og systematisk oppfølging av born med foreldre som har psykiske problem eller rusproblem. I ein slik modell må ein kartleggja, oppdaga og handla. Ei kartlegging med EPDS kan vera eit viktig arbeid inn i satsinga på tidleg intervensjon.

Denne studien er ein del av eit kvalitetssikringsprosjekt i Modellkommuneforsøket der det er gjeve tilgong til anonymiserte opplysingar frå kartlegginga av EPDS skåre før og etter fødsel, fødselsmelding og barnet sitt helsekort. Det var telefonisk kontakt med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) som sa at ein ved dette høvet skulle venda seg til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det vart sendt meldeskjema til NSD som gav tilbakemelding om at det er Modellkommuneforsøket som kan gi meg som masterstudent tilgong på aktuelle, anonyme data, prosjektnummer 26269 (Vedlegg 5). Eg har fått skriftleg godkjenning frå kommunen ved leiar for Modellkommuneforsøket, om at eg får tilgong på dette anonymiserte datamateriale frå kartlegginga til bruk i oppgåva (Vedlegg 6).

Alle data er koda og anonymiserte i denne studien. Sjølv om nokre av kategoriane i aldersgrupper og sivilstand har eit avgrensa antal kvinner, er anonymiteten likevel teken i vare fordi studiepopulasjonen berre utgjer 59 av alle 159 kvinnene som fødde i perioden datainnsamlinga gjekk føre seg. Dermed er det ikkje mogeleg å identifisera desse kvinnene.

5. RESULTAT

5.1 Deskriptiv statistikk

Forskingsspørsmål I:

Korleis er fordelinga av alder, paritet, sivilstand, svangerskapsvarigheit, fødselsmåte og førekomst av amming hjå kvinnene som er med i studien?

5.1.1 Beskriving av kvinnene

Tabell 5.1 Kliniske og demografiske variablar for 59 kvinner som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.

		Antal (n)	Prosent (%)	Gj.sn. (SD)	Range
Alder (år) kontinuerleg				28,4 (5,2)	18-42
Aldersgrupper (kategori)	≤ 25	16	27,1		
	26-30	25	42,4		
	31-35	11	18,6		
	≥ 36	7	11,9		
Paritet - antal fødte born	1	22	37,3		
	2	17	28,8		
	≥ 3	20	33,9		
Sivilstand	Einsleg	4	6,8		
	Sambuar	25	42,4		
	Gift	30	50,8		
Fødselsmåte	Spontan	47	79,7		
	Keisarsnitt	6	10,2		
	Vakum	5	8,5		
	Tang	1	1,7		
Fullførte svangerskapsveker	< 37	3	5,1		
	37-41	51	86,4		
	≥ 42	5	8,5		
^a Amming v/ utskriving	Ja	56	96,6		
	Nei	2	3,4		
^b Amming v/ 6 veker	Ja	48	82,8		
	Nei	10	17,2		
^c Morsmjølks-tillegg v/ 6 veker	Ja	19	32,8		
	Nei	39	67,2		

^a Amming ved utskriving = Om kvinna amma ved heimreise frå fødeavdeling.

^b Amming ved 6 veker = Om kvinna amma barnet då det var 6 veker.

^c Morsmjølkstillegg ved 6 veker = Om barnet fekk morsmjølkstillegg då det var 6 veker.

Tabell 5.1 viser alder, paritet, sivilstand, fødselsmåte, svangerskapsvarigheit og førekomst av amming hjå kvinnene som var inkluderte i studien. Då det var svært få kvinner under 20 år, vart alle kvinnene som var < 25 år samla i ei gruppe.

Nær halvparten av kvinnene var i aldersgruppa mellom 26-30 år. Den yngste kvinna var 18 år, den eldste kvinna var 42 år. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var litt over 28 år. I høve til talet på born den einskilde kvinna hadde født (paritet), var den største gruppa dei som hadde fått sitt første barn. Gruppene av kvinner som hadde to, eller tre og fleire born, var om lag like store. Nesten alle kvinnene var gifte eller sambuarar, desse to gruppene var omtrent like store. Eit fåtal av kvinnene var einslege. Fire femdelar av kvinnene hadde vanleg spontan fødsel, medan den siste femdelen hadde operativ forløyising (keisarsnitt, vakum, tang). Av dei med operativ forløyising, hadde halvparten keisarsnitt. Dei fleste kvinnene fødde om lag ved termin (fullgått svangerskap), det var færre som fødde før termin samanlikna med dei som fødde etter termin (Tabell 5.1).

Hjå ei av dei 59 kvinnene var det ikkje opplysingar om amming, difor er det samla talet på kvinner når det gjeld amming 58. Ved utreise frå fødeavdelinga var det berre to kvinner som ikkje amma, medan talet på dei som ikkje amma ved 6-vekers undersøkinga på helsestasjonen hadde auka til 10 kvinner. To tredelar av kvinnene fullamma borna sine ved 6-vekers undersøkinga, det vil seia at desse borna berre fekk morsmjølk. Den siste tredelen av kvinnene anten amma og gav morsmjølkstillegg eller gav berre tillegg (Tabell 5.1).

Forskingsspørsmål II:

Korleis er fordelinga av borna sitt kjønn, fødselsvekt og Apgar skåre i denne studien?

5.1.2 Beskriving av borna

Tabell 5.2 viser fødselsvekt, Apgar skåre og kjønn for borna som er med i denne studien. Fødselsvekt vert vist både som gjennomsnittsvekt og delt i to kategoriar, < 2500 gr (låg fødselsvekt) og > 2500 gr (normal fødselsvekt). Gjennomsnittleg fødselsvekt var på om lag 3,5 kg, den varierte frå om lag 2,4 kg til 4,6 kg. Tre born vog mindre enn 2,5 kg ved fødselen. Over fire femdeler av borna hadde ein Apgar skåre på meir enn 7 poeng ved 1 min. etter fødselen, medan ein knapp femdel hadde Apgar skåre på 7 poeng eller mindre. Tabell 5.2 syner også at det vart født litt fleire gutar enn jenter blant dei kvinnene som deltok i studien.

Tabell 5.2 Kliniske og demografiske variablar for 59 born som vart fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.

		Antal (n)	Prosent (%)	Gj.sn. (SD)	Range
Fødselsvekt (gr)				3480 (504)	2430-4562
Låg fødselsvekt	< 2500	3	5,1		
Normal fødselsvekt	≥ 2500	56	94,9		
Apgar skåre (1 min.)	≤ 7	11	18,6		
	> 7	48	81,4		
Kjønn	Gut	32	54,2		
	Jente	27	45,8		

Forskingsspørsmål III:

Korleis er fordelinga av dei 10 ulike symptoma på depresjon som inngår i EPDS under svangerskap og etter fødsel?

5.1.3 Beskriving av dei 10 ulike delspørsmåla i EPDS under svangerskap og etter fødsel

Tabell 5.3-1 til og med tabell 5.3-10 syner gjennomsnittskåre for kvart av dei 10 delspørsmåla på EPDS-skjemaet, både under svangerskap og etter fødsel. Poengskalaen går frå 0-3, slik at høgaste poengskåre for eit delspørsmål er 3. Alle spørsmåla handlar om korleis kvinna hadde opplevd dei siste sju dagane, altså den siste veka.

Tabell 5.3-1 Har du dei siste 7 dagane kunne le og sjå det komiske i ein situasjon?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,07 (0,25)			0,12 (0,33)
Like mykje som vanleg	55	93,2		52	88,1	
Ikkje rett så mykje som eg pleier	4	6,8		7	11,9	
Klart mindre enn eg pleier	0	0		0	0	
Ikkje i det heile tatt	0	0		0	0	

Tabell 5.3-1 viser at nesten alle under svangerskapet opplevde at dei kunne le og sjå det komiske i ein situasjon like mykje som vanleg, medan nokre få svarte at dette ikkje var rett så mykje som før. Etter fødselen hadde det endra seg litt, nokre færre opplevde at dette var like mykje som vanleg medan omtrent dobbelt så mange som før fødselen svara at det ikkje var rett så mykje som før. Ingen av kvinnene, verken før eller etter fødselen, svarte at dei klart mindre eller ikkje i det heile tatt kunne le og sjå det komiske i ein situasjon.

Tabell 5.3-2 Har du dei siste 7 dagane kunne gleda deg til ting som skulle skje?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,10 (0,31)			0,12 (0,33)
Like mykje som vanleg	53	89,8		52	88,1	
Noko mindre enn eg pleier	6	10,2		7	11,9	
Klart mindre enn eg pleier	0	0		0	0	
Nesten ikkje i det heile tatt	0	0		0	0	

På spørsmålet om å gleda seg til ting som skulle skje, svarte nesten 90 % av kvinnene like mykje som vanleg både før og etter fødselen, dei resterande 10 % svarte at dei gleda seg noko mindre (Tabell 5.3-2). Tabellen viser vidare at ingen kvinner, verken før og eller fødselen, svarte at dei gleda seg klart mindre eller nesten ikkje i det heile tatt til ting som skulle skje.

Tabell 5.3-3 Har du dei siste 7 dagane bebreida deg sjølv utan grunn når noko gjekk gale?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,76 (0,80)			0,68 (0,82)
Ja, nesten heile tida	1	1,7		1	1,7	
Ja, av og til	10	16,9		10	16,9	
Ikkje særleg ofte	22	37,3		17	28,8	
Nei, aldri	26	44,1		31	52,5	

I tabell 5.3-3 ser ein at ei kvinne svarte at ho nesten heile tida bebreida seg sjølv utan grunn når noko gjekk gale, dette var det også ei kvinne som svarte etter fødselen. 10 kvinner svarte at dei av og til bebreida seg sjølv, her var det same antalet både før og etter fødsel. 22 kvinner svarte under svangerskapet at dei ikkje særleg ofte bebreida seg sjølv, medan 17 kvinner svarte dette etter fødselen. Under svangerskapet var det 26 av kvinnene som svarte at dei aldri bebreida seg sjølv utan grunn, medan det etter fødselen var 31 kvinner, altså litt over halvparten, som svarte dette (Tabell 5.3-3).

Tabell 5.3-4 Har du dei siste 7 dagane vore nervøse eller bekymra utan grunn?

	Under svangerskap			Etter fødsel		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,98 (0,86)			0,80 (0,74)
Nei, slett ikkje	19	32,2		23	39,0	
Nesten aldri	25	42,4		25	42,4	
Ja, stundom	12	20,3		11	18,6	
Ja, veldig ofte	3	5,1		0	0	

På delspørsmål 4 svarte 19 av kvinnene at dei under svangerskapet ikkje hadde vore nervøse eller bekymra utan grunn medan dette talet hadde auka til 23 kvinner etter fødselen (Tabell 5.3-4). Litt over 40% av kvinnene svarte at dei nesten aldri hadde vore nervøse eller bekymra utan grunn, her var talet på kvinner det same både før og etter fødselen. Omlag ein femdel av kvinnene, både under svangerskapet og etter fødselen svarte at dei stundom hadde bekymra seg utan grunn. Under svangerskapet var det tre kvinner som svarte at dei veldig ofte hadde bekymra seg eller vore nervøse utan grunn, medan ingen kvinner hadde svart dette etter fødselen (Tabell 5.3-4).

Tabell 5.3-5 Har du dei siste 7 dagane vore redd eller fått panikk utan grunn?

	Under svangerskap			Etter fødsel		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,46 (0,65)			0,34 (0,69)
Ja, svært ofte	0	0		0	0	
Ja, nokre gonger	5	8,5		7	11,9	
Sjeldan	17	28,8		6	10,2	
Nei, aldri	37	62,7		46	78,0	

Tabell 5.3-5 viser at ingen kvinner, korkje under svangerskapet eller etter fødselen svarte at dei svært ofte hadde vore redde eller fått panikk utan grunn. Vidare var det under svangerskapet fem kvinner som svarte at dei hadde vore redde nokre gonger. Litt mindre enn ein firedel svarte at dei sjeldan hadde vore redde eller fått panikk utan grunn, medan knappe to tredelar svarte aldri på dette spørsmålet. Etter fødselen svarte like mange kvinner (omlag ein tidel) at dei sjeldan eller nokre gonger hadde vore redde eller fått panikk utan grunn, medan fire femdelar av kvinnene svarte nei på dette spørsmålet (Tabell 5.3-5).

Tabell 5.3-6 Har du dei siste 7 dagane følt at det har blitt for mykje for deg?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			1,14 (0,82)			0,83 (0,59)
Ja, eg har stort sett ikkje fungert i det heile tatt	1	1,7		0	0	
Ja, stundom har ikkje klart å fungera som eg pleier	21	35,6		6	10,2	
Nei, for det meste har eg klart meg bra	22	37,3		37	62,7	
Nei, eg har klart meg like bra som vanleg	15	25,4		16	27,1	

I tabell 5.3-6 kan ein sjå at ei kvinne hadde opplevd under svangerskapet at det var blitt for mykje for henne slik at ho ikkje hadde fungert i det heile tatt. Etter fødselen var det ingen som opplevde det slik. Om lag ein tredel opplevde at dei under svangerskapet ikkje klarte å fungera som dei pleidde, medan 10% svarte dette etter fødselen. Litt over ein tredel svarte at dei hadde klart seg bra under svangerskapet medan nesten to tredeler svarte dette etter fødselen. Både under svangerskapet og etter fødselen svarte om lag ein firedel av kvinnene at dei hadde klart seg like bra som vanleg (Tabell 5.3-6).

Tabell 5.3-7 Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har hatt vanskar med å sova?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,29 (0,62)			0,17 (0,50)
Ja, for det meste	0	0		0	0	
Ja, stundom	5	8,5		3	5,1	
Ikkje særleg ofte	7	11,9		4	6,8	
Nei, ikkje i det heile tatt	47	79,7		52	88,1	

Ingen av kvinnene hadde korkje under svangerskapet eller etter fødselen vore så ulykkelege at dei for det meste hadde hatt vanskar med å sova (Tabell 5.3-7). Vidare viser tabellen at fem kvinner stundom hadde hatt vanskar med å sova under svangerskapet, etter fødselen var det tre kvinner som svarte dette. Sju kvinner under svangerskapet og fire kvinner etter fødselen svarte at dei ikkje særleg ofte hadde hatt vanskar med å sova. Nær fire femdelar av kvinnene svarte under svangerskapet at dei ikkje i det heile tatt hadde vore så ulykkelege at dei ikkje fekk sova medan nesten 90% av kvinnene svarte dette etter fødselen (Tabell 5.3-7).

Tabell 5.3-8 Har du dei siste 7 dagane følt deg nedfor eller ulykkeleg?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,54 (0,70)			0,58 (0,68)
Ja, det meste av tida	1	1,7		0	0	
Ja, ganske ofte	4	6,8		6	10,2	
Ikkje særleg ofte	21	35,6		22	37,3	
Nei, ikkje i det heile tatt	33	55,9		31	52,5	

Under svangerskapet var det ei kvinne som hadde følt seg nedfor eller ulykkeleg det meste av tida medan det ikkje var nokon som opplevde det slik etter fødselen (Tabell 5.3-8). Under svangerskapet var det fire kvinner som hadde følt seg nedfor ganske ofte medan det var seks kvinner som opplevde det etter fødselen. Om lag ein tredel av kvinnene hadde ikkje følt seg særleg nedfor eller ulykkelege korkje under svangerskapet eller etter fødselen. Over halvparten av kvinnene, både før og etter fødselen, hadde ikkje følt seg nedfor eller vore ulykkelege i det heile tatt (Tabell 5.3-8).

Tabell 5.3-9 Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har gråte?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0,36 (0,52)			0,25 (0,48)
Ja, nesten heile tida	0	0		0	0	
Ja, veldig ofte	1	1,7		1	1,7	
Ja, det har skjedd stundom	19	32,2		13	22,0	
Nei, aldri	39	66,1		45	76,3	

På spørsmålet om kvinna hadde vore så ulykkeleg at ho hadde gråte nesten heile tida var det ingen som svara ja, verken før eller etter fødselen (Tabell 5.3-9). Både under svangerskapet og etter fødselen var det ei kvinne som svarte at ho hadde vore så ulykkeleg at ho hadde gråte veldig ofte. Under svangerskapet svarte nær ein tredel at dei stundom hadde vore så ulykkelege at dei hadde gråte, medan nokre færre, om lag ein femdel, svarte dette etter fødselen. To tredeler av kvinnene svarte under svangerskapet at dei aldri hadde vore så ulykkelege at dei hadde gråte, medan dette hadde auka til tre firedeler etter fødselen (Tabell 5.3-9).

Tabell 5.3-10 Har tanken på å skada deg sjølv streifa deg dei 7 siste dagane?

	<u>Under svangerskap</u>			<u>Etter fødsel</u>		
	N	(%)	Gj.sn. (SD)	N	(%)	Gj.sn. (SD)
			0			0
Ja, nokså ofte	0	0		0	0	
Ja, av og til	0	0		0	0	
Ja, såvidt	0	0		0	0	
Aldri	59	100		59	100	

Tabell 5.3-10, som gjeld spørsmålet om kvinna hadde hatt tankar om å skada seg sjølv, viser at alle kvinnene svarte aldri, både under svangerskapet og etter fødselen.

Forskingsspørsmål IV:

Korleis er fordelinga av total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?

5.1.4 Beskriving av tidspunkt for kartlegging med EPDS

5.1.4.1 Tidspunkt under svangerskap og etter fødsel for kartlegging med EPDS

Det var noko variasjon i tidspunkt for EPDS intervju under svangerskapet, medan det var mindre variasjon i tidspunkt for EPDS intervju etter fødselen.

Tabell 5.4 Gjennomsnitt og fordeling av tidspunkt (svangerskapsveke) for EPDS intervju under svangerskap - og antal veker etter fødsel - for 59 kvinner som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.

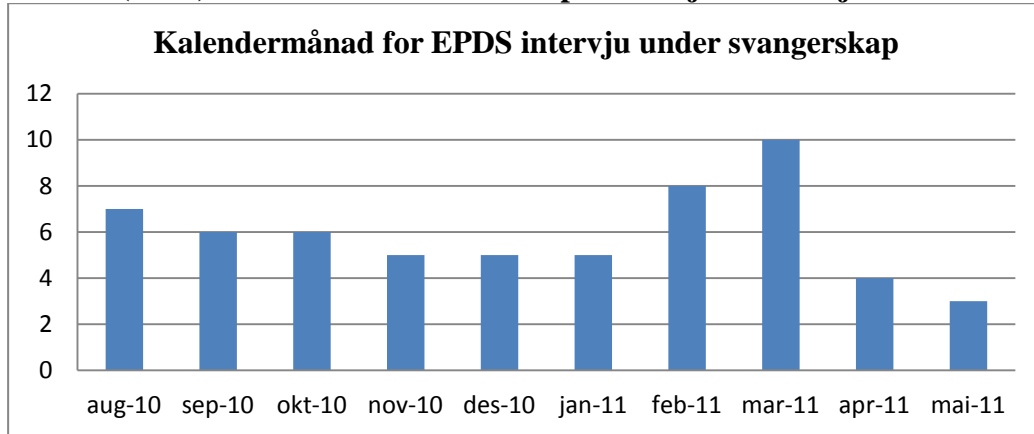
		Antal (n)	Prosent (%)	Gj.sn. (SD)	Range
Svangerskapsveke				31,8 (2,8)	27-37
v/ EPDS intervju	27	3	5,1		
	28	6	10,2		
	29	4	6,8		
	30	8	13,6		
	31	7	11,9		
	32	8	13,6		
	33	6	10,2		
	34	3	5,1		
	35	6	10,2		
	36	6	10,2		
	37	2	3,4		
Veker etter fødsel				6,2 (1,3)	5-12
v/ EPDS intervju	5	8	13,6		
	6	45	76,3		
	7	3	5,1		
	11	2	3,4		
	12	1	1,7		

Tabell 5.4 syner at EPDS intervjuet under svangerskap vart gjennomført då kvinnene var frå 27 til 37 veker gravide, gjennomsnitt på intervjutidspunkt var om lag ved 32 svangerskapsveker. Vidare syner tabellen at det andre EPDS intervjuet vart gjort frå 5 til 12 veker etter fødselen. For dei aller fleste vart dette gjort ved 6 veker, det syner gjennomsnittsverdien.

5.1.4.2 Tidspunkt for kartlegging med EPDS gjennom året

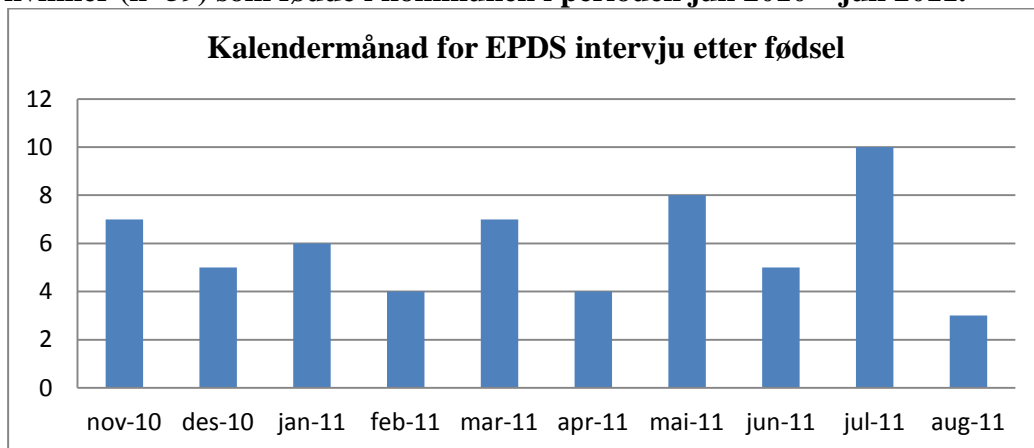
Kartlegginga av EPDS under svangerskap og etter fødsel gjekk føre seg gjennom heile året.

Figur 5.1 Antal EPDS intervju under svangerskap per kalendermånad – kvinner (n=59) som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.



Figur 5.1 syner at februar og mars 2011 var dei månadene flest EPDS intervju under svangerskap vart gjort.

Figur 5.2 Antal EPDS intervju etter fødsel per kalendermånad – kvinner (n=59) som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.



Figur 5.2 syner at mai og juli 2011 var dei månadene flest EPDS intervju etter fødsel vart gjort.

5.1.5 Beskriving av endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel

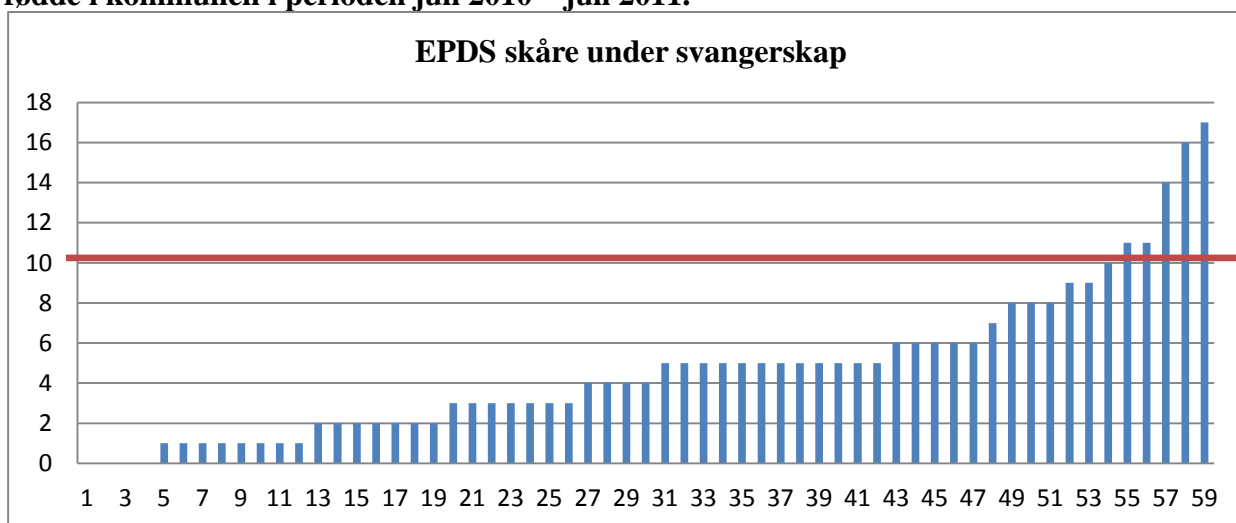
Tabell 5.5 Resultat og endring av EPDS skåre (skala 0-30) under svangerskap og etter fødsel for alle inkluderte kvinner (n=59).

Skåringer hjå 59 kvinner	EPDS under svangerskap	EPDS etter fødsel	Endring i EPDS frå svangerskap til etter fødsel	
1	2	11	9	Auka EPDS skåre
2	3	9	6	
3	2	8	6	
4	6	11	5	
5	2	6	4	
6	2	5	3	
7	3	6	3	
8	6	9	3	
9	4	7	3	
10	0	2	2	
11	2	4	2	
12	1	3	2	
13	5	7	2	
14	5	7	2	
15	4	5	1	
16	3	4	1	
17	1	2	1	
18	3	4	1	
19	1	2	1	
20	0	1	1	
21	1	1	0	Inga endring
22	1	1	0	
23	0	0	0	
24	0	0	0	
25	3	3	0	
26	1	1	0	
27	5	5	0	
28	4	4	0	
29	1	1	0	
30	9	9	0	
31	3	2	-1	Minka EPDS skåre
32	5	4	-1	
33	10	9	-1	
34	2	1	-1	
35	1	0	-1	
36	5	3	-2	
37	4	2	-2	
38	5	3	-2	
39	3	1	-2	
40	5	3	-2	
41	6	4	-2	
42	2	0	-2	
43	9	7	-2	
44	5	3	-2	
45	5	2	-3	
46	5	2	-3	
47	5	2	-3	
48	7	3	-4	
49	6	2	-4	
50	8	4	-4	
51	6	2	-4	
52	14	10	-4	
53	5	0	-5	
54	8	1	-7	
55	8	1	-7	
56	16	8	-8	
57	11	3	-8	
58	17	8	-9	
59	11	1	-10	

Tabell 5.5 syner EPDS under svangerskap og etter fødsel for alle 59 kvinnene. Positiv endring tyder auka depressive symptom etter fødsel, negativ endring tyder minka depressive symptom etter fødsel – samanlikna med under svangerskapet. 20 av kvinnene hadde ein høgare EPDS skåre etter fødselen i høve til under svangerskapet. 10 av kvinnene hadde same EPDS skåre før og etter fødselen, medan 29 kvinner hadde lågare EPDS skåre etter fødselen i høve til under svangerskapet. 1 av dei 6 kvinnene med forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskapet hadde òg forhøga EPDS etter fødselen. 1 av dei 3 kvinnene med forhøga EPDS etter fødsel hadde òg forhøga EPDS under svangerskapet. Variasjonen i EPDS skåre i høve til dei kvinnene som ikkje hadde endring i EPDS skåre, var frå 0-9 poeng.

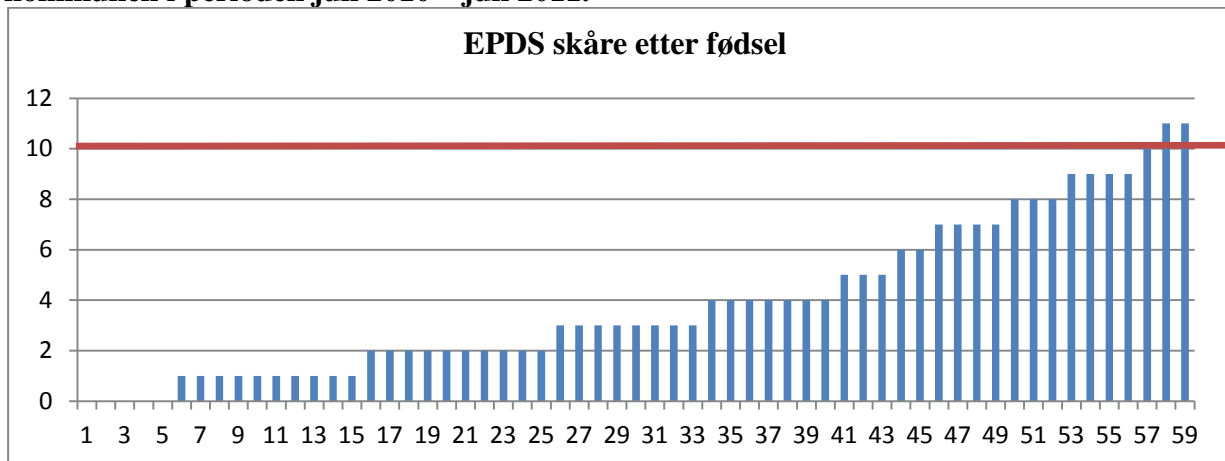
5.1.5.1 Grafisk framstilling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel

Figur 5.3 Grafisk framstilling av EPDS skåre under svangerskap for 59 kvinner som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.



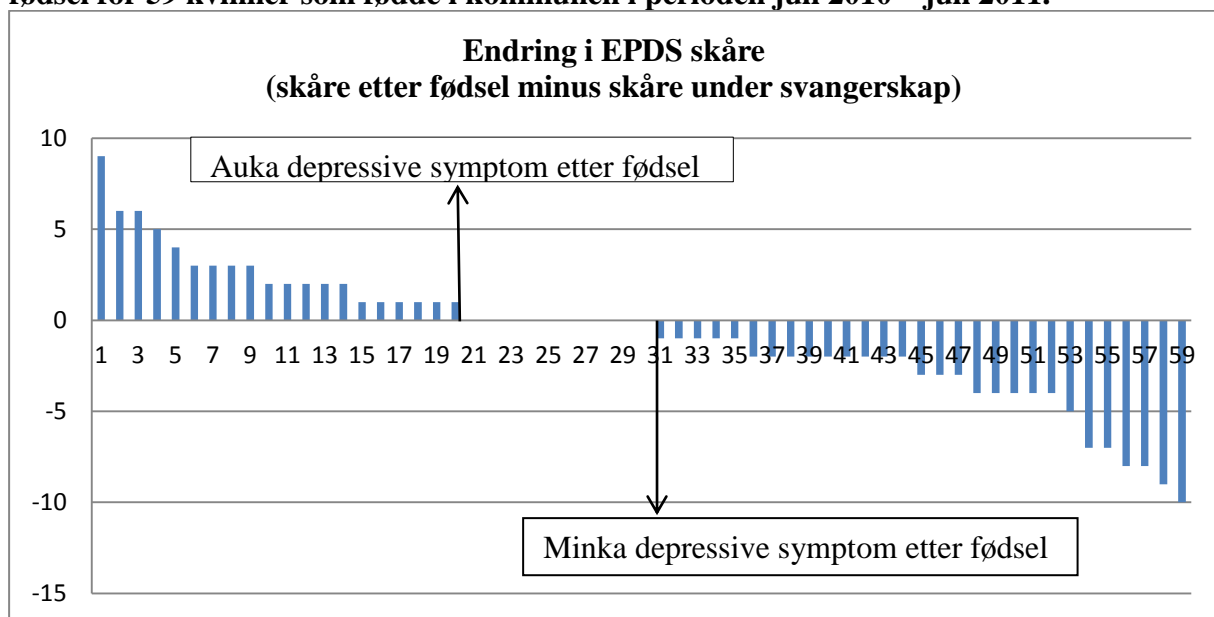
Figur 5.3 viser ei oversikt over EPDS skåre under svangerskapet. Figuren syner at 4 kvinner skåra 0 poeng, medan 6 av kvinnene skåra 10 poeng eller meir.

Figur 5.4 Grafisk framstilling av EPDS skåre etter fødsel for 59 kvinner som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.



Figur 5.4 viser ei oversikt over EPDS skåre etter fødsel. 5 kvinner skåra 0 poeng medan 3 kvinner skåra 10 poeng eller meir.

Figur 5.5 Grafisk framstilling av endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel for 59 kvinner som fødte i kommunen i perioden juli 2010 – juli 2011.



Figur 5.5 syner endringa i EPDS skåre før og etter fødsel, den seier ikkje noko om kva poengsum som var skåra. Positiv endring tyder auka depressive symptom frå under svangerskap til etter fødsel. Negativ endring tyder minka depressive symptom etter fødsel samanlikna med under svangerskap. 20 kvinner hadde høgare skåre før fødsel, 10 kvinner hadde den same skåren før og etter fødsel, medan 29 kvinner hadde ein lågare skåre etter fødsel.

5.1.5.2 Andel av forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap og etter fødsel

EPDS skåre ≥ 10 poeng indikerer at kvinna kan vera deprimert. Tabell 5.6 er ei oversikt over fordelinga av kvinnene som deltok i denne studien i høve til EPDS skåre ≥ 10 poeng.

Tabell 5.6 Andel forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap og etter fødsel

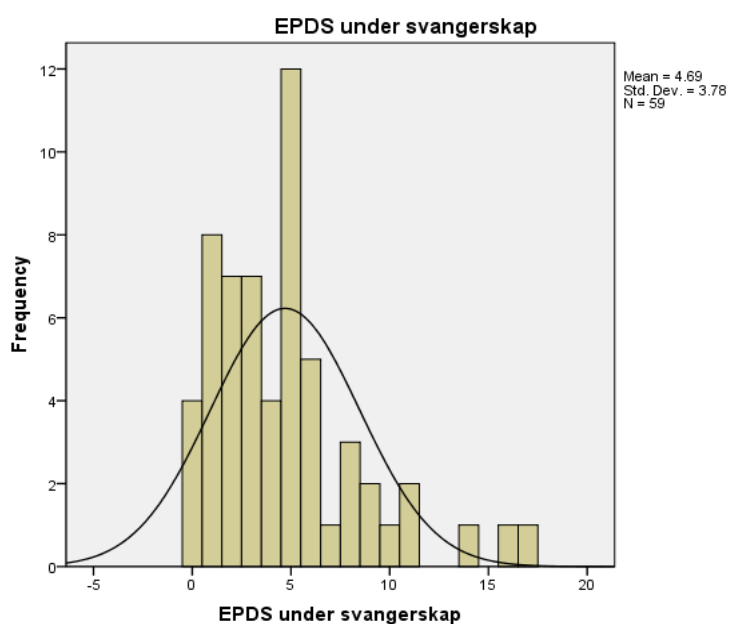
	Under svangerskap	Etter fødsel
	Antal (%)	Antal (%)
EPDS		
≥ 10	6 (10,2)	3 (5,1)
< 10	53 (89,8)	56 (94,9)
Totalt	59 (100)	59 (100)

Tabell 5.6 syner at 10,2% av kvinnene hadde forhøga EPDS skåre ≥ 10 under svangerskapet, medan 5,1% hadde forhøga EPDS skåre etter fødselen.

5.1.6 Fordeling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel

Figur 5.6 og 5.7 syner at fordelinga av EPDS skåre både under svangerskap og etter fødsel var noko avvikande frå normalfordelinga.

Figur 5.6 Fordeling av EPDS skåre under svangerskap med normalfordelingskurve



Figur 5.6 syner at 12 kvinner var den største gruppa med same EPDS skåre under svangerskap, desse skåra 5 poeng. Derneft skåra 8 kvinner 1 poeng, medan 7 kvinner skåra 2 poeng og ytterlegare 7 kvinner skåra 3 poeng kvar. 6 kvinner skåra ≥ 10 poeng, av dei skåra 3 kvinner meir enn 14 poeng. Gjennomsnittskåre var 4,7 poeng.

Figur 5.7 Fordeling av EPDS skåre etter fødsel med normalfordelingskurve

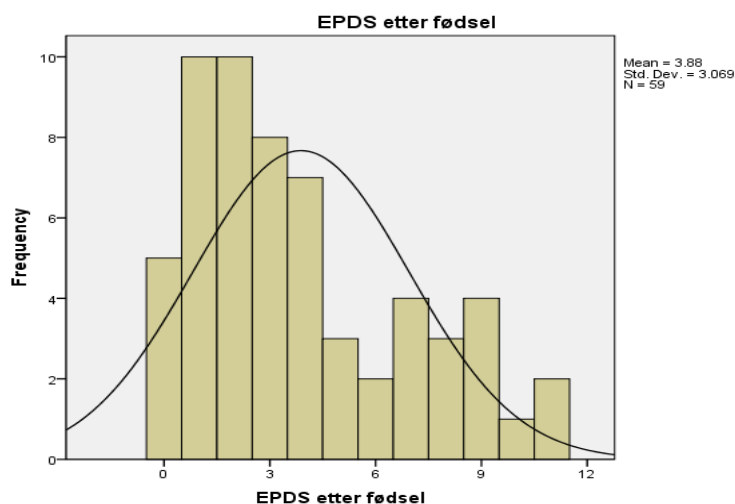


Fig. 5.7 syner at 10 kvinner skåra 1 poeng på EPDS etter fødsel medan ytterlegare 10 kvinner skåra 2 poeng. Vidare syner figuren at det var 8 kvinner som skåra 3 poeng kvar. 3 kvinner hadde EPDS skåre på ≥ 10 poeng. Gjennomsnittskåre var 3,9 poeng.

5.2 Statistiske analysar for å undersøkje endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel

Forskingsspørsmål V:

Er det endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel?

5.2.1 Endring i gjennomsnittskåre på dei 10 ulike delspørsmåla i EPDS frå under svangerskap til etter fødsel

Tabell 5.7 Endring i gjennomsnittskåre på dei ulike delspørsmåla som inngår i EPDS (skala 0-3) frå under svangerskap til etter fødsel (n=59).

Har du dei siste 7 dagane...	Under sv. skap	Etter fødsel	
	Gj.sn. (SD)	Gj.sn. (SD)	*p-verdi
1. ...kunne le og sjå det komiske i ein situasjon?	0,07 (0,25)	0,12 (0,33)	0,32
2. ...gleda deg til ting som skulle skje?	0,10 (0,31)	0,12 (0,33)	0,74
3. ...bebreida deg sjølv utan grunn når noko gjekk gale?	0,76 (0,80)	0,68 (0,82)	0,49
4. ...vore nervøs eller bekymra utan grunn?	0,98 (0,86)	0,80 (0,74)	0,09
5. ...vore redd eller fått panikk utan grunn?	0,46 (0,65)	0,34 (0,69)	0,24
6. ...følt at det har blitt for mykje for deg?	1,14 (0,82)	0,83 (0,59)	0,01
7. ...vore så ulykkeleg at du har hatt vanskar med å sova?	0,29 (0,62)	0,17 (0,50)	0,18
8. ...følt deg nedfor eller ulykkeleg?	0,54 (0,70)	0,58 (0,68)	0,78
9. ...vore så ulykkeleg at du har gråte?	0,36 (0,52)	0,25 (0,48)	0,24
10. Har tanken på å skada deg sjølv streifa deg dei 7 siste dagane?	0	0	

*p-verdi er basert på samanlikning av endringa i gjennomsnittskåre under svangerskap og etter fødsel for kvart av dei 10 delspørsmåla i EPDS, ved hjelp av para t-test.

For dei 10 delspørsmåla som inngår i EPDS vart endringa i gjennomsnittskåre under svangerskap og etter fødsel samanlikna ved hjelp av para t-test. Når det gjeld delspørsmål 6 ”Har du dei siste 7 dagane følt at det har blitt for mykje for deg”, gjekk gjennomsnittskåren ned frå 1,14 under svangerskap til 0,83 etter fødsel. Denne endringa var statistisk signifikant (p= 0,01).

5.2.2 Fordeling, gjennomsnitt og endring av total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel

Tabell 5.8 Fordeling, gjennomsnitt og endring av total EPDS skåre (skala 0-30) under svangerskap og etter fødsel (n=59).

	Under sv.skap					Etter fødsel					p-verdi
	N	(%)	Kum %	Gj.sn.(SD)	Range	N	(%)	Kum %	Gj.sn.(SD)	Range	
EPDS skåre				^a 4,7 (3,8)	0-17				^a 3,9 (3,1)	0-11	0,10
0	4	6,8	6,8			5	8,5	8,5			
1	8	13,6	20,4			10	16,9	25,4			
2	7	11,9	32,3			10	16,9	42,3			
3	7	11,9	44,2			8	13,6	55,9			
4	4	6,8	51,0			7	11,9	67,8			
5	12	20,3	71,3			3	5,1	72,9			
6	5	8,5	79,8			2	3,4	76,3			
7	1	1,7	81,5			4	6,8	83,1			
8	3	5,1	86,6			3	5,1	88,2			
9	2	3,4	90,0			4	6,8	95,0			
10	1	1,7	91,7			1	1,7	96,7			
11	2	3,4	95,1			2	3,4	^b 100			
12	-	-	-								
13	-	-	-								
14	1	1,7	96,8								
15	-	-	-								
16	1	1,7	98,5								
17	1	1,7	^b 100								

^aSamanlikning av endringa i gjennomsnitt EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel ved hjelp av para t-test.

^bKumulativ % (Kum %) vert ikkje heilt nøyaktig 100% fordi prosentandelane for kvar EPDS skåre er forhøga etter vanlege reglar.

Tabell 5.8 syner at gjennomsnitt av EPDS skåre var høgare under svangerskap enn etter fødsel. Under svangerskapet varierte EPDS skåre frå 0-17 poeng, gjennomsnittskåre var på 4,7 poeng. Etter fødselen var det ein variasjon på EPDS skåre frå 0-11 poeng, her var gjennomsnittskåre på 3,9 poeng. Para t-test vart gjort for å samanlikna endringa av EPDS gjennomsnittskåre under svangerskap og etter fødsel. T-testen gav ein p-verdi på 0,10 som betyr at det var ei ikkje signifikant reduksjon i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel.

5.2.3 Endring av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel i høve til kvinnene sin alder, talet på fødte born og sivilstand

For å undersøkje endring av gjennomsnitt EPDS skåre både under svangerskap og etter fødsel i høve til ulike variablar vart det gjort t-test og einvegs variansanalyse. Variablane som vart inkludert er mor sin aldersgruppe, paritet og sivilstand.

Tabell 5.9 Gjennomsnitt og endring av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel relatert til mor si aldersgruppe, paritet og sivilstand (n=59)

EPDS		Under sv.skap			Etter fødsel		^a p-verdi
		N	Gj.sn.(SD)	Range	Gj.sn.(SD)	Range	
Alder (år)	≤ 25	16	5,7 (4,2)	0-16	4,4 (3,3)	0-9	0,13
	26-30	25	3,2 (2,5)	0-11	3,8 (2,8)	0-11	0,46
	31-35	11	5,8 (3,9)	1-14	4,0 (3,8)	0-11	0,17
	≥36	7	5,9 (5,4)	1-17	2,7 (2,6)	0-8	0,03
Paritet (antal born)	1	22	4,5 (3,1)	0-10	5,0 (3,4)	0-11	0,55
	2	17	5,4 (5,0)	0-17	3,1 (2,8)	0-9	0,02
	≥ 3	20	4,4 (3,4)	0-14	3,4 (2,6)	0-10	0,20
Sivilstand	Einsleg	4	5,0 (3,4)	1-9	3,8 (2,4)	2-7	0,34
	Sambuar	25	5,2 (4,4)	0-17	4,0 (3,1)	0-9	0,07
	Gift	30	4,2 (3,3)	0-14	3,8 (3,2)	0-11	0,61

^aSamanlikning av endringa i gjennomsnitt EPDS frå under svangerskap til etter fødsel relatert til dei ulike kategoriane ved hjelp av para t-test.

Tabell 5.9 viser at dei yngste kvinnene, dei i aldersgruppa ≤ 25 år, hadde høgast gjennomsnitt EPDS skåre av alle aldersgruppene etter fødselen. Kvinner i aldersgruppa 26-30 år hadde lågast EPDS skåre under svangerskapet. Kvinnene ≥ 36 år hadde høgast EPDS skåre under svangerskapet og lågast skåre etter fødselen. Denne aldersgruppa hadde størst endring i gjennomsnittsverdien av EPDS skåre, frå 5,9 under svangerskap til 2,7 etter fødsel. Denne reduksjonen var statistisk signifikant når ein analyserte ved hjelp av para t-test (p=0,03) (Tabell 5.9). Kvinner som venta sitt andre barn hadde høgast EPDS skåre under svangerskap og lågast skåre etter fødsel. Reduksjonen i gjennomsnitt EPDS skåre frå 5,4 under svangerskap til 3,1 etter fødsel var statistisk signifikant (p=0,02). Dei som venta sitt første barn, hadde ei auke i gjennomsnitt EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel, frå 4,5 til 5,0. Tabell 5.9 viser vidare at sambuarar hadde ei nær-signifikant (p=0,07) reduksjon i gjennomsnitt EPDS skåre frå under svangerskap (5,2) til etter fødsel (4,0).

5.3 Statistiske analysar for å undersøkje samanhengar mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS under svangerskap og etter fødsel

Forskingsspørsmål VI:

Er det samheng mellom variablane - alder, paritet, sivilstand, fødselsmåte, svangerskapsvarigheit, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, førekomst av amming - og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?

5.3.1 Samheng mellom EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel i høve til alder, paritet og sivilstand

I tabell 5.9 ser ein gjennomsnitt EPDS skåre både under svangerskap og etter fødsel for kvar av gruppene i dei tre variablane alder, paritet og sivilstand. For å undersøka om det var skilnader i EPDS skåre mellom dei ulike gruppene, vart det gjort einvegs variansanalyse (ANOVA).

Variansanalysen for å samanlikna gjennomsnittsverdiar av EPDS skåre *under svangerskap* viste ikkje-signifikante skilnader mellom gruppene i variablane mor sin alder ($p=0,09$), paritet ($p=0,70$) og sivilstand ($p=0,64$) (Tabell 5.9). Ein fann heller ikkje signifikante skilnader i gjennomsnitt EPDS skåre *etter fødsel* for desse variablane: mor sin alder ($p=0,68$), paritet ($p=0,11$) eller sivilstand ($p=0,99$).

5.3.2 Samheng mellom EPDS etter fødsel i høve til fødselsmåte, svangerskapsvarigheit, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, førekomst av amming og forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap

For å undersøkje samanhengar mellom EPDS skåre etter fødsel og nemnte variablar vart det nytta uavhengig t-test og einvegs variansanalyse.

Tabell 5.10 Gjennomsnitt av EPDS skåre etter fødsel relatert til fødselsmåte, for tidleg fødsel, overtidig svangerskap, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, forekomst av amming og forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskap

EPDS skåre		Etter fødsel				
		N	(%)	^a Gj.sn.(SD)	Range	^b p-verdi
Fødselsmåte	Spontan vaginal	47	79,7	3,5 (3,1)	0-11	
	Keisarsnitt	6	10,2	4,5 (2,9)	0-8	
	Vakum	5	8,5	6,2 (2,1)	4-8	
	Tang	1	1,7	7	7	
	Opr. forløyising*	12	20,3	5,4 (2,5)	0-8	0,051
For tidleg fødsel	< 37 veker	3	5,1	3,0 (3,6)	0-7	
	≥ 37 veker	56	94,9	3,9 (3,1)	0-11	0,61
Overtidig svangerskap	≥ 42 veker	5	8,5	3,2 (3,4)	1-9	
	< 42 veker	54	91,5	3,9 (3,1)	0-11	0,61
Barnet sitt kjønn	Gut	32	54,2	3,6 (3,2)	0-11	
	Jente	27	45,8	4,2 (2,9)	1-11	0,44
Låg fødselsvekt	< 2500 gr	3	5,1	5,7 (3,5)	2-9	
	≥ 2500 gr	56	94,9	3,8 (3,1)	0-11	0,31
Låg Apgar skåre etter 1 min	≤ 7	11	18,6	3,9 (2,3)	1-8	
	> 7	48	81,4	3,9 (3,2)	0-11	0,97
^{§1} Amming v utskriving	Ja	56	96,6	3,7 (3,0)	0-11	
	Nei	2	3,4	8,0 (0,0)	8-8	0,053
^{§2} Amming v 6 veker	Ja	48	82,8	3,7 (3,1)	0-11	
	Nei	10	17,2	5,2 (2,7)	1-9	0,15
^{§3} Morsmjølkstillegg v 6 veker	Ja	19	32,8	4,7 (3,3)	0-11	
	Nei	39	67,2	3,5 (3,0)	0-11	0,19
Forhøga EPDS (≥ 10) under sv.skap	Ja	6	10,2	6,5 (3,6)	1-10	
	Nei	53	89,8	3,6 (2,9)	0-11	0,03

*Operativ forløyising = Keisarsnitt + vakum + tang.

§ Ei kvinne missing (n=58 for forekomst av amming/morsmjølkstillegg).

¹ Amming ved utskriving = Om kvinna amma barnet ved heimreise frå fødeavdeling.

² Amming ved 6 veker = Om kvinna amma barnet då det var 6 veker.

³ Morsmjølkstillegg ved 6 veker = Om barnet fekk morsmjølkstillegg då det var 6 veker.

^a Einvegs variansanalyse (ANOVA) for å samanlikna gjennomsnittverdiar av EPDS skåre etter fødsel for dei 4 gruppene i variabelen fødselsmåte.

^b p-verdi basert på samanlikning av gjennomsnitt EPDS etter fødsel mellom kategoriane i kvar variabel ved hjelp av uavhengig t-test.

Tabell 5.10 syner at kvinner som hadde forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskap, hadde ein høgare gjennomsnitt EPDS skåre etter fødsel (6,5) i høve til kvinner med normal EPDS skåre under svangerskap, der gjennomsnitt EPDS skåre etter fødsel var 3,6. Uavhengig t-test synte at denne skilnaden var statistisk signifikant ($p=0,03$).

I tabellen ser ein at dei 12 kvinnene som hadde hatt operativ forløyising (keisarsnitt, vakum eller tang) hadde ein nær-signifikant ($p=0,051$) høgare gjennomsnitt EPDS skåre etter fødsel (5,4) enn dei som fødde spontant vaginalt (3,5).

Meir enn 95% av kvinnene amma ved heimreise frå fødeavdelinga (Tabell 5.10). Kvinner som ikkje amma ved heimreise frå fødeavdelinga, hadde ein gjennomsnitt EPDS etter fødsel som var høgare (8,0) enn kvinnene som amma ved heimreise (3,7). Uavhengig t-test synte at denne skilnaden var nær-signifikant ($p=0,053$).

Ved 6 vekers kontroll på helsestasjonen amma litt over 80% av kvinnene, nokre av desse gav også morsmjølkstillegg. Av alle kvinnene var det to tredeler som fullamma ved 6 vekers kontrollen, den siste tredelen både amma og gav tillegg eller gav berre tillegg.

Ein fann ingen signifikante skilnader i gjennomsnitt EPDS skåre etter fødsel når det gjaldt for tidleg fødsel, overtidig svangerskap, barnet sitt kjønn, låg fødselsvekt, låg Apgar skåre, amming ved 6 veker eller morsmjølkstillegg ved 6 veker (Tabell 5.10).

5.3.3 Samanheng mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel undersøkt med korrelasjonsanalysar

Ein undersøkte korrelasjonen mellom EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel og nokre av dei andre registrerte variablane, der mogeleg risikogruppe vart nytta som referansekategori.

Tabell 5.11 Samanheng mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel undersøkt med korrelasjonsanalysar

Variabel 1	Variabel 2	*Pearsons r	p-verdi
EPDS under svangerskap	Unge gravide ≤ 25 år	-0,16	0,22
	Førstegongsfødande	0,05	0,71
	Sivilstand einsleg	-0,02	0,87
EPDS etter fødsel	Forhøga EPDS (≥ 10) under sv.skap	-0,29	0,03
	Operativ forløyising	-0,26	0,051
	Ikkje amming ved utskriving	-0,26	0,053
	Ikkje amming ved 6 veker	-0,19	0,15
	Førstegongsfødande	-0,27	0,04
	Unge gravide ≤ 25 år	-0,11	0,40
	Morsmjølkstillegg ved 6 veker	-0,18	0,19
	Låg fødselsvekt	-0,14	0,31
	Barnet sitt kjønn (Gut)	0,10	0,44
	For tidleg fødsel (< 37 veker)	0,07	0,61
	Overtidig svangerskap (> 42 veker)	-0,07	0,61
	Sivilstand einsleg	0,01	0,93
	Apgar skåre ≤ 7	-0,004	0,97

* Styrken på samanhengen vert rekna som liten dersom absoluttverdien av Pearsons r = 0,10-0,29, middels dersom r = 0,30-0,49 og stor dersom r = 0,50-1,0.

Når det gjeld EPDS *under svangerskap*, viste korrelasjonsanalysane ein *liten* samanheng med ung alder hos mor (≤ 25 år) (Tabell 5.11).

Når det gjeld EPDS *etter fødsel*, viste korrelasjonsanalysane ein *liten* samanheng ($r=-0,29$) med forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap, $p=0,03$ (Tabell 5.11). Ein fann og ein liten samanheng ($r=-0,27$) mellom EPDS skåre og førstegongsfødande ($p=0,04$). Vidare viste korrelasjonsanalysane i høve til EPDS skåre etter fødsel ein *liten* samanheng med operativ forløyising ($r=-0,26$), ikkje amming ved utskriving ($r=-0,26$), ikkje amming ved 6 veker ($r=-0,19$), ung alder hos mor ($r=-0,11$), morsmjølkstillegg ved 6 veker ($r=-0,18$), låg fødselsvekt ($r=-0,14$) og barnet sitt kjønn ($r=0,10$). For alle desse var p-verdiane $> 0,05$ (Tabell 5.11).

Korrelasjonsanalysane for dei andre variablane hadde absolutt verdi Pearsons r $< 0,10$.

Forskingsspørsmål VII:

Kva for nokre av dei uavhengige variablane - paritet, sivilstand, forløyingsmåte, svangerskapsvarigheit, fødselsvekt, førekomst av amming, mor sin alder, Apgar skåre og forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskapet - forklarar mest av variansen i EPDS?

5.3.4 Forklaring av variansen i EPDS skåre etter fødsel og uavhengige variablar

For å undersøka samanhengen mellom den avhengige variabelen EPDS skåre og dei uavhengige forklaringsvariablane, vart det gjort multiple regresjonsanalysar. Forut for desse analysane vart dei uavhengige variablane omkoda til dikotome.

Det vart gjort ein multipel lineær regresjonsanalyse med den avhengige variabelen EPDS *under svangerskap*, og dei tre uavhengige forklaringsvariablane: førstegongsfødande kvinne, sivilstand einsleg og ung alder (≤ 25 år). Her var det ingen signifikante funn, og det er difor ikkje laga nokon tabell.

I den multiple lineære regresjonsanalysen som omfatta den kontinuerlege variabelen EPDS skåre *etter fødsel*, inkluderte ein følgjande åtte uavhengige dikotome forklaringsvariablar i modellen: Førstegongsfødande kvinne, operativ forløyning (keisarsnitt, vakum eller tang), for tidleg fødsel (< 37 veker), låg fødselsvekt (< 2500 gr), mor som ikkje ammar ved 6 veker, ung alder (≤ 25 år), Apgar skåre ≤ 7 etter 1 min. og forhøga EPDS skåre ≥ 10 under svangerskap (Tabell 5.12).

Forklart varians (R Square) var 0,341, og viser kor mykje av variansen i den avhengige variabelen EPDS etter fødsel som er forklara av modellen med dei 8 uavhengige variablane (34,1%). Sidan antal inkluderte kvinner i denne studien var noko avgrensa ($n=59$) i høve til antal uavhengige variablar (8), vil det være rettare å bruke Adjusted R Square, som var 0,233. Det tyder at 23,3% av variansen i EPDS etter fødsel er forklart av dei 8 uavhengige variablane. Dette var eit signifikant funn ($p=0,006$).

Tabell 5.12 Multipel lineær regresjonsanalyse for EPDS skåre etter fødsel

	N (%)	EPDS Gj.sn. (SD)	^a Beta	^b B	^c 95% KI for B	p-verdi
Paritet						
Førstegongsfødande	22 (37,3)	5,0 (3,4)				
Fleirgongsfødande	37 (62,7)	3,2 (2,7)	-0,42	-2,63	-4,37; -0,89	0,004
Forløyising						
Operativ	12 (20,3)	5,4 (2,5)				
Spontan vaginal	47 (79,7)	3,5 (3,1)	-0,28	-2,12	-4,02; -0,21	0,03
For tidleg fødsel						
< 37 veker	3 (5,1)	3,0 (3,6)				
≥ 37 veker	56 (94,9)	3,9 (3,1)	0,12	1,68	-1,81; 5,16	0,34
Fødselsvekt						
Låg < 2500gr	3 (5,1)	5,7 (3,5)				
Normal ≥ 2500gr	56 (94,9)	3,8 (3,1)	-0,24	-3,26	-6,86; 0,35	0,08
Amming v/ 6 veker						
Nei	10 (17,2)	5,2 (2,7)				
Ja	48 (82,8)	3,7 (3,1)	-0,15	-1,19	-3,13; 0,75	0,22
Mor sin alder						
≤ 25 år	16 (27,1)	4,4 (3,3)				
> 25 år	43 (72,9)	3,7 (3,0)	0,14	0,95	-0,96; 2,86	0,32
Apgar skåre						
≤ 7	11 (18,6)	3,9 (2,3)				
> 7	48 (81,4)	3,9 (3,2)	0,17	1,36	-0,61; 3,33	0,17
Forhøga EPDS sv.sk.						
≥ 10	6 (10,2)	6,5 (3,6)				
< 10	53 (89,8)	3,6 (2,9)	-0,36	-3,60	-6,04; -1,16	0,005

^aBeta = Standardisert regresjonskoeffisient

^bB = Ikkje-standardisert regresjonskoeffisient

^cKI = Konfidensintervall

I tabell 5.12 ser ein på kva måte dei 8 uavhengige variablane i modellen verkar inn på den avhengige variabelen EPDS skåre etter fødsel.

B (den ikkje-standardiserte regresjonskoeffisienten) er den forventa skilnaden på den avhengige variabelen EPDS skåre etter fødsel dersom kvinnene ikkje tilhøyrer referansegruppa i dei dikotome variablane som er førte opp. Til dømes vil kvinner som har født tidlegare (fleirgongsfødande) kunne forventa å ha ein EPDS skåre etter fødsel som er

2,63 lågare enn førstegongsfødande dersom dei andre variablane i modellen vert haldne konstante. Kvinner som fødte spontant vaginalt vil kunne forventast å ha ein EPDS skåre etter fødsel som er 2,12 lågare enn dei som vert operativt forløyste (keisarsnitt, vakum, tang) dersom dei andre variablane i modellen vert haldne konstante. Vidare vil kvinner som hadde ein normal EPDS skåre under svangerskap (< 10) kunne forventast å ha ein EPDS skåre etter fødsel som er 3,60 lågare enn dei som hadde forhøga EPDS skåre under svangerskap (≥ 10), dersom dei andre variablane i modellen vert haldne konstante (Tabell 5.12).

Beta-verdien brukar ein for å kunna samanlikna bidraget frå kvar enkelt av dei uavhengige variablane (Tabell 5.12). Dei tre variablane med høgaste absoluttverdi av Beta er førstegongsgravid (Beta -0,42), forhøga EPDS under svangerskap (-0,36) og operativ forløyning (-0,28). Dette tyder at desse tre variablane bidreg mest til å forklara den avhengige variabelen EPDS skåre etter svangerskap. I tabellen ser ein at variabelen forhøga EPDS under svangerskap har ein p-verdi på 0,005, førstegongsgravid har ein p-verdi på 0,004, medan operativ forløyning har ein p-verdi på 0,03. Sidan p-verdiane er $< 0,05$ tyder det at desse 3 variablane har eit statistisk signifikant bidrag til å forklara EPDS skåre etter fødsel (Tabell 5.12).

Ein kan og sjå i tabellen at 95% konfidensintervall for B ikkje inkluderer 0 (null) for desse tre variablane. I den multiple lineære regresjonen har ein samstundes korrigert for dei andre variablane i modellen. Det å ha ei forhøga EPDS skåre under svangerskap, vera førstegongsfødande eller å ha ei operativ forløyning, er assosiert med ein signifikant høgare EPDS skåre etter fødsel når ein samanliknar med kvinnene med normal EPDS skåre under svangerskap, fleirgongsfødande og dei som føder spontant vaginalt (Tabell 5.12).

Forskingsspørsmål VIII:

Er det forskjell på EPDS skåre mellom dei kvinnene som svarte på skjemaet både under svangerskap og etter fødsel, i høve til dei kvinnene som svarte på skjemaet anten berre under svangerskap eller etter fødsel?

5.4 Bortfallsanalyse

5.4.1 Skilnad i EPDS skåre mellom dei kvinnene som svarte på skjemaet både under svangerskap og etter fødsel, i høve til dei som svarte på skjemaet anten berre under svangerskap eller berre etter fødsel.

Tabell 5.13 Gjennomsnitt EPDS skåre hos kvinner som berre har EPDS måling under svangerskap (n=7) – men ikkje etter fødsel, kvinner som berre har EPDS måling etter fødsel (n=35) – men ikkje under svangerskap, samanlikna med dei som har EPDS måling både under svangerskap og etter fødsel (n=59).

		Under sv.skap			Etter fødsel			
		^a N	Gj.sn.(SD)	Range	^b p-verdi	Gj.sn.(SD)	Range	^b p-verdi
EPDS	Berre før	7	9,3 (6,8)	0-20		-	-	
	Berre etter	35	-	-		4,2 (3,2)	0-16	
	Før og etter	59	4,7 (3,8)	0-17	0,01	3,9 (3,1)	0-11	0,63

^aOmfattar alle kvinnene i datamaterialet (n=101).

^bp-verdi basert på samanlikning av gjennomsnitt EPDS skåre for kategoriane under svangerskap og etter fødsel ved hjelp av uavhengig t-test.

Tabell 5.13 samanliknar gjennomsnitt av EPDS skåre hjå dei inkluderte kvinnene (59) med gjennomsnitt av EPDS skåre hjå dei kvinnene som har tatt EPDS anten *berre før* eller *berre etter* fødsel. Dei kvinnene som hadde tatt EPDS berre før fødsel hadde ein gjennomsnittskåre på 9,3 poeng, medan dei som hadde tatt EPDS både før og etter fødsel hadde ein gjennomsnittskåre på 4,7 poeng før fødselen. Denne skilnaden i gjennomsnitt EPDS skåre før fødsel var signifikant når ein analyserte ved hjelp av uavhengig t-test (p=0,01).

Tabell 5.13 viser vidare at dei som hadde tatt EPDS berre etter fødsel hadde ein gjennomsnittskåre på 4,2 poeng, medan dei som hadde tatt EPDS både før og etter fødsel, hadde ein gjennomsnittskåre på 3,9 poeng. Denne skilnaden var ikkje signifikant.

6. DRØFTING

Føremålet med denne studien var å undersøkje førekomst av depresjon under svangerskap og etter fødsel, samt korleis ulike demografiske og kliniske variablar kunne vera assosiert med depresjon hjå desse kvinnene. I drøftinga vil ein først diskutera metoden som er brukt, samt utvalet av deltakarar. Vidare vert det drøfta kva som karakteriserar kvinnene og borna som er med i denne studien. Deretter fokuserar ein på fordelinga av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel. Avslutningsvis vert endring i skåre frå under svangerskapet til etter fødsel drøfta, og korleis samanhengen mellom dei ulike variablane og EPDS skåre er. Drøftinga av resultatata er knytta til teori og forskning som er presentert i oppgåva.

6.1 Drøfting av metoden

6.1.1 Kvantitativ metode

Eit viktig moment er i følge Denscombe (2010) studien sitt design eller metoden som er brukt. Den aktuelle metoden må vera eigna til å belysa det ein ønskjer å belysa. Ved å bruka kvantitativ metode kan ein undersøkje fenomen som berre er kvantitativt tilgjengelege. Det er ein styrke om utvalet både er representativt og har mange einingar (Grimen, 2004). At utvalet er representativt, betyr at det skal vera typisk for den gruppa det skal representera (Wahl & Hanestad, 2004). Kvantitativ forskning kan gjera det mogeleg å generalisera. Det er imidlertid strenge krav til generalisering eller overførbarheit, og det er berre unntaksvis at forskning kan koma fram til allmenngyldige resultat. Generalisering kan definerast som funn som er gyldige for alle menneske i alle slags samfunn til ei kvar tid (Malterud, 2003). Det kan vera meir føremålstenleg å bruka omgrepet overførbarheit, som i større grad enn generalisering impliserar at det er grenser og betingingar for korleis funn kan vera gyldige i andre samanhengar enn der studien er gjennomført (Malterud, 2003). Overførbarheit vil alltid ha sine avgrensingar, og ein viktig føresetnad er utvalsstrategien. Skal funna kunne overførast, er det viktig at utvalet er statistisk representativt og forskingsprosedyrane standardiserte (Grimen, 2004). EPDS er eit døme på ein standardisert spørjeskjema. Kvantitative studiar kan også vera eigna for testing av hypotesar (Grimen, 2004).

Det er også innvendingar mot kvantitativ metode. Grimen (2004) påpeikar at sjølv om til dømes eit spørjeskjema er standardisert, vert spørsmåla ikkje alltid tolka likt av den enkelte. Dermed har ein ingen garanti for at den som har svart, har svart på dei ”same” spørsmåla. Det kan også stillast spørsmål om statistisk analyse er eit nøytralt forskingsinstrument, då slik analyse i utgangspunktet forutset at samfunnet i hovudsak er sett saman av enkeltindivid, og ikkje er noko meir enn summen av desse individa. Fenomen er unike og individuelle. Kvantitativ forskning forutset presise omgrep som kan fanga inn det som er felles for fleire fenomen, dermed vil desse omgrepa vera på eit abstaksjonsnivå som gjer at det individuelle og unike forsvinn (Grimen, 2004).

6.1.2 Longitudinelt design

Denne studien sin styrke er at det er brukt longitudinelt design, som gjer at det er mogeleg å registrera endring over tid. Studien er prospektiv, det betyr at kvinnene vart følgde framover i tid. Informantane svarte på EPDS-skjema to gonger, og tidsrommet mellom spørjeundersøkingane var på om lag 3 månader.

6.1.2.1 Tidspunkt for intervju

Tidspunkt for EPDS intervju under svangerskapet varierte frå 27-37 svangerskapsveker og gjennomsnittstidspunktet var på knappe 32 veker (jf. tab. 5.4). Intervjutidspunkt etter fødselen varierte ikkje så mykje, her var gjennomsnittet på litt over 6 veker. Når ein skal samanlikna EPDS skåre er det ønskjeleg at intervju av kvinnene er gjort på omtrent same tidspunkt, både under svangerskap og etter fødsel. Dersom intervju vert gjort på ulike tidspunkt, kan det gi utslag på EPDS skåre (Evans et al., 2001).

Intervjua var fordelte over heile året (jf. fig. 5.1 og fig. 5.2). Dette kan også ha betydning då forskning viser at det kan vera årstidsvariasjon i høve til EPDS skåre (Sit et al., 2011; Hiltunen et al., 2004). Det viser seg at EPDS skåre er høgast i den mørkaste tida på året. Dette samsvarar med at årstid er ein faktor som påverkar psykisk helse generelt (Folkehelseinstituttet, 2011).

6.1.2.2 Bortfall av informantar

Ei vanleg utfordring i dei fleste undersøkingar som går over tid, er bortfall av informantar. I denne studien var det eit relativt stort bortfall av informantar (jf. fig. 4.1). Eit inklusjonskriterium var at kvinna hadde svart på EPDS både under svangerskapet og etter

fødsel. Det er ikkje opplysingar i datamaterialet om årsaker til at kvinnene ikkje var med i EPDS kartlegginga under svangerskapet eller etter fødselen. Årsaker til dette kan mellom anna vera at kvinnene ikkje ønskte å vera med i kartlegginga, at det vart gløymt å få underskrift på samtykkeerklæringa eller at kvinna hadde flytta. Ei anna årsak kan vera at kvinna alt hadde ei oppfølgingstilbod for sine psykiske plager. Det kan også tenkjast at kvinna opplevde seg så frisk at ho ikkje såg hensikta med å fylla ut skjema. I motsett fall kan det tenkjast at kvinna ikkje følte seg bra psykisk, og ikkje hadde lyst til å avsløra det (Wahl & Hanestad, 2004).

Det kan også vera at kvinna ikkje hadde gått til svangerskapskontroll til jordmor og berre til fastlegen. Ein kan undra seg over om det er ei utvald gruppe kvinner som berre går til lege eller berre til jordmor under svangerskapet. Vidare kan ein undra seg over om den eine av desse gruppene kan ha meir vanskar enn den andre, og om dei kvinnene som ikkje har fylt ut skjema - verken under svangerskapet eller etter fødselen - er ei spesiell gruppe. Datamaterialet inneheld ikkje opplysingar om utdanning og arbeid til desse kvinnene. Dermed kan ein ikkje finna ut om det er dei med høgast eller lågast utdanning som har svart på EPDS skjemaet.

Ei anna gruppe var dei kvinnene som hadde svart på EPDS under svangerskapet og ikkje etter fødselen. Alle kvinnene unnateke dei som var psykisk sjuke eller framandkulturelle i kommunen, skulle få tilbod om å svara på EPDS ved helsestasjonsundersøkinga 6 veker etter fødsel. Tal frå Statistisk sentralbyrå syner at 6 vekers undersøkinga ved helsestasjonen i 2009 hadde 100% oppslutnad i befolkninga. Dermed er dette ein arena der helsesøster treff alle mødrer som nettopp har født (Statistisk sentralbyrå, 2010). Det tyder at alle kvinnene, med unntak av psykisk sjuke og framandkulturelle, kunne hatt mogelegheit til å svara på EPDS etter fødselen.

6.1.2.3 Administrering av studien

Svarprosenten på eit spørjeskjema kan vera avhengig av korleis studien vert administrert (Wahl & Hanestad, 2004). Vert eit spørjeskjema sendt heim til deltakarane, vert svarprosenten gjerne låg. Denne kartlegginga gjekk føre seg ved kontroll hjå jordmor eller helsesøster, og hadde dermed den fordel at ingen av deltakarane kunne gløyma skjemaet heime. Det kan derimot henda at jordmor eller helsesøster kunne gløyma å dela ut skjemaet.

6.1.2.4 Påverknad av deltakarane

Når ei undersøking går føre seg over tid, kan det tenkjast at det påverkar deltakarane (Wahl & Hanestad, 2004). At det i denne kartlegginga vart ekstra fokus på kvinnene si psykiske helse under svangerskapet, kan ha ført til at dei fekk tatt opp vanskelege ting på eit tidleg tidspunkt. Det kan difor henda at det å svara på EPDS under svangerskapet kan føra til ein lågare skåre på EPDS etter fødselen. På same måte kan det henda at dei som ikkje har svart på EPDS under svangerskapet, kan ha ein høgare skåre på EPDS etter fødsel. Ei norsk studie tyder på at informasjon og auka fokus på psykisk helse i samband heimebesøk hos kvinnene to veker etter fødsel, kan førebyggja depresjon (Glavin et al., 2010a). I ein intervensjonskommune fekk helsesøstrene opplæring i bruk av EPDS kartlegging og støttesamtalar, og hadde auka fokus på kvinna si psykiske helse under heimebesøket. I høve til kommunen der helsesøstrene ikkje hadde fått denne opplæringa, var det signifikant lågare EPDS skåre eitt år etter fødsel hjå kvinnene i ”intervensjonskommunen” (Glavin et al., 2010a).

6.1.3 Statistiske analysar

I kvantitative undersøkingar som denne studien, er det krav til eit visst antal informantar dersom ein skal kunne overføra funna til å gjelda også dei som ikkje deltok i undersøkinga. Difor er måten deltakarane vert valt ut på, og antal deltakarar, svært viktig i høve til korleis ein kan tolka funna frå undersøkinga (Wahl & Hanestad, 2004). I løpet av året denne kartlegginga gjekk føre seg, var det 159 kvinner som fødde i kommunen. Av dei var det 59 kvinner som vart med i denne studien (jf. fig. 4.1). Det er rimeleg å stilla spørsmål om det er mogeleg å overføra funna frå ei så avgrensa gruppe til også å gjelda andre gravide kvinner. Har ei studie få deltakarar, kan visse statistiske analysar vera vanskelege (jf. pkt. 4.5.7). Få deltakarar kan også gjera det vanskeleg å finna statistiske skilnader som kan vera der (Ringdal, 2007).

I denne studien var fordelinga av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel noko avvikande frå normalfordelingskurva (jf. fig. 5.6 og 5.7). Fordelinga av EPDS skåre var likevel såpass tilnærma at ein kan forsvara å gjera t-testar, som er ganske robuste og kan brukast sjølv om ikkje normalfordelinga er optimal (Skog, 2007). I denne studien er det gjort både para og uavhengige t-testar samt variansanalyse (ANOVA) (jf. pkt. 4.5.4 og 4.5.6). Sjølv om utvalet er lite ($n=59$), vart det gjort multippel regresjonsanalyse (jf. pkt. 4.5.7). Det finst ulike tilrådingar for kor mange uavhengige variablar ein kan ha med i ein regresjonsanalyse. I medisinsk statistikk er det vanleg å visa til Altman (1997) som brukar kvadratrot av n (talet

på antal deltakarar) som rettesnor (jf. pkt. 4.5.7). Det var relativt få statistisk signifikante funn i denne studien (jf. pkt. 4.5.3.1), og nokre av funna var nær-signifikante. Noko av årsaka til få statistisk signifikante funn kan vera avgrensa antal deltakarar (Ringdal, 2007).

6.1.4 Utveljing av deltakarane

59 av 159 kvinner som fødde i løpet av eit år er med i denne studien (jf. fig. 4.1). Det kan vera vanskeleg å seia om dette er ei representativ gruppe samanlikna med dei 100 kvinnene som ikkje er med. I ei undersøking er det viktig at deltakarane som er med i utvalet er representative for resten av populasjonen. Populasjonen er den totale gruppa som har felles karakteristika (Wahl & Hanestad, 2004). I denne studien er dette gravide og nybakte mødrer. Skal det vera mogeleg å seia noko meiningsfullt om deltakarane, må ein undersøkje tilstrekkeleg mange (Grimen, 2004).

Utveljinga av deltakarane vart gjort ut frå inkluderings- og ekskluderingskriterier (jf. pkt. 4.2.3 og 4.3.3). Eit av inkluderingskriteria var at EPDS skulle vera fylt ut både under svangerskapet og etter fødsel. Alle kvinner frå framand kultur vart ekskluderte, og ein kan difor ikkje seia noko om kva dei ville ha svart på EPDS. Forsking tyder på at flyktningar, asylsøkjjarar og innvandrarar er ei risikogruppe i høve til depresjon i samband med svangerskap og fødsel (Collins et al., 2011). I vår kommune utgjer denne gruppa ein stor del av kvinnene som fødde (28 av 159 kvinner) og ein kan difor setja spørsmålsteikn ved om utvalet i denne studien er representativt for alle dei som fødde barn i kommunen i denne tidsperioden.

Det er også viktig at det ikkje er ei skeivfordeling av deltakarane. I denne studien kunne det til dømes verta ei skeivfordeling dersom alle kvinnene hadde same alder eller like mange born. Datamaterialet frå kartlegginga i Modellkommuneforsøket inneheldt registrering av 101 kvinner. 7 kvinner hadde berre fylt ut skjema under svangerskapet, medan 35 kvinner berre hadde fylt ut skjema etter fødselen. Av desse var det 17 som hadde født før kartlegginga starta opp. Dermed vart det berre 59 kvinner igjen som deltakarar (jf. fig.4.1), noko som kan vera ei svakheit ved denne studien.

6.1.5 Instrument i datainnsamlinga

6.1.5.1 EPDS som instrument til å identifisera depresjon

EPDS er eit spørjeskjema som er utvikla for å identifisera depresjon etter fødsel (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003)(jf. vedlegg 1). Ein styrke ved denne studien er at EPDS er eit spørjeskjema som vert brukt i mange land, og funna kan difor samanliknast både med nasjonale og internasjonale studiar (Wahl & Hanestad, 2004; Eberhard-Gran et al., 2001; Adewuya et al., 2006). Det er kvinna som vurderar seg sjølv ved å kryssa av på ulike svaralternativ på skjemaet. Poengskåren er frå 0-30 poeng (jf. vedlegg 4).

Ulike valideringsstudiar har hatt varierende poengsum på EPDS skåre for kvar ein skal setja grensa for depresjon. Fleire norske studiar (Eberhard-Gran et al., 2001; Dørheim et al., 2009a; Glavin et al., 2010) har brukt EPDS skåre ≥ 10 poeng for å fanga opp dei med depresjon. Dette er studier det kan vera naturleg å samanlikna med. Berle et al. (2003) fann at ein i forskingsamanheng kunne bruka EPDS skåre ≥ 12 poeng for å identifisera dei med alvorleg depresjon, medan ein ved ei EPDS grense på 11 poeng fann dei med både alvorleg og moderat depresjon. I klinikken derimot, vart det anbefalt ei grense på 8 poeng (Berle et al., 2003). Magnusson et al. (2011) fann at ikkje alle kvinnene med depresjon vart identifiserte om ein sette grensa ved EPDS skåre ≥ 12 poeng. Lagerberg et al. (2011) argumenterar for at ein bør ha ei EPDS grense som er lågare enn 11 poeng, for å unngå at ein skal oversjå kvinner med depresjon. Ei svensk studie om validering av EPDS til bruk under svangerskap, anbefalar ei grense på EPDS ≥ 13 poeng for å fanga opp dei med depresjon (Rubertsson et al., 2011). Studien tyder på at ein får eit meir nyansert og rett bilete av kvinner som er deprimerte om ein brukar ulik grenseverdi på EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel. I denne studien er grenseverdien på EDPS skåre for depresjon sett ved ≥ 10 poeng både under svangerskap og etter fødsel.

6.1.5.2 Korleis EPDS vart brukt

Alle kvinnene som har svart på EPDS har gjort det ved kontroll hjå jordmor eller helsesøster. Dette kan ha både fordeler og ulemper. Tidsfaktoren kan spela ei rolle. Er det hektisk på kontoret, vil kanskje verken kvinna eller jordmor/helsesøster ta seg god nok tid til utfyllinga. Det kan også henda at tilbodet ikkje vart gjeve til kvinna, men at det vart gløymt. Ei utfordring kan vera talet på personar som er til stades ved utfyllinga, til dømes om kvinna er åleine, har med seg partnar eller eventuelt andre barn. Eit anna spørsmål kan vera om

kvinnene vil svara ærleg når dei veit at ein skal gå gjennom svara på skjemaet umiddelbart etterpå. Det kan også henda kvinna vil svara det ho trur vert forventet av henne (Wahl & Hanestad, 2004). Nokre kvinner har gjeve tilbakemelding om at dei synst det hadde vore enklare å svara på dette skjemaet i fred og ro heime. Andre kvinner har gjeve uttrykk for at dei synst det er flott at dette temaet vert tatt opp. Her i kommunen er det ei jordmor men fleire helsesøstrer som gjennomfører undersøkinga. Det kan tenkjast at både jordmor og dei ulike helsesøstre kan vera med og påverka svara (jf. pkt. 4.4.2.2).

Inklusjonskriteria for deltaking i denne studien var at kvinnene skulle snakka norsk. Dette var viktig fordi EPDS skjema inneheld spørsmål med berre små nyansar i språket, som dermed kunne vera avgjerande for korleis kvinna forstod spørsmåla. Det same gjeld svaralternativa. Sjølv om alle deltakarane i studien snakka norsk og EPDS er validert og funne tilfredsstillande i to norske studiar (Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003), er det likevel ikkje sikkert at alle kvinnene oppfatta spørsmåla på same måten og dermed svarte på det same (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Wahl & Hanestad, 2004). Ei jordmor og fire ulike helsesøstrer har delt ut og fått tilbake skjema. Introduksjonen om spørjeskjema er gjeve munnleg, samtalen etterpå er også nødvendigvis munnleg, og vil vera ulik hjå den enkelte jordmor og helsesøster. ”The scale is only as good as the person using it” (jf. pkt. 4.4.2.2).

6.2 Drøfting av deskriptive resultat

Forskingsspørsmål I:

Korleis er fordelinga av alder, paritet, sivilstand, svangerskapsvarigheit, fødselsmåte og førekomst av amming hjå kvinnene som er med i studien?

6.2.1 Kvinnene

6.2.1.1 Alder

Dei 59 kvinnene som deltok i studien vart delt inn i fire aldersgrupper (jf. tab. 5.1). Ein firedel av kvinnene var under 25 år, og berre eit fåtal av desse var < 20 år. For å sikra anonymiteten til desse, vart alle kvinner ≤ 25 år samla i ein kategori. Litt mindre enn halvparten av alle kvinnene var mellom 26-30 år, og om lag 10% av kvinnene var over 36 år.

Gjennomsnittsalderen var på 28,4 år med ein variasjonsbreidde på 18-42 år (jf. tab. 5.1). Dette er ein litt lågare gjennomsnittsalder enn i nokre andre norske studiar som det kan vera naturleg å samanlikna med.

I Glavin et al. (2010) si studie, som omfatta over 2200 nybakte mødrer, hadde kvinnene ein gjennomsnittsalder på 32,4 år, med ein variasjonsbreidde på 18-47 år. Dei omlag 400 kvinnene som deltok i Eberhard-Gran et al. (2002) si studie hadde ein gjennomsnittsalder på 30,0 år, med ein variasjonsbreidde på 18-45 år. Begge desse studiane er gjort på ein annan kant av landet. Det kan tenkjast at skilnad mellom aust og vest, og mellom by og land, kan ha påverknad på alderen til dei fødande. Det kan også henda at det er vanlegare å få barn tidlegare i livet på landsbygda i høve til i byen.

6.2.1.2 Paritet

Paritet er talet på kor mange born kvinna har født. Antal born vart delt inn i grupper på 1 barn, 2 born, og 3 eller fleire born. Denne inndeling vart gjort for å sikra anonymiteten til dei kvinnene som hadde fleire enn tre born. 37,3 % av kvinnene var førstegongsfødande, dette var den største gruppa (jf. tab. 5.1). Kvinner som hadde fått to born var den minste gruppa, medan

om lag ein tredel av kvinnene hadde tre born eller fleire. Samanliknar ein med andre undersøkingar, fann Glavin et al. (2010) at 39,6% av kvinnene var førstegongsfødande, medan Eberhard-Gran et al. (2002) fann at 42% var førstegongsfødande. Fordelinga av førstegongsfødande i høve til fleirgongsfødande (dei som har født meir enn eit barn) samsvarar altså om lag med fordelinga i andre norske studiar.

6.2.1.3 Sivilstand

Dei fleste kvinnene som deltok i studien var sambuarar eller gifte, berre 4 av 59 kvinner var einslege (jf. tab. 5.1). Det var omlag like mange gifte som sambuarar, til saman utgjorde dette 93,2% av kvinnene. Til samanlikning fann Eberhard-Gran et al. (2002) i si undersøking at 98% av kvinnene var sambuarar eller gifte. Her er det litt skilnad på fordelinga av einslege kvinner. Ei årsak kan vera at det kan henda var mindre vanleg å verta einsleg mor for om lag 10 år sidan i høve til i dag. Ei anna årsak kan vera at einslege kvinner kan høyra med til den gruppa som ikkje ønskte å delta i noko studie.

6.2.1.4 Svangerskapsvarigheit

I høve til lengde på svangerskapet, fødde tre (5,1%) av kvinnene før 37. svangerskapsveke (jf. tab. 5.1). Born som er fødde før 37 vekers svangerskap vert rekna som for tidleg fødde. Svangerskap som varer meir enn 41 fullgatte veker, vert rekna som overtidige svangerskap (Bergsjø, 2006). Fem av kvinnene, det vil seia 8,5 %, fødde etter 42 vekers svangerskap, medan dei resterande 86,4% av kvinnene fødde til termin, mellom veke 37 og 41 (jf. tab. 5.1). Tal frå Statistisk sentralbyrå (2011) syner at i 1998 var 6,9 % av borna fødde før 37 vekers svangerskap medan 12,8 % av borna vart fødde etter 42 veker. Tala på svangerskapsvarigheit i denne studien er litt avvikande frå tala på landsbasis. Ein av grunnane til dette kan vera at det er ein studie med svært få deltakarar.

Det var ikkje mange born som var for tidleg fødde i denne studien, men ein må vera merksam på at born som er fødde for tidleg, ofte vert verande ei stund på sjukehus. Mange av dei treng medisinsk oppfølging og må gjerne liggja i kuvøse. Her er det viktig å hugsa på at det då kan verta utfordringar i høve til tilknytninga mellom mor og barn (jf. pkt. 2.2). For det første er det usikkerheita om korleis det vil gå med barnet. Vidare kan det verta ein fysisk avstand mellom

mor og barn om barnet ligg i kuvøse. Dette er tilhøve som ein må ha i tankane også når eit nyfødt barn er sjukt, uavhengig av svangerskapslengje og fødselsvekt.

6.2.1.5 Fødselsmåte

Om lag fire femdelar av kvinnene i denne undersøkinga fødde på vanleg måte, det vil seia at dei hadde ein spontan vaginal fødsel. 10% av kvinnene vart forløyste med keisarsnitt, medan like mange vart forløyste med vakum eller tang (jf. pkt. 5.1). Operativ forløyning betyr i denne studien at det vart gjort keisarsnitt eller at barnet vart forløynt med vakum eller tang (jf. tab. 5.1). Vakum eller tang vert brukt når kvinna treng assistanse for å føda barnet. Føremålet med operativ forløyning er å fjerna ein risiko. Keisarsnitt kan vera planlagd eller ikkje. Ved til dømes mekaniske misforhold, som til dømes trangt bekken hjå mor, vert keisarsnitt planlagd (Bergsjø, 2006).

Sjølv om sikkerheita rundt eit keisarsnitt er høg, inneber alltid sjølve inngrepet ein risiko. Det kan også henda at kvinna sjølv ønskjer keisarsnitt. Ved nokre høve vert dette innvilga, sjølv om det ikkje er såkalla medisinsk grunngjeve (Bergsjø, 2006). Det kan vera ulike årsaker til at kvinner ikkje ønskjer å føda vaginalt (Henriksen, 2010). Dette kan mellom anna gjelda kvinner som har vore utsette for overgrep eller som har ei vond oppleving i samband med tidlegare fødsel (Kendall-Tackett, 2007). Om mor engstar seg for å føda vaginalt, er dette vanlegvis ikkje grunn god nok for å verta forløynt med keisarsnitt. Men om denne angsten fører til betydeleg dårlegare livskvalitet for kvinna, kan det innvilgast keisarsnitt (Henriksen, 2010).

Her er det også nærliggjande å tenkja på tilknytninga til barnet som startar alt under svangerskap (Brodén, 2004). Angsten for å føda kan fortrenge andre opplevingar og kjensler under svangerskapet, og dermed hemma ei god tilknytning mellom mor og barnet i magen. Ved slik høve kan det vera aktuelt å vurdere keisarsnitt, sjølv om det inneber ein risiko. Ei norsk undersøking viste at kvinner med angst og depresjon ønskte keisarsnitt meir enn tre gonger så ofte som dei som ikkje var deprimerte (Kringeland et al., 2009). Eit akutt keisarsnitt kan gjerast av ulike årsaker som kan ha samband med både mor og barn i den aktuelle situasjonen (Bergsjø, 2006). I denne studien er planlagde og akutte keisarsnitt i same kategori.

Det er rimeleg å tru at det er ei meir traumatisk oppleving for dei kvinnene der keisarsnitt ikkje er planlagd, men vert utført akutt.

Tal frå Statistisk sentralbyrå (2011) syner at andel keisarsnitt i Helseregion Vest i 2009 var på 13,1% medan det for heile landet var 17,2%. Frekvens av keisarsnitt på 10,2% ligg i denne studien såleis under andelen keisarsnitt i regionen, og langt under andelen keisarsnitt på landsbasis. Det kan vera ulike årsaker til dette. Kanskje kan ein av grunnane vera at sjukehusa der kvinnene i studien har født er lokalsjukehus, og at nokre av ”risikokvinnene” vert sendt for å føda på eit større sjukehus. Det viser seg også at ulike sjukehus har ulik praksis i høve til kor raskt det vert gjort keisarsnitt når det oppstår komplikasjonar under ein fødsel (SSB, 2011).

6.2.1.6 Amming

Av dei 59 kvinnene som var med i studien mangla det opplysningar på førekomst av amming frå ei kvinne. Ved heimreise frå fødeavdelinga var det berre 2 av 58 kvinner som ikkje amma (jf. tab. 5.1). Vidare var det 82,8 % av kvinnene som fullamma då barnet var 6 veker. At eit barn vert fullamma, betyr at barnet berre får morsmjølk. Ei norsk studie som omfatta 416 kvinner, fann at berre 8 av kvinnene ikkje hadde amma i det heile teke (Eberhard-Gran et al., 2002).

Ein rapport om ei landsomfattande kosthaldsundersøking blant 6 månader gamle born i Noreg, viste at berre 1% av spedborna aldri hadde blitt amma (Helsedirektoratet et al., 2008). Rapporten synte vidare at 82% av borna ved fire vekers alder vart fullamma. Dette samsvarar med tal i denne studien (jf. tab. 5.1). Kvinnene i rapporten frå Helsedirektoratet (2008) oppgav vidare ”for lite mjølk” som den viktigaste årsaka til at dei slutta å amma. Rapporten konkluderar med at mange norske mødrer ammar. Eit interessant funn i rapporten var at jenter vart fullamma lenger enn gutar. Sosial- og helsedirektoratet (2001) anbefalar at spedbarn får morsmjølk som einaste ernæring dei seks første levemånadene.

Forskingsspørsmål II:

Korleis er fordelinga av borna sitt kjønn, fødselsvekt og Apgar skåre i denne studien?

6.2.2 Borna

6.2.2.1 Kjønn

Kvinnene i denne studien fødte litt fleire gutar enn jenter, 54,2% var gutar medan 45,8% var jenter (jf. tab 5.2). Tal frå Statistisk sentralbyrå (2011) viser at det på landsgjennomsnitt også vert født fleire gutar enn jenter, utan at årsaka til dette er heilt klarlagt. I 2010 vart det født 30525 (51,2%) gutar og 29081 (48,8%) jenter. I høve til landsgjennomsnittet, fødte kvinnene som deltok i denne studien litt fleire gutar.

6.2.2.2 Fødselsvekt

Gjennomsnittleg fødselsvekt av dei 59 borna var om lag 3,5 kg, noko som samsvarar med vanleg gjennomsnittleg fødselsvekt. Variasjonen på fødselsvekta var frå om lag 2,4 kg til 4,6 kg. Berre tre av borna var under 2,5 kg ved fødselen (jf. tab. 5.2). Biologisk variasjon gjer at born som vert fødte til same tidspunkt under svangerskap kan ha ulik vekt (Bergsjø, 2006). Både miljøpåverknad (til dømes tobakk) og sjukdom hjå mor, kan påverka barnet si vekt mot slutten av svangerskapet, men truleg betyr genetisk faktor mest.

Når ein skal bedømme alder og modning av nyfødde, er det svangerskapslengde som er det ideelle. Likevel vert vekt ofte brukt som ei målestokk i bedøminga, då vekt er lett å registrera. Internasjonalt vert talet på fødte < 2500 gr ofte brukt som indikator på helse (Bergsjø, 2006). I Noreg har litt over 5 % av nyfødde born fødselsvekt < 2500 gr. Andel nyfødde < 2500 gr i denne studien var 5,1 %.

6.2.2.3 Apgar skåre

I denne studien vart barnet sin Apgar skåre etter 1 min. registrert. Berre Apgar skåre etter 1 min. blei inkludert i analysane, fordi mest alle borna hadde tilfredsstillande Apgar skåre etter 5 min. I underkant av ein femdel av borna hadde ein Apgar ≤ 7 ved 1 min. (jf. tab. 5.2). Det betyr at desse borna ikkje var heilt spreke umiddelbart etter fødselen. Like etter fødselen, vert

barnet sin tilstand vurdert av jordmor, og det vert gjeve Apgar skåre (Haugen, 1998). Barnet vert vurdert i høve til respirasjon, hjarteaksjon, muskeltonus, refleksar og farge, og ein kan skåra to poeng for kvart av desse områda. Vanlegvis vert Apgar skåre vurdert etter 1 og 5 min. Er ikkje Apgar skåre tilfredstillande etter 5 min., vert barnet også vurdert ved 10 min. etter fødsel. Eit friskt barn får vanlegvis mellom 7 og 10 poeng. Apgar skåre 3-7 er eit teikn på for lite surstoff til barnet under fødselen (moderat asfyksi), medan Apgar skåre 0-3 poeng er eit teikn på alvorleg asfyksi, og det må setjast i gong gjenoppliving (Haugen, 1998).

Forskingsspørsmål III:

Korleis er fordelinga av dei 10 ulike symptoma på depresjon som inngår i EPDS under svangerskap og etter fødsel?

6.2.3 Drøfting av svara på dei 10 delspørsmåla som inngår i EPDS

EPDS er ein depresjonsskala som er utvikla med tanke på å oppdaga symptom på depresjon hjå kvinner i samband med svangerskap og fødsel (Cox et al., 1987) (jf. vedlegg 1). Det som er spesielt med denne skalaen, er at den ikkje inneheld kroppslege symptom som er naturleg å relatera til svangerskap og fødsel. For at dagsformen ikkje skal vera avgjerande, handlar EPDS spørjeskjema om korleis kvinna har hatt det den siste veka (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Kvart svar på dei 10 delspørsmåla vert rangert på ein skala frå 0-3 poeng (jf. vedlegg 3).

På spørsmålet om *å kunne le og sjå i ein det komiske situasjon* svarte nesten alle deltakarane at det var *like mykje som vanleg* både under svangerskap og etter fødsel (jf. tab. 5.3-1). Dette tyder på at kvinnene både under svangerskapet og etter fødselen stort sett var i stand til å le og sjå det komiske i ein situasjon. Det var likevel ein liten tendens til at dei etter fødselen opplevde at dette litt mindre enn vanleg.

Nesten 90% av kvinnene, både under svangerskapet og etter fødselen, svarte *like mykje som vanleg* på spørsmålet om *å gleda seg til ting som skulle skje* (jf. tab. 5.3-2). Kvinnene sine

svar synte at både gravide og nybakte mødrer var i stand til å gleda seg til ting som skulle skje, og at det ikkje var noko særleg skilnad på dette under svangerskap i høve til etter fødsel.

I høve til spørsmålet om å *bebreida seg sjølv utan grunn når noko gjekk gale* svarte ei kvinne *nesten heile tida* under svangerskap medan ei kvinne også svarte dette etter fødselen (jf. tab. 5.3-3). 10 kvinner svarte at dei bebreida seg sjølv *av og til* utan grunn, både under svangerskap og etter fødselen. Langt fleire kvinner, både under svangerskap og etter fødsel, svarte at dei *ikkje særleg ofte* bebreida seg sjølv utan grunn, medan omlag halvparten svarte at dei *aldri bebreida seg*. Heller ikkje på dette spørsmålet var det noko nemnande skilnad på svara under svangerskapet og etter fødselen. I høve til at nokre kvinner bebreidar seg sjølv utan grunn når noko gjekk gale, er det viktig å ha fokus på det desse kvinnene kan oppleve som både handterbart og meningsfullt i kvardagen (jf. pkt. 2.3.2). For at kvinnene skal komma vidare på ein god måte, kan det vera nødvendig at dei får hjelp til å ta i bruk egne ressursar for å meistra situasjonen. Det kan til dømes vera å avtala faste møtepunkt der tida kan brukast til å lytta til kvinna og til å gi støtte og oppmuntring på det kvinna kan. Ei svensk studie viser at det kan vera god effekt av støttesamtalar (jf. pkt. 4.4.2).

Tre kvinner svarte under svangerskapet at dei *veldig ofte* hadde vore *nervøse eller bekymra utan grunn* medan ingen svarte dette etter fødselen (jf. pkt. 5.3-4). På dette delspørsmålet svarte kvinnene stort sett det same under svangerskap og etter fødsel, men svara synte ein liten tendens til at kvinnene bekymra seg meir under svangerskapet. Om lag 75% av kvinnene svarte under svangerskapet at dei *nesten aldri* eller *slett ikkje* hadde vore nervøse eller bekymra utan grunn medan 81% av kvinnene svarte dette etter fødselen. Det kan vera ulike årsaker til at kvinnene er bekymra eller nervøse både under svangerskap og etter fødselen. Svangerskap og fødsel høyrer med til overgangar i livet, og kvinnene, spesielt dei som er førstegongsfødande, står ovafor noko nytt og ukjent (jf. pkt. 2.1). Difor er det kanskje ikkje så rart at nokon bekymrar seg, også utan ein bestemt grunn. Forholdet til barnefar kan spela ei rolle, det kan bety noko om kvinna er i eit etablert forhold eller ikkje (jf. pkt. 2.5.3). Kanskje kan den som er gravid bekymra seg over om alt er bra med barnet, om det er eit friskt barn. Mange gravide kan også bekymra seg for sjølve fødselen og korleis dei vil takla det. Etter fødselen kan det vera andre ting å bekymra seg over, som til dømes om kvinna opplever at ho

er ”god nok” mor, om barnet får nok mat og søvn, og eventuelt kvifor barnet gret. Ein del kvinner vil kanskje også bekymra seg for amminga.

På delspørsmål 5 om kvinna *hadde vore redd eller fått panikk utan grunn* var det ingen, korkje under svangerskap eller etter fødsel, som svarte *svært ofte*. Fem kvinner svarte nokre gonger på dette spørsmålet under svangerskapet, medan sju kvinner svarte dette etter fødselen (jf. tab. 5.3-5). Vidare svarte 17 kvinner under svangerskapet at dei *sjeldan* hadde vore redde eller fått panikk utan grunn, medan berre 6 kvinner svarte dette etter fødselen. 37 av kvinnene svarte at dei *aldri* hadde vore redde eller fått panikk utan grunn, medan 46 av kvinnene svarte dette etter fødselen. Desse svara syner også ein tendens til at kvinnene hadde ein noko større tendens til å vera redde eller få panikk utan grunn under svangerskapet i høve til etter fødselen (jf. tab. 5.3-5). Mange kvinner kan grua seg til fødselen, og det kan vera ei av årsakene til at dei vert redde under svangerskapet. Mange kan også oppleva etter fødselen at oppgåva dei har framføre seg med å ta seg av eit lite barn vert heilt overveldande og uhandterbart, og vert redde av den grunn (jf. pkt. 2.5.1). Her er det også viktig å lytta til kvinna, fokusera på det positive og aktivera dei ressursane kvinna har slik at ho kan oppleva meistring (jf. pkt. 2.3.2).

Ei kvinne svarte under svangerskapet *at det hadde blitt for mykje for henne* slik at ho *stort sett ikkje hadde fungert i det heile tatt*. Ingen svarte dette etter fødselen (jf. tab. 5.3-6). Meir enn ein tredel av kvinnene svarte under svangerskapet at dei *stundom ikkje klarte å fungera som dei pleidde*, medan berre 6 kvinner svarte dette etter fødselen. Dei fleste kvinnene hadde likevel *for det meste klart seg bra*, og om lag ein firedel av kvinnene både under svangerskap og etter fødsel svarte at dei *hadde klart seg like bra som vanleg*. Det er viktig å vera merksam på kvinner som gjev utrykk for at dei ikkje fungerer i kvardagen, og prøva å setja fokus på det som dei trass alt klarar (jf. pkt. 2.3.2). Det bør også vurderast om det kan vera aktuelt med praktisk hjelp i heimen for desse kvinnene. Av og til kan det henda at det er avlasting med praktiske gjeremål som skal til for at kvinna skal fungera betre i kvardagen.

Ingen kvinner rapporterte om at dei *for det meste* hadde vore så *ulykkelege at dei hadde vanskar med å sova*. Nokre svarte *stundom* på dette spørsmålet, både under svangerskap og etter fødsel (jf. tab. 5.3-7). Litt fleire under svangerskap enn etter fødsel svarte at dei *ikkje særleg ofte* hadde vanskar med søvnen, medan langt dei fleste både under svangerskap og

endå fleire etter fødsel *ikkje i det heile* tatt hadde vanskar med å sova. Nybakte mødrer som har eit uroleg barn, gjev tilbakemelding om at dei ikkje får så mykje søvn, men at dei søv når dei har moglegheiten til det. Ei norsk studie om søvn og depresjon, tyder på at deprimerte kvinner rapporterar om dårleg søvn etter fødselen (Dørheim et al., 2009b). Ved nærare undersøking synt det seg at det ikkje var noko skilnad i søvnmønsteret hjå dei som var deprimerte i høve til dei som ikkje var det. Ingen av kvinnene søv særleg godt når dei har eit nyfødt barn å ta vare på. Ei av dei viktigaste årsakene til dette er at barnet treng mat og stell med jamne mellomrom (jf. pkt. 2.5.1).

På spørsmålet om kvinna hadde *følt seg nedfor eller ulykkeleg* var der ei kvinne som under svangerskapet svarte at det hadde ho opplevd *det meste av tida*. Ingen svarte dette etter fødselen. Nokre svarte både under svangerskap og etter fødsel at dei hadde følt seg nedfor *ganske ofte* (jf. tab. 5.3-8). Omlag like mange under svangerskap og etter fødsel svarte at dei *ikkje særleg ofte* hadde følt seg nedfor, medan over halvparten i begge gruppene *ikkje i det heile tatt* hadde følt seg nedfor eller ulykkelege. Når nokon av kvinnene svarar at dei har følt seg nedfor eller ulykkelege ganske ofte, er det her nærliggjande å tenkja på tilknytninga til barnet. Tilknytninga startar alt medan barnet er i magen (jf. pkt. 2.2). Brodén (2004) legg vekt på at tilknytingsmønsteret er ein kontinuerleg prosess som startar under svangerskap, og som held fram etter fødselen. For å utvikla trygg tilknytning er barnet avhengig av merksemd og godt samspel med mor, noko som kan vera sterkt redusert eller fråverande når mor er nedfor og ulykkeleg (jf. pkt.2.2).

Ingen kvinner svarte at dei hadde vore *så ulykkelege at dei hadde gråte det meste av tida*. Ei kvinne svarte at ho hadde *gråte veldig ofte* under svangerskapet, det var også ei kvinne som svarte dette etter fødselen (jf. pkt. 5.3-9). Litt fleire under svangerskap enn etter fødsel svarte at dei *stundom hadde gråte*, medan dei fleste svarte *aldri*. Også her var det ein tendens til at kvinnene hadde litt meir depressive symptom under svangerskap enn etter fødsel. Dersom ei kvinne gjev uttrykk for at ho har gråte veldig ofte, kan dette også påverka tilknytninga mellom mor og barn. Når mor er trist og lei, vil evne til empati og samspel med barnet vera redusert (jf. pkt. 2.2). Ein må vera merksam på desse kvinnene og ikkje gløyma kor viktig det er å lytta til dei og setja fokus på deira eigne ressursar (jf. pkt. 2.3.2 og pkt. 4.4.2).

På det siste delspørsmålet på EPDS skjemaet, om kvinna *har hatt tankar om å skada seg sjølv*, svarte alle kvinnene *aldri* (jf. tab. 5.3-10). Det kan vera at nokre av kvinnene hadde hatt slike tankar, men at dei syntes det var vanskeleg å uttrykkja dei i møte med jordmor eller helsesøster. Ei anna forklaring kan vera at deltakarane ikkje hadde hatt tankar om å skada seg sjølv, fordi omstendigheitane trass alt gjorde at dei følte livet var verdt å leva.

Utfyllinga av EPDS skal alltid etterfølgjast av ein samtale uavhengig av kor mange poeng kvinna har skåra (jf. pkt. 4.2.2). Det kan henda at det under samtalen kjem fram ting som ikkje kom fram på skjemaet som gjer at det er nødvendig at kvinna får ekstra oppfølging. Det er også mogeleg at kvinna ikkje treng ekstra oppfølging, sjølv om ho har ein høg skåre på EPDS. Det er viktig å leggja vekt på at det er normalt både å ha eit varierende humør og å vera meir sårbar i samband med svangerskap og fødsel (jf. pkt. 2.5.1). Det ein ønskjer å oppnå ved bruk av EPDS kartlegginga, er å fanga opp og tilby støtte så tidleg som mogeleg til dei kvinnene som treng det (jf. pkt. 1 og pkt. 4.4.2).

Forskingsspørsmål IV:

Korleis er fordelinga av total EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?

6.2.4 Fordeling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel

6.2.4.1 Endring av EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel

Av dei 59 kvinnene som deltok i studien var det 6 kvinner som hadde EPDS ≥ 10 poeng under svangerskapet, medan det berre var 3 kvinner som hadde EPDS ≥ 10 etter fødsel (jf. tab. 5.5). Berre ei av dei 6 kvinnene som hadde forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskapet, hadde dette også etter fødselen. 20 av kvinnene hadde ein høgare EPDS skåre etter fødsel i høve til under svangerskapet. Det at kvinnene hadde ein auka skåre, betyr ikkje det same som at skåren var høg. Auka skåre inkluderte til dømes også ein auke frå 0 til 1 poeng. Ein høgare skåre betyr at kvinna kan ha auka depressive symptom, men ho treng ikkje vera deprimert. Dette er avhengig av om skåren på EPDS ≥ 10 .

Ser ein på dei kvinnene som ikkje hadde noko endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel, er det ei kvinne som skårar 9 poeng begge gongene (jf. tab. 5.5). Dei kvinnene som skåra 0 poeng begge gongene vil ha mindre depressive symptom enn ho som skåra 9 poeng, sjølv om endringa var den same. Blant dei kvinnene som skåra lågare etter fødsel, var det ei kvinne som hadde forhøga EPDS. Ein merkar seg at 4 av dei 6 kvinnene som hadde forhøga EPDS under svangerskap, hadde ein reduksjon på heile 8-10 poeng omlag 3 månadar seinare. Dette kan kanskje forklarast av at det vart sett inn tiltak, til dømes støttesamtalar. I støttesamtalar vert det lagt vekt at det kan vera viktigare å lytta til kvinna enn å gi råd (Wickberg & Hwang, 1996).

Endringa i EPDS skåre kan antyda korleis kvinna har det, om det er betring eller forverring av dei depressive symptomata. Skal ein få eit meir reelt bilete av situasjonen, må ein også vita kor mange poeng ho faktisk skåra på EPDS (jf. tab. 5.5).

Ved hjelp av ei grafisk framstilling av EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel kan ein sjå at EPDS skårane hjå kvinnene i denne studien er høgare under svangerskap enn etter fødsel (jf. fig. 5.3 og 5.4). Forsking har synt noko ulike funn i høve til EPDS skåre under svangerskap i forhold til etter fødsel. Ei svensk studie viste at EPDS skåre er høgare under svangerskap enn etter fødsel (Rubertsson et al., 2011), medan ei norsk studie ikkje fann signifikant skilnad i EPDS skåre under svangerskap i høve til etter fødsel (Eberhard-Gran et al., 2004). Det kan vera ulike årsaker til at kvinner skåra høgare på EPDS under svangerskapet enn etter fødselen. Ei årsak kan vera om svangerskapet ikkje er planlagd eller ønska (jf. pkt. 2.5.3). Nokre av kvinnene kan ha grua seg for fødselen, og har kanskje blitt mindre bekymra etterpå.

6.2.4.2 Andel forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap og etter fødsel

I denne studien er det sett ei grense ved EPDS på 10 poeng slik at EPDS ≥ 10 indikerar at kvinna er deprimert (jf. pkt. 4.2.2). Av dei som deltok i studien, hadde 10,2% av kvinnene EPDS ≥ 10 under svangerskapet medan 5,1% av kvinnene hadde EPDS ≥ 10 etter fødsel (jf. tab. 5.6). Samanlikna med andre norske studiar som har undersøkt EPDS etter fødsel, er dette ein markert lågare poengsum. I studiar der depresjon er beskrive som EPDS ≥ 10 , varierar førekomsten av depresjon etter fødsel frå 8,9%-16,5% (Eberhard-Gran et al., 2002; Dørheim

et al., 2009b; Glavin et al., 2009). Berle et al. (2003) brukte ein noko høgare grenseverdi (EPDS ≥ 11), og fann depresjon hjå 10% av kvinnene. Det kan dermed henda at kvinnene i denne kommunen kan ha ein relativt låg førekomst av depresjon etter fødsel (jf. tab. 2.3).

Vår kommune er landleg og har flott natur med mange fritidstilbod. Det er dessutan eit aktivt religiøst og kulturelt engasjement i kommunen (jf. pkt. 2.3.1). Det kan henda at det er mindre stress på landsbygda enn til dømes i byen. Dørheim et al. (2009b) sin studie om depresjon etter fødsel var knytta til Stavanger, som er ein stor by. 16,5% av kvinnene i den studien hadde EPDS skåre ≥ 10 poeng etter fødsel. Anna forskning syner også at det kan vera skilnad på depresjon i samband med svangerskap og fødsel i høve til by og land (Bilszta et al., 2008). Mange av kvinnene i vår kommune har nær familie og eiga mor i nærleiken. Ei studie frå utviklingsland tyder på støtte frå eiga mor, kan vera viktig i barselperioden (Ho-Yen et al., 2007).

Ein viktig faktor ein må ta omsyn til i denne studien er at det var eit relativt avgrensa antal kvinner som deltok, og at ein av den grunn ikkje kan vita om utvalet er representativt for dei som bur i kommunen. Me veit at det er mange asylsøkjjarar i vår kommune, og 28 framandkulturelle kvinner vart ekskluderte frå studien (jf. tab. 4.1). Ei studie viste at innvandrarar og framandkulturelle er i risikogruppe når det gjeld depresjon i samband med svangerskap og fødsel (Collins et al., 2010). Det kan difor vera mogeleg at førekomsten av forhøga EPDS (≥ 10) i samband med svangerskap og fødsel i vår kommune hadde vore noko annleis dersom framandkulturelle hadde vore inkluderte i studien (jf. tab. 5.6).

6.3 Endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel

Forskingsspørsmål V:

Er det endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel?

6.3.1 Endring i gjennomsnittskåre på delspørsmåla som inngår i EPDS (skala 0-3) frå under svangerskap til etter fødsel

Endringa i gjennomsnittskåre frå under svangerskap til etter fødsel for dei 10 delspørsmåla som inngår i EPDS, vart samanlikna ved hjelp av para t-test (jf. tab. 5.7). På delspørsmål nr. 6, om kvinna hadde følt at det vart for mykje for henne, gjekk gjennomsnittskåre frå under svangerskap til etter fødsel ned frå 1,14 til 0,83. Dette var ei signifikant endring ($p=0,01$). På delspørsmål nr. 4, om kvinna hadde vore nervøs eller bekymra utan grunn, var det også ein tendens til reduksjon i gjennomsnittskåre ($p=0,09$) (jf. tab. 5.7).

Ein kan undra seg over at kvinnene i større grad under svangerskapet enn etter fødselen rapporterte at dei opplevde at det vart for mykje for dei. Ein skulle kanskje tru at dei fleste ville oppleva det motsett, at det vart meir travelt med eit nyfødt barn i huset - og at det dermed etter fødselen kunne opplevast som om det vart for mykje for den enkelte. Kanskje er det ikkje det å ha det travelt som betyr mest. Ulike plager relatert til svangerskapet kan også føra til at kvinnene hadde mindre overskot i den perioden (jf. pkt. 2.5.3).

6.3.2 Endring i gjennomsnitt EPDS totalskåre (skala 0-30) frå under svangerskap til etter fødsel

Gjennomsnittskåre på EPDS under svangerskap var 4,7 medan gjennomsnittskåre på EPDS etter fødsel var 3,9 (jf. tab. 5.8). Denne reduksjonen i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel var ikkje signifikant når ein analyserte med para t-test ($p=0,10$). Under svangerskapet varierte EPDS skåre frå 0-17 poeng (jf. tab. 5.8). I tabellen ser ein at over halvparten av kvinnene ikkje skåra meir enn inntil 4 poeng under svangerskapet. Etter fødselen varierte EPDS skåre frå 0-11 poeng. Halvparten av kvinnene skåra ikkje meir enn inntil 3 poeng etter fødselen. Dette viser at i denne studien er EPDS gjennomsnittskåre, både under svangerskap og etter fødsel, relativt låg (jf. tab. 5.8).

Fordi talet på deltakarar i denne studien er noko lågt, kan det vera vanskeleg å finna endringar som kunne ha vore signifikante i ein større studiepopulasjon. Sjølv om ikkje endringa i EPDS gjennomsnittet var signifikant, viste det ein tendens til ei lågare EPDS skåre etter fødsel. Ei svensk studie synte at EPDS skåre var høgare under svangerskap enn etter fødsel (Rubertsson et al., 2011). Resultatet frå vår kommune samsvarar med ei norsk studie, som fann at det var ein viss (men ikkje signifikant) reduksjon i gjennomsnitt EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel (Eberhard-Gran et al., 2004).

6.3.3 Endring i EPDS skåre frå under svangerskap til etter fødsel i høve til kvinna sin alder, paritet og sivilstand

6.3.3.1 Alder

I høve til EPDS skåre under svangerskapet, viser funn frå denne studien at dei i aldersgruppa ≤ 25 år hadde omlag same skåre som kvinnene i aldersgruppene 31-35 år og ≥ 36 år (jf. tab. 5.9). Kvinner i aldersgruppa 26-30 år hadde lågast EPDS skåre under svangerskapet. Det kan vera ulike årsaker til denne fordelinga. Ein rapport frå Folkehelseinstituttet (2009) viser at yngre kvinner er meir utsette for psykiske plager enn eldre kvinner generelt. Yozwiak (2010) fann at tenåringsmødrer var den gruppa som var mest utsette for depresjon i høve med svangerskap og fødsel. Difor kunne ein kanskje forventa at den yngste aldersgruppa også i vår kommune skåra høgare på EPDS enn dei andre aldersgruppene. I denne studien var det imidlertid ikkje nokon skilnad på den yngste og den eldste aldersgruppa (jf. tab. 5.9). Det var gruppa 26-30 år, som også var den største i antal kvinner, som skilde seg ut med ein lågare gjennomsnitt EPDS skåre. Ei mogleg forklaring på høgare skåre i den yngste aldersgruppa kan vera at dei guarar seg til fødselen fordi dette kan vera noko ukjent. Dei kan oppleva auka stress og bekymring av den grunn (Eberhard-Gran et al., 2002). Ser ein på EPDS skåre etter fødsel, har situasjonen endra seg, her var det kvinnene ≥ 36 år som hadde lågast EPDS skåre (jf. tab. 5.9).

Reduksjonen i gjennomsnitt EPDS skåre for kvinner ≥ 36 år frå under svangerskap (5,9) til etter fødsel (2,7) var signifikant ($p=0,03$) når ein analyserte med para t-test (jf. tab. 5.9). Mogelege årsaker kan vera at kvinnene i den eldste aldersgruppa bekymra seg meir over om

alt var bra med barnet i magen under svangerskapet. Etter fødselen kan det henda at deira tidlegare erfaring med andre born, gjorde at stresset i kvardagen minka (jf. pkt. 2.5.3).

6.3.3.2 Paritet

Dei som venta sitt første barn og dei som venta barn nummer tre eller fleire, hadde om lag same gjennomsnitt skåre på EPDS under svangerskapet, medan kvinner som venta sitt andre barn hadde ein litt høgare skåre på EPDS (jf.tab. 5.9). Etter fødselen hadde dette imidlertid endra seg, då skåra 2.gongsfødande lågast på EPDS, dei med tre eller fleire born litt høgare og kvinner med berre eitt barn skåra høgast. Dette samsvarar med tidlegare forskning som tyder på at førstegongsfødande er ei risikogruppe for depresjon i samband med svangerskap og fødsel (Eberhard-Gran et al., 2002). Reduksjonen i gjennomsnitt EPDS skåre for kvinner med 2 born frå under svangerskap (5,4) til etter fødsel (3,1) var signifikant ($p=0,02$) når ein analyserte med para t-test (jf. tab. 5.9).

Forskinga på livsløpsperspektivet legg vekt på at svangerskap og fødsel høyrer med til overgongar i livet (George, 2003). George (2003) hevdar at det har betydning korleis mor si helse er i utgangspunktet, altså før svangerskapet. Vidare er det viktig kvar i mor sitt livsløp barnet vert født, og om det er fleire overgongar i det same tidsrommet kvinna er gravid. Den aller største overgongen er det for dei som vert mødrer for første gong (Brodén, 2004). Difor er det kanskje ikkje uventa at mødrer som ikkje hadde erfaring med barn frå før, hadde den høgaste skåren på EPDS etter fødsel.

Svangerskap og fødsel kan også knytast opp mot Antonovsky (2000) sin modell om oppleving av samanheng (OAS) (jf. pkt. 2.3.2). Det å bli mor kan vera så overveldande at det ikkje vert handterbart, sjølv om det kan vera både forståeleg og meiningsfullt. Antonovsky (2000) beskriv OAS som ein viktig indikator på korleis den enkelte kan takla vanskelege eller uforutsigbare situasjonar. Han hevdar vidare at ei god oppleving av samanheng betyr god evne til å meistra også uforutsigbare ting. Svangerskap og fødsel er sjølv i dag ei uforutsigbar hending som ein ikkje heilt veit resultatet av på førehand (jf. pkt. 2.5). Det er likevel ikkje slik at alle bekymringar er borte når fødselen er over. Tvert i mot vil mange hevda at det er ved fødselen det heile startar.

Forsking syner at kvinner som har god OAS under svangerskap, er betre i stand til å takla utfordringar både før og etter at barnet er født (jf. pkt. 2.3.2). I motsett fall, er det mogeleg å gi dei med mindre god OAS tettare oppfølging, både under svangerskap og etter fødsel. Brudal (2000) er oppteken av at det er viktig å ikkje sjukleggjera kvinnene som strevar etter fødselen (jf. pkt. 2.5.1). Reaksjonane må takast på alvor, og dei som treng det må få tilpassa oppfølging og støtte til å mobilisera eigne ressursar, slik at dei kan meistra kvardagen (jf. pkt. 2.3.2). Tidlegare studiar har vist at svangerskap og fødsel, spesielt for førstegongsfødande, kan vera eit vendepunkt der kvinna er særskild motivert for å endra livsstil (jf. pkt. 2.3.1).

Denne studien viser altså ein tendens til at dei som får sitt første barn skårar høgare på EPDS etter fødselen enn under svangerskapet (jf. tab. 5.9). Førstegongsfødande hadde høgast EPDS skåre etter fødsel når ein samanliknar med kvinnene som hadde født fleire barn. Dette er i samsvar med to norske studier (Eberhard-Gran et al., 2002; Glavin et al., 2009). Som jordmor og helsesøster i kommunehelsetenesta er det difor viktig å vera ekstra merksame på dei førstegongsfødande.

6.3.3.3 *Sivilstand*

Under svangerskapet var det dei gifte kvinnene som hadde lågast skåre på EPDS, medan sambuarar og einslege skåra litt høgare (jf. tab. 5.9). For dei som var einslege kunne det tenkjast at svangerskapet ikkje var planlagd, eller at kvinna hadde eit uavklara forhold til barnefar. Begge desse tilhøva kan medverka til korleis kvinna opplever å ha det (jf. pkt. 2.5.3). Etter fødselen skåra likevel dei einslege kvinnene om lag det same som dei andre i undersøkinga. Forsking tyder på at det er kvaliteten på forholdet til partner, og ikkje sivilstand, som betyr mest i høve til om kvinna vert deprimert eller ikkje (jf. pkt. 2.5.3). Denne studien viste at sambuande kvinner var den gruppa som hadde størst endring i EPDS skåre, frå 5,2 under svangerskap til 4,0 etter fødsel. Para t-test synte at denne reduksjonen var nær-signifikant ($p=0,07$) (jf. tab. 5.9).

6.4 Samanhengar mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel

Forskingsspørsmål VI:

Er det samheng mellom variablane - alder, paritet, sivilstand, fødselsmåte, svangerskapsvarigheit, barnet sitt kjønn, fødselsvekt, Apgar skåre, førekomst av amming - og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel?

6.4.1 Samheng mellom EPDS skåre *under svangerskap og etter fødsel* i høve til alder, paritet og sivilstand

Einvegs variansanalyse (ANOVA) for å samanlikna gjennomsnittverdiar av EPDS skåre *under svangerskap og etter fødsel* viste ikkje-signifikante skilnader mellom gruppene i variablane mor sin alder, paritet eller sivilstand (jf. tab. 5.9). Andre studiar har funne at både førstegongsfødande og unge mødrer er har auka risiko for depresjon (Kumar & Robson, 1984; O'Hara et al., 1984, Munk-Olsen et al., 2006; Yozwiak, 2010)

Ein fann likevel ein viss tendens til skilnad i gjennomsnitt EPDS skåre *under svangerskap* mellom dei ulike aldersgruppene ($p=0,09$) (jf. tab. 5.9). Dette kan skuldast den relativt låge gjennomsnitt EPDS skåren (3,2 poeng) for aldersgruppa 26-30 år. Den var lågare enn EPDS skåren både hjå kvinnene som var yngre og dei som var eldre. Det er mogeleg at kvinner i denne aldersgruppa er tryggare i høve til svangerskap og fødsel enn deira yngre og eldre medsøstrer.

6.4.2 Samheng mellom EPDS skåre etter fødsel og fødselsmåte

EPDS skåre etter fødsel viser at gjennomsnittskåre hjå dei kvinnene som hadde født vaginalt var lågare enn kvinner som hadde hatt operativ forløyising (jf. tab. 5.10). Samanlikning av gjennomsnittskåre ved hjelp av para t-test gav ein p-verdi på 0.051, altså ei nær-signifikant høgare EPDS skåre etter fødsel hjå dei med operativ forløyising i høve til dei som fødde vaginalt (jf. tab. 5.10). Det kan vera ulike årsaker til dette. I denne studien er keisarsnitt, vakum og tang kategorisert som operativ forløyising. Bakgrunnen for ei operativ forløyising er, med unntak av planlagde keisarsnitt, at det har oppstått komplikasjonar under fødselen. Det betyr igjen at det kan ha vore ein stressa situasjon både for mor og barn. Det er noko auka

komplikasjonar i form av rifter nedantil hjå mor når barnet vert forløyyst med vakum eller tang (Bergsjø et al., 2011). Eit keisarsnitt er ein operasjon som medfører ekstra belastning i høve til smerter, noko som også kan påverka amminga. Kvinna vert verande fleire dagar på sjukehus, og det tar lengre tid å komma seg enn etter ein vanleg fødsel. Ein må ta ulike omsyn, som til dømes det å ikkje løfta tungt (Haugen, 1998). Her er det viktig at kvinna kan oppleva situasjonen som handterbar (jf. pkt. 2.3.2).

Det er ulike funn i litteraturen om depresjon under svangerskap har innverknad på svangerskapsutfallet (jf. pkt. 2.5.3). Forsking tyder på at kvinner med alvorlege komplikasjonar under svangerskap har større risiko for å verta deprimerte etter fødselen enn dei utan komplikasjonar (Brandon et al., 2008). Andre studiar viser at kvinner som rapporterer om ei god tilknytning til barnet i magen og eit godt forhold til partner, har ein redusert risiko for å verta deprimerte etter fødsel, sjølv om det har vore alvorlege komplikasjonar under svangerskapet (Brandon et al., 2008). Forsking syner også at kvinner med ei rekkje risikofaktorar for komplikasjonar under svangerskap og fødsel, har auka risiko for depresjon etter fødsel (Blom et al., 2010).

Denne undersøkinga syner at det kan vera ein samanheng mellom forløyingsmåte og depresjon etter fødselen. Sjølv om dette berre var eit nær-signifikant funn, er det likevel grunn til å tru at det kan vera ein samanheng her som det er viktig både for jordmor og helsesøster å vera merksame på.

6.4.3 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og svangerskapsvarigheit

I denne studien vart det ikkje funne samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og svangerskapsvarigheit verken hjå dei som fødde for tidleg, eller dei som fødde overtidig (jf. tab. 5.10). Ei medverkande årsak til dette kan vera det låge talet på deltakarar. Forsking tyder på at kvinner som føder for tidleg kan vera i ei risikogruppe for å verta deprimerte etter fødselen (jf. pkt. 2.5.4). Eit naturleg spørsmål er om kvinner som er deprimerte under svangerskapet, føder for tidleg av den grunn. Om dei var deprimerte og fekk medikamentell behandling, kunne kanskje det vera medverkande til for tidleg fødsel (jf. pkt. 2.5.3).

Psykososiale faktorar kan spela ei rolle ved for tidleg fødsel (jf. pkt. 2.4.5). Tiedje (2003) legg vekt på livsløpsperspektivet og ressursane dei ulike familiar og den enkelte kvinne har.

Livsstil og livsløp går i arv, det er ikkje slik at eit barn sitt livsløp startar ved fødselen. Killén (2007) beskriv dette som at barndommen varer i generasjonar (jf. pkt. 2.1). Både fysiologiske,

psykologiske og sosiale prosessar vil ha innverknad på livsløpet. Det er difor ikkje berre ein-sidig medisinsk oppfølging som er nødvendig under svangerskapet, det er nødvendig å sjå kvinna i ein heilskap (jf. pkt. 2.1).

6.4.4 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og fødselsvekt

Ser ein på EPDS skåre etter fødselen, finn ein at dei som har fått barn på under 2,5 kg har ein høgare skåre enn dei som fekk barn som var meir enn 2,5 kg (jf. tab. 5.10). Forsking kan tyda på at kvinner som føder barn med låg fødselsvekt har auka risiko for å verta deprimerte etter fødselen (Vigod et al., 2010). Det kan og henda at desse kvinnene var deprimerte alt under svangerskapet. Ei norsk undersøking av nyfødde barn av mødre som hadde vore deprimerte under svangerskapet, fann at depresjon hjå mor ikkje hadde negativ påverknad, verken på svangerskapslengde eller barnet si fødselsvekt (Berle et al., 2005). Det vart funne ein signifikant lågare Apgar skåre hjå desse barna, men det var utan klinisk betyding.

6.4.5 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel, Apgar skåre og kjønn

I denne undersøkinga betydde ikkje Apgar skåre noko for EPDS skåre etter fødsel, den var den same både hjå dei som fødde born med Apgar skåre ≥ 7 poeng og dei som fødde born som fekk Apgar skåre < 7 poeng (jf. tab. 5.10). Vidare viste undersøkinga at det ikkje hadde noko innverknad på EPDS skåre etter fødsel om barnet var gut eller jente (jf. tab. 5.10). I Noreg er det i dag lite sannsynleg at det har noko betyding om barnet er gut eller jente. Ein treng likevel ikkje å gå så langt tilbake i tid i vår kultur for å finna at det var viktig å få ”odelsguten”. Dersom guten lot venta på seg, kunne det vera ei ekstra belastning for kvinna. I vår vestlege kultur ser det ikkje ut til at det betyr noko kva kjønn barnet har, men i nokre land kan dette spela ei rolle (jf. pkt. 2.5.3).

6.4.6 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og førekomst av amming

Kvinnene som ikkje amma ved utskrivning hadde høgare gjennomsnitt EPDS skåre enn dei som amma (uavhengig t-test, $p=0,053$) (jf. tab. 5.10). Her må det merkast at det berre var to kvinner som ikkje amma, og at det dermed er eit svært avgrensa utval. Ved 6 vekers helsestasjonskontroll med barnet var det framleis over 80 % av kvinnene som fullamma borna sine (jf. tab. 5.10). Kvinnene som amma, hadde ein lågare gjennomsnitt skåre på EPDS i høve til dei som ikkje amma. Ved 6 vekers helsestasjonskontroll var det også dei som fullamma

som hadde lågast skåre på EPDS. Dette kan tyda på at dei som ammar borna sine er mindre deprimerte enn dei som ikkje ammar (jf. tab. 5.10). Det kan vera ulike årsaker til at ei mor ikkje ammar. Kan henda er det slik at kvinna ikkje ammar fordi ho er deprimert, eller kanskje er det slik at kvinna ikkje lykkast med amminga og så vert deprimert. Forsking tyder på at det kan vera samanheng mellom førekomst av amming og depresjon (jf. pkt. 2.5.3). Depresjon hjå mor kan vera uheldig både for mor og barn. Det er mange fordeler med å amma, også i høve til tilknytninga mellom mor og barn. Difor er dette eit område det er viktig å vera merksam på for jordmødrer og helsesøstrer (jf. pkt. 2.2). Dei kvinnene som strevar med amminga, må få den hjelpa dei treng. Det bør likevel ikkje vera slik at det alltid er amming som er beste løysinga. For nokre mødrer kan det vera nødvendig å få støtte på at det beste i den situasjonen dei er i, er å avslutta amminga. Her kan helsesøster oppmuntra og støtta kvinna på det valet som vert gjort, og vera medverkande til at kvinna får ei god oppleving i kvardagen (jf. pkt.2.3.2).

6.4.7 Samanheng mellom EPDS skåre etter fødsel og forhøga EPDS ≥ 10 under svangerskap

Dei kvinnene som hadde forhøga EPDS ≥ 10 under svangerskapet hadde ein signifikant høgare gjennomsnittskåre på EPDS også etter fødsel ($p=0,03$) (jf. tab. 5.10). Dette er eit funn det er viktig å vera merksam på, både i svangerskapsomsorga og helsestasjonsverksemda. Det betyr at dei som har ein forhøga EPDS skåre under svangerskapet med stor sannsynlegheit også vil ha ein høgare EPDS skåre etter fødsel. Dette funnet samsvarar også med ei anna norsk undersøking (Eberhard-Gran et al., 2004).

6.5 Samanheng mellom demografiske og kliniske variablar og EPDS skåre under svangerskap og etter fødsel undersøkt ved hjelp av korrelasjonsanalysar

I tabell 5.11 er det gjort korrelasjonsanalysar, der ein for kvar av variablane (bortsett frå kjønn) sette moglege risikofaktorar for forhøga EPDS skåre som referansekategori.

I høve til EPDS skåre *under svangerskap* og alder var det ein liten negativ samanheng mellom EPDS skåre og ung alder hjå mor (≤ 25 år) (jf. tab. 5.11). Det tyder at EPDS skåre under svangerskap vert noko lågare med aukande alder. Det viste så godt som ingen samanheng mellom EPDS skåre under svangerskap i høve til om kvinna var førstegongsfødande eller einsleg.

I høve til EPDS skåre *etter fødsel* og forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap var det ein liten samanheng (jf. tab. 5.11) med Pearson r på $-0,29$. Dette betyr at kvinnene som har forhøga EPDS skåre under svangerskap også vil ha ein tendens til å skåra høgare på EPDS etter fødsel. Helsesøster bør difor vera merksam på kvinner som har skåra forhøga på EPDS under svangerskap.

Vidare synte korrelasjonsanalysane ein liten negativ samanheng ($r=-0,26$) mellom EPDS skåre etter fødsel og operativ forløyising. Dette tyder at kvinnene som hadde operativ forløyising oftare hadde ein høgare EPDS skåre etter fødsel samanlikna med dei som fødte spontant vaginalt. Det er ikkje uventa at dei som har hatt ein komplisert fødsel ser ut til å skåra høgare på EPDS (O'Hara & Swain, 1996; Sword et al., 2011). Dette er også ei gruppe kvinner som kan trengja særskild oppfølging på helsestasjonskontrollane.

Når det gjeld førstegongsfødande var Pearson $r = 0,27$, noko som tyder at dei hadde ein høgare EPDS skåre etter fødsel enn fleirgongsfødande. Dette kan tenkjast å ha samanheng med at førstegongsfødande kan vera meir usikre og sårbare etter fødselen (Munk-Olsen et al., 2006). Dei som har født tidlegare veit meir om kva barselperioden handlar om, noko som kan forklara at dei skåra lågare på EPDS.

Det å ikkje amma ved utskrivning ($r=-0,26$) og ved 6 veker ($r=-0,19$) var negativt korrelert med EPDS skåre etter fødsel. Det tyder at dei som ikkje amma i større grad hadde ein høgare EPDS skåre etter fødsel samanlikna med dei som amma. Forklaringane til dette kan vera ulike. Det kan henda at kvinnene som hadde depressive plager frå før, valde ikkje å amma. Ei anna moglegheit kan vera at dei som ikkje fekk til å amma, vart nedstemte av den grunn – og dermed skåra høgare på EPDS.

Korrelasjonsanalysar vert brukte til å undersøkje samanhengar mellom variablar.

Regresjonsanalysar er ein meir avansert måte å studera slike samanhengar på. Den vidare drøftinga av dei statistiske samanhengane mellom variablane i denne studien vert difor gjort i samband med drøftinga av multippel lineær regresjon nedanfor.

Forskingsspørsmål VII:

Kva for nokre av dei uavhengige variablane – paritet, sivilstand, forløyingsmåte, svangerskapsvarigheit, fødselsvekt, førekomst av amming, mor sin alder, Apgar skåre og forhøga EPDS (≥ 10) under svangerskapet - forklarar mest av variansen i EPDS?

6.6 Forklaring av variansen i EPDS skåre etter fødsel i høve til uavhengige variablar

Multippel lineær regresjonsanalyse i høve til EPDS skåre *under svangerskap* og dei uavhengige variablane førstegongsfødande, sivilstand og alder gav ingen signifikante funn. Dette kan skuldast at det er andre viktige uavhengige variablar som kan forklara variansen i EPDS skåre under svangerskapet, men som ikkje vart registrerte i denne studien. Døme på slike variablar kan vera depresjon eller angst tidlegare i livet (før svangerskapet), problematisk forhold til partner, uønska svangerskap, tidlegare overgrep og økonomiske vanskar (jf. pkt. 2.5.3).

Når det gjeld EPDS skåre *etter fødsel*, hadde ein registrert fleire uavhengige variablar. Etter anbefaling i Altman (jf. pkt. 4.5.7) er antal uavhengige variablar i denne studien med 59 inkluderte kvinner avgrensa til 8. Det vart gjort eit utval på 8 relevante variablar som kunne tenkjast å ha innverknad på EPDS skåre etter fødsel. Den multiple lineære regresjonsanalysen omfatta den kontinuerlege, avhengige variabelen EPDS skåre etter fødsel og dei følgjande uavhengige dikotome variablane, der moglege risikofaktorar vart sett opp som

referansekategoriari: førstegongsfødande kvinne, operativ forløyising (keisarsnitt, vakum eller tang), for tidleg fødsel (≤ 37 veker), låg fødselsvekt (< 2500 gr), mor som ikkje ammar ved 6 veker, ung alder (≤ 25 år), Apgar skåre ≤ 7 etter 1 min. og forhøga EPDS skåre ≥ 10 under svangerskap (jf. tab. 5.12). Adjusted R Square viste at 23,3% av variansen i EPDS etter fødsel var forklara av desse 8 uavhengige variablane ($p=0.006$).

Ved hjelp av den multiple lineære regresjonsanalysen vart det rekna ut ein Beta-verdi som kan brukast til å samanlikna bidraget frå kvar enkelt av dei uavhengige variablane (jf. tab. 5.12). Variablane med høgaste Betaverdi var førstegongsgravid (Beta -0,42), forhøga EPDS skåre under svangerskap (-0,36) og operativ forløyising (-0,28), noko som tyder at desse tre variablane bidrog mest til å forklara den avhengige variabelen EPDS skåre etter fødsel. I tabell 5.12 ser ein og at kvar av desse 3 variablane hadde eit statistisk signifikant bidrag til å forklara EPDS skåre etter fødsel, med ein p-verdi som er mindre enn 0,05. På same måte fann ein at 95% konfidensintervall for B ikkje inkluderte 0 (null) for desse tre variablane (jf. tab. 5.12).

Ved hjelp av multippel lineær regresjonen kan ein samstundes korrigerer for dei andre variablane i modellen. Det å ha ei forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap, vera førstegongsfødande, eller å ha ei operativ forløyising var assosiert med ein signifikant høgare EPDS skåre etter fødsel. Det er viktig å understreka at dette berre var ein assosiasjon, og ikkje seier noko om årsak-verknad. Ein kan altså ikkje ut ifrå den multiple lineære regresjonsanalysen seia at årsaka til høgare EPDS skåre etter fødsel var til dømes operativ forløyising. Det tyder likevel ikkje at det ikkje *kan* vera ei årsakssamanheng.

Funna tyder at ein som jordmor og helsesøster må være særskilte merksame på nybakte mødrer som anten er førstegongsfødande, operativt forløyste eller hadde ei forhøga EPDS skåre under svangerskapet. Det same gjeld dei kvinnene som har født barn med låg fødselsvekt, sjølv om den auka EPDS skåren ikkje var signifikant ($p=0,08$) i denne studien. Desse funna er i samsvar med tidlegare forskning (Eberhard-Gran et al., 2002; O'Hara & Swain, 1996; Munk-Olsen et al., Peacock et al., 1995).

Det at ein har signifikante funn i eit avgrensa materiale med 59 kvinner, kan tyde på at desse tre forklaringsvariablane kan vera viktige også i ein annan populasjon med nybakte mødrer. Sjølv om ein alltid skal vere varsam med å generalisera, er det mogleg at eit større utval

kvinner kunne gjeve fleire signifikante funn i multippel regresjonsanalyse – der ein i denne studien berre har funne trendar. Det gjeld til dømes kvinner som har født born med låg fødselsvekt, der det var eit nær-signifikant funn.

Forskingsspørsmål VIII:

Er det forskjell på EPDS skåre mellom dei kvinnene som svarte på skjemaet både under svangerskap og etter fødsel i høve til dei kvinnene som svarte på skjemaet anten berre under svangerskap eller etter fødsel?

6.7 Forskjell på EPDS skåre mellom inkluderte og ekskluderte kvinner

Datamaterialet som inneheld kartlegging av alle 101 kvinnene som hadde svart på EPDS ein eller to gonger (jf. tab. 5.13), viser ein signifikant ($p=0.01$) høgare EPDS skåre hjå dei som berre hadde svart under svangerskapet (9,3) i høve til dei som hadde svart begge gongene (4,7). Ein må her vera merksam på at utvalet for dei som berre hadde svart på EPDS under svangerskapet var svært lite, $n=7$.

Ein kan undra seg over kvifor dei 7 kvinnene som svarte på EPDS under svangerskapet ikkje gjorde det etter fødselen, og om dette var ei gruppe som ville skåra høgt på EPDS også etter fødselen. Funn i denne studien tyder på at det er sannsynleg at desse kvinnene ville hatt ein relativt høg EPDS skåre, også etter fødsel (jf. tab. 5.12). Det er mogeleg at nokre av desse 7 kvinnene ikkje ønskte å fylla ut EPDS-skjema på nytt, fordi dei hadde skåra såpass høgt under svangerskapet. Det kan og henda nokre av dei allereie var under behandling, og at helsesøster av den grunn valde ikkje å dela ut skjemaet.

Dei 59 som hadde svart på skjema både under svangerskapet og etter fødselen skårar litt lågare på EPDS i høve til dei 35 som berre hadde svart etter fødselen (jf. tab. 5.13). Kanskje kan det å fylla ut EPDS skjema under svangerskap få kvinna til å reflektera over situasjonen sin, og få hjelp om det trengs eller få bekrefting på at hennar reaksjonar er vanlege og normale (Glavin et al., 2010b). Bortfallsanalysen viser at ein må vera særmerksam på dei gravide som har høg EPDS skåre under svangerskap, også om dei ikkje fyller ut EPDS i samband med helsestasjonskontrollen etter fødselen.

7. KONKLUSJON

Ein del kvinner opplever depresjon i samband med svangerskap og barseltid. Denne studien omfatta 59 kvinner som fylte ut EPDS både før og etter fødsel. Gjennomsnittskåre på EPDS var 4,7 under svangerskap og 3,9 etter fødsel. 10,2% av kvinnene hadde ein forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap, medan 5,1% hadde ein forhøga skåre etter fødsel.

Studien viste at det var ein samanheng mellom depresjon under svangerskap og etter fødsel. Det var tre risikogrupper som peikte seg ut. Dei som hadde forhøga EPDS under svangerskap, var førstegongsfødande eller hadde hatt operativ forløyising, hadde signifikant høgare førekomst av depressive symptom etter fødsel. Også dei som ikkje amma, hadde auka depressive symptom, dette funnet var nær-signifikant.

4 av 6 kvinner med forhøga EPDS skåre (≥ 10) under svangerskap hadde ein betydeleg reduksjon (8-10 poeng) i skåre etter fødsel. Dette kan tyda på tiltak som er sette i verk ovafor gravide kvinner har gjeve godt resultat. Ein anbefalar at kommunen held fram med EPDS screening både under svangerskap og etter fødsel. Dei som skal gjennomføra screeninga må få god opplæring og kontinuerleg vegleiing i høve til bruk av EPDS.

8. PRAKTISKE IMPLIKASJONAR OG VIDARE FORSKING

Som del av Modellkommuneforsøket, er kartlegging med EPDS både under svangerskap og etter fødsel innført i vår kommune. EPDS er eit verktøy til å identifisera kvinner som er deprimerte i samband med svangerskap og fødsel, og kan brukast for å finna desse kvinnene på eit tidleg tidspunkt. Innføring av EPDS kan dermed medverka til ei betring av svangerskaps- og barselsomsorga, og såleis vera ein del av kvalitetssikringsarbeidet i kommunen. Kommunen må ha ein plan for oppfølging som omfattar både kvinna og barnet. Målet med denne oppfølginga må vera at deprimerte gravide og nybakte mødrer kan oppleva meistring i kvardagen, og vera i stand til å gi barnet god omsorg.

Ein av føresetnadene for å innføra bruk av EPDS, er at dei kvinnene som treng det skal få tilbod om oppfølgingssamtalar. Det er lagt vekt på at desse samtalanene skal vera støttesamtalar, som går ut på å lytta til kvinna i større grad enn å gi råd (Wickberg & Hwang 1996). Det er viktig at dei kvinnene som har trong for det, uavhengig av EPDS skåre, får tilbod om støttesamtalar. Slik kan jordmor og helsesøster vera gode støttespelarar. Ein annan føresetnad for bruk av EPDS er at dei som skal gjennomføra støttesamtalanene har fått god opplæring, og har regelbunden tilgong på vegleing. Vidare må det vera eit godt samarbeid mellom jordmor- og helsesøstertenesta, kommunal psykisk helse, fastlegane og spesialisthelsetenesta. Samhandlingsreforma legg mellom anna vekt på tidleg innsats, godt samarbeid og å flytta tenestene nærare der folk bur (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). I vår kommune er det faste møte mellom jordmor- og helsesøstertenesta og fastlegane. Fellesmøte på systemnivå bidreg til at deltakarar frå ulike etatar vert kjende med kvarandre, og det kan minska terskelen for å ta kontakt. Om nokre av kvinnene treng vidare oppfølging ut over støttesamtalar, må ho tilvisast vidare.

Det er anbefalt at utfyllinga av EPDS skal gå føre seg ved kontroll hjå jordmor og helsesøster. Ein av grunnane til dette er at utfyllinga av skjemaet skal etterfølgjast av ein samtale. Det er likevel ikkje alltid tilhøva er lagt så godt til rette for utfylling av skjema eller samtale etterpå. Det kan ha samanheng med både travelheit hjå helsepersonellet, og kor mange personar kvinna eventuelt har med til kontrollane. Ein kan vurdere om det er andre måtar å administrera dette på. Det går an å senda EPDS skjema heim til kvinna, eller dela det ut i

samband med heimebesøk etter fødselen. Slik kan kvinna fylla det ut i fred og ro heime. På denne måten er det mogeleg at ein får ærlegare svar, men det er også ein større sjanse for at det ikkje vert fylt ut.

Tilbod om støttesamtalar er alt innført i kommunen. Med ujamne mellomrom har det vore tilbod om foreldreførebuaende kurs for dei som er gravide. Det kan tenkjast at gravide med depressive symptom kunne hatt nytte av å treffast i gruppe. I vår kommune er det ein forelderrettleiar tilknytta helsestasjonsverksemda, og det kan bli knytta kontakt mellom dei gravide og forelderrettleiar allereie før fødselen. Det bør også vera eit godt samarbeid mellom kommunen og sjukehusa der kvinna skal føda. I dag er det mogeleg for alle gravide å få komma på vitjing til fødeavdelinga der dei skal føda. Ein bør vurderer om fødeavdelinga skal få særskild beskjed om gravide som har ein høg EPDS skåre under svangerskapet, då dette kanskje kan ha noko å seia for fødselsforløpet. Dette vil i såfall krevja samtykke frå kvinna.

Dei fleste kvinnene reiser tidleg heim frå sjukehuset etter fødselen, ofte før amminga er etablert. Denne studien synte at kvinner med forhøga EPDS under svangerskapet, førstegongsfødande og dei med operativ forløyising hadde høgare grad av depressive symptom etter fødselen. Dette gjaldt også - om enn i noko mindre grad - kvinnene som ikkje amma eller som hadde fått barn med låg fødselsvekt. Ei utfordring kan vera at det kan gå lang tid frå kvinna er kommen heim frå sjukehuset til kommunehelsetenesta får tilsendt fødselsmelding. Det er viktig med god kommunikasjon mellom fødeavdeling og kommunehelsetenesta på eit tidleg tidspunkt etter fødsel. Slik kan jordmor og helsesøster få informasjon og vera ekstra merksame om nokon av kvinnene kjem inn under dei nemnde risikogrupperne.

Vidare er det også heilt nødvendig med tett samarbeid mellom jordmor/helsesøster som har vore på heimebesøk til kvinna, og helsesøster som skal ha den vidare oppfølginga på helsestasjonen. Kommunen har tilbod om forelderrettleiing der det vert lagt særleg vekt på tilknytning mellom foreldre og born. Babysong er eit ope tilbod i kyrkjeleg regi til alle med born under 1 år i vår kommune. Dette er ein fin måte å fremja godt samspel med det nyfødde barnet sitt. I tillegg er babysong også ei unik mogelegheit til god kontakt med andre foreldre. Å meistra kvardagen handlar ikkje berre om ressursar, men også om sosial kapital. Relasjonar kan vera ein slik sosial kapital (Heggen, 2007). Å leggja til rette for at mødrer kan få gode

relasjonar med andre, er difor ei sær viktig oppgåve for det førebyggjande arbeidet i helsestasjonsverksemda.

Framandkulturelle kvinner var ikkje med i denne studien, men forskning syner at dei kan vera i risikogruppe for depresjon under svangerskap og etter fødsel (Collins et al., 2011). Kvinnene og borna deira har krav på same tilbod og oppfølging frå helsetenesta som dei andre innbyggjarane i kommunen. I samband med svangerskap og barseltid må jordmor og helsesøster vera merksame på at framandkulturelle kvinner kan vera ei ekstra sårbar gruppe. Det er difor viktig at desse kvinnene vert oppmuntra til å delta i grupper som til dømes småbarnstreff og babysong.

I framtidig forskning innan depresjon blant gravide og barselkvinner kan det vera aktuelt å fylgja ei større gruppe kvinner med gjentekne målingar over lengre tid. Ettersom denne studien fann ein høgare førekomst av depressive symptom under svangerskapet – samanlikna med etter fødsel – kunne ein inkludera kvinner allereie ei tid innan dei vert gravide. I eit større forskingsprosjekt bør ein registrera fleire moglege forklaringsvariablar, som til dømes tidlegare depresjon, anna sjukdom, livskriser, relasjon til partner, bruk av rusmidlar, utdanning og arbeid. For å undersøka korleis meistring kan verka inn på depresjon blant gravide og nybakte mødrer, kan ein vurdere å bruka spørjeskjemaet Sense of Coherence Questionnaire. Ein kunne også planlagt ein intervensjonsstudie, der ei gruppe gravide/barselkvinner fekk ei spesiell målretta og tett oppfølging – som så kunne samanliknast med ei kontrollgruppe.

9. REFERANSAR

Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., Hofoss, D. & Eskild, A. (2011). Maternal emotional distress in pregnancy and delivery of small-for-gestational age infant. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 1267-73.

Adewuya, A.O., Ola, B.A., Dada, A.O. & Fasoto, O.O. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 267-272.

Akincigil, A., Munch, S. & Niemczyk, K.C. (2010). Predictors of Maternal Depression in the First Year Postpartum: Marital Status and Mediating Role of Relationship Quality. *Social Work in Health Care*, 49, 227-244.

Altman, D.G. (1997). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.

Andersson, H.W., Ose, S.O. & Nordvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. Oslo: SINTEF Helse.

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M. & Bixo, M. (2004). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 159, 872-881.

Anker-Rasch, C. (2005). *Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem? En intervjustudie av helsesøstres opplevelser på helsestasjoner i Oslo*. Master of Public Health, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.

Beck, C.T. (2001): Predictors of Postpartum Depression. An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.

- Ben-Shlomo, Y. & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31, 285-293.
- Bergsjø, P. (2006): Risiko uten frykt (4.utg.). I: Bergsjø, P., Heiberg, M., Telje, J. & Thesen, J. (Red.), *Svangerskapsomsorg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergsjø, P. (2006b): Svangerskapets varighet og tidfesting (4.utg.). I: Bergsjø, P., Heiberg, M., Telje, J. & Thesen, J. (Red.), *Svangerskapsomsorg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergsjø, P., Maltau, J.M., Molne, K. & Nesheim, B.I. (Red.) (2011). *Obstetikk og gynekologi* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Berle, J.Ø., Aarre, T.F., Mykletun, A., Dahl, A.A. & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151-156.
- Berle, J.Ø., Mykletun, A., Daltveit, A.K., Rasmussen, S., Holsten, F. & Dahl, A.A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 8, 181-189.
- Bilszta, J.L.C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. & Buist, A. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 56-65.
- Bilszta, J.L., Gu, Y.Z., Meuer, D. & Buist, A. (2008). A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 32(5), 424-30.
- Blegen, N.E., Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. (2010). Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nursing and Health Sciences*, 12, 519-528.

Blom, E. A., Jansen, P.W., Verhulst, F.C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V.W.V., et al. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*, *117*, 1390-1398.

Bowlby, J. (1988). Developmental Psychiatry Comes of Age. *Am J Psychiatry* *145*, 1-10.

Brandon, A. R., Trivedi, M.H., Hynan, L.S., Miltenberger, P.D., Labat, D.B., Rifkin, J.B., et al. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 635-643.

Brodén, M.B. (1991). *Mor og barn i ingenmandsland. Intervention i spædbarnsperioden*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter. En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Brown, S. & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *107*, 1194-1201.

Brudal, L.F. (1980). *Å få barn. Fødselspsykologi for foreldre*. Oslo: Aschehoug.

Brudal, L.F. (1983). *Fødselens psykologi. Lærebok i forebyggende arbeid*. Oslo: Aschehoug.

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

Bufetat. (2009). *Modellkommuneforsøket*. Henta frå <http://www.bufetat.no/tidligere-konferanser/modellkommune/>

Bufetat. (2010). *Opplæringspakken*. Henta frå <http://www.bufetat.no/tidligere-konferanser/modellkommuneseminar-2011/>

- Buist, A., Condon, J., Brooks, J., Speelman, C., Milgrom, J., Hayes, B., et al. (2006). Acceptability of routine screening for perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *93*, 233-237.
- Campbell, S.P., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.J., Mohan, R. & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, *16*, 231-252.
- Chung, T.K.H., Lau, T.K., Yip, A.S.K., Chui, H.F.K. & Lee, D.T.S. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 830-834.
- Cohen, J.W. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, C.H., Zimmerman, C. & Howard, L.M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*, *14*, 3-11.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, *166*(2), 191-5.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*, *316*, 1884-1889.
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786.
- Cox, J.L., Connor, Y. & Kendell, R.E. (1982). Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. *British Journal of Psychiatry*, *140*, 111-117.
- Cox, J.L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A Controlled Study for the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 27-31.

D'Amelio, R., Rauccio, V., Melluso, J., Feraudo, E., Grande, S. Dettori, C., et al. (2006). Is it possible to predict postnatal depression? Research into the origin of blues and depression. The role of the gynaecologist. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 3, 151-153.

Dennis, C.-L. & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systemic review. *Pediatrics*, 123, 736-751.

Denscombe, M. (2010). *Ground Rules for Social Research. Guidelines for Good Practice* (2. edition). England: Open University Press.

Dhillon, N. & Macarthur, C. (2010). Antenatal depression and male gender preference in Asian women in the UK. *Midwifery*, 26(3), 286-93.

Dørheim, S.K., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M. & Bjorvatn, B. (2009a). Subjective and objective sleep among depressed and non-depressed postnatal women. *Acta Psychiatr Scand*, 119, 128-136.

Dørheim, S.K., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M. & Bjorvatn, B. (2009b). Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based study. *SLEEP*, 32(7), 847-855.

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

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

Eberhard-Gran, M. (2003). *Depression in women with focus on the postpartum period*. Dissertation for the Degree of Dr. Med., Faculty of medicine, University of Oslo.

Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A. & Eskild, A. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 15-21.

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

Elder, G.H., Johnson, M.K. & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. I: Mortimer, J.T. & Shanahan, M.J.: *Handbook of the Life Course*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Erikson, E.H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-260.

Folkehelseinstituttet. (2008). *Depresjon – faktaark*. Henta frå http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:41924::1:5647:14:::0:0

Folkehelseinstituttet. (2009). Rapport 2009:6. *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.

Folkehelseinstituttet. (2011). Rapport 2011:2. *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.

Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

Førde, R. og Smith, E.C. (2006). *Svangerskapet som livsfase* (4.utg.). I: Bergsjø, P., Heiberg, M., Telje, J. og Thesen, J. (Red.), *Svangerskapsomsorg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

George, L. (2003). What Life-Course Perspectives Offer the Study of Aging and Health. I: Settersten, R.A.(Ed.), *Invitation to the Life Course: Toward New Understanding of Later Life*. New York: Baywood Publishing Company.

Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax Forlag AS.

- Glavin, K., Smith, L. & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*, 23, 705-710.
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R & Ellefsen, B. (2010a). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051-3062.
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R. & Ellefsen, B. (2010b). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1317-1327.
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harpham, T., Huttly, S., De Silva, M.J. & Abramsky, T. (2005). Maternal health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*, 59, 1060-1064.
- Harris, B. (1994). Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. *British Journal of Psychiatry*, 164, 288-292.
- Haugen, I.E. (1998). *Svangerskap, fødsel og barseltid* (6.utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hearn, G., Iliff, A., Jones, I., Kirby, A, Ormiston, P., Parr, P., et al. (1998). Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice*, 48, 1064-1066.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: Ekeland, T.J. & Heggen, K. (Red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitet i Oslo (2008). *Spedkost 6 måneder. Landsomfattende undersøkelse blant 6 måneder gamle barn*. Helsedirektoratet, IS-1535.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1982). *Lov av 19. nov. 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]*. ISBN 82-504-1395-4.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. 2003.04.03 nr 0450.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Samhandlingsreformen*.

Henriksen, T. (2010). *I mors liv. Svangerskap, fosterliv og helse*. Cappelen Damm AS.

Hiltunen, P., Jokelainen, J., Ebeling, H., Szajnberg, N. & Moilanen, I. (2004). Seasonal variation in postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 78, 111-118.

Hipwell, A.E., Murray, L., Ducournau, P. & Stein, A. (2005). The effects of maternal depression and parental conflict on children's peer play. *Child: Care, Health & Development*, 31(1), 11-23.

Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4, 18-27.

Holden, C. (2005). Sex and the suffering brain. *Science* 308, 1574-1577.

Holsen, I. (2009). Depressive symptomer i ungdomstiden. I: Klepp, K.I. & Aarø, L.E. (Red), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ho-Yen, S.K.D., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M. & Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 291-297.

Høgskolen i Bergen. (2011). *Fagplan, jordmorutdanninga*.

Jacobsen, G., Schei, B. & Hoffman, H.J. (1997). Psychosocial factors and small-for-gestational-age infants among parous Scandinavian women. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 76(165), 14-18.

- Johanson, R., Chapman, G., Murray, L. et al (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 93-97.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 251-255.
- Kelly, R., Danielson, B., Zatzick, D., Haan, M.N., Anders, T.F., Gilbert, W.M et al. (1999). Chart-Recorded Psychiatric Diagnoses in Women Giving Birth in California in 1992. *American Journal of Psychiatry*, 156, 955-957.
- Kendall-Tackett, K.A. (2007). Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Trauma, Violence & Abuse*, 8, 344-353.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kringeland, T., Daltveit, A.K. & Møller, A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 364-371.
- Kringlen, E. (2011). *Psykisatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in child-bearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lagerberg, D., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2011). Drawing the line in the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a vital decision. *Int J Adolesc Med Health*, 23(1), 27-32.

Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B., Nortvedt, M.W., Kristoffersen, K. & Waki, A.K. (2006). The effect of salutogenetic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62, 212-219.

Langeland, E., Wahl, A.K., Kristoffersen, K., Nortvedt, M. & Hanestad, B.R. (2007a). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Qual Life Res*, 16, 939-946.

Langeland, E. (2007b). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Dissertation for the degree doctor rerum politicarum, University of Bergen.

Leenderts, T.A. (1997). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Li, D., Liu, L. & Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(I), 146-153.

Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippaloo, P., Puura, K., Salmelin, R. et al. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40, 1367-1374.

Magnusson, M., Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2011). How can we identify vulnerable mothers who do not reach the cut off 12 points in EPDS? *Journal of Child Health Care*, 15(1), 39-49.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J. & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64, 175-184.

- McFarland, J., Salisbury, A.L., Battle, C.L., Hawes, K., Halloran, K. & Lester, B.M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health*, 14, 423-434.
- McGill, H., Burrows, V.L., Holland, L.A., Langer, H.J. & Sweet, M.A. (1995). Postnatal depression: a Christchurch study. *N Z Med J*, 108(999), 162-165.
- Minkovitz, C.S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K.B. et al. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 115(2), 306-14.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O. & Mortensen, P.B. (2006). New Parents and Mental Disorders – A Population-Based Register Study. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 296, 2582-2589.
- Myklebust, J.O. (2007). Lange linjer. Livsløpsperspektiv på helse og velferd. I: Ekeland, T.J. & Heggen, K. (Red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nielsen, G.H. (1997). Psykiske lidelser. I: Nielsen, G.H. & Raaheim, K. (Red), *En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Nishioka; E., Haruna, M., Ota, E., Matzusaki, M., Murayama, R., Yoshimura, K. et al. (2011). A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 133, 553-559.
- Norges Offentlige Utredning. (1984). *Perinatal omsorg i Norge, helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*. NOU:17.

O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski, E.M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.

O'Hara, M.W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risks of postpartum depression-a meta-analyses. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillips, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.

Olsson, G. (2006). *Depresjoner i tenårene – ung, trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget.

Ossa, X., Bustos, L. & Fernandez, L. (2011). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2011.08.015.

Patel, V., Rodrigues, M. & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 159(1), 43-47.

Patel, V., Rahman, A., Jacob, K.S. & Hughes, M. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328, 820-823.

Paykel, E. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 158, 22-29.

Peacock, J.L., Bland, J.M., & Anderson, H.R. (1995). Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol and caffeine. *BMJ*, 311, 531-535.

Perry, D.F., Ettinger, A.K., Mendelson, T. & Le, H.N. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behav Dev*, 34(2), 339-50.

Petrosyan, D., Armenian, H.K & Arzoumanian, K. (2011). Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *Journal of Affective Disorders, 135*, 77-81.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization* (6 th edition). Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practise* (8 th edition). Lippincott Williams & Wilkins.

Radtke, K.M., Ruf, M., Gunter, H.M., Dohrmann, K., Schauer, M., Meyer, A. et al. (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Translational Psychiatry 1*, e21; doi:10.1038/tp.2011.21.

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A. & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry, 65*(6), 414-418.

Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Arch Womens Ment Health, 12*, 269-279.

Sekizuka, N., Nakamura, H., Shimada, K., Tabuchi, N., Kameda, Y & Sakai, A. (2006). Relationship between Sence of Coherence in Final stage of Pregnancy and Postpartum Stress Reactions. *Environmental Health and Preventive Medicine, 11*, 199-205.

Sit, D., Seltman, H. & Wisner, K.L. (2011). Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depression and Anxiety, 28*, 400-405.

Sjöström, H., Langius-Eklöf, A. & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand, 83*, 1112-1118.

Skog, O.J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming. Revidert og utvidet utgave.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring.* (IS-1019). Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonale Faglige Retningslinjer. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen.* (IS-1179).

Spinelli, M.G. (1997). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Antepartum Women: A Pilot Study. *Am J Psychiatry*, 154, 1028-1030.

Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway (2010). *Kommunehelsetenesta. 8 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetenesta. 2002-2009.* Henta frå <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2010-07-08-08.html>

Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway (2011). *Statistikkbanken.* Henta frå http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08350

Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway (2011). *Befolkningsstatistikk.* Henta frå <http://www.ssb.no/fodte/>

Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway (2011). *Levende fødte etter svangerskapslengde.* Henta frå http://www.ssb.no/emner/03/00/nos_helsestat/nos_c705/tab/1.4.html

Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D. et al. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*, 118, 966-977.

Sylvén, S., Papadopoulos, F.C., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I. & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health*, 14, 195-201.

Sørbo, J.I. (2007). Reparasjon eller kommunikasjon? Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. I: Ekeland, T.J. & Heggen, K. (Red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Tiedje, L.B. (2003). Psychosocial Pathways to Prematurity: Changing our thinking toward a lifecourse and community approach. *JOGNN*, 32, 650-658.

Tranøy, K.E. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vangen, S., Nordhagen, R. & Lie, K.K. (2005). Gjensyn med Forsdahl-Baker-hypotesen. *Tidsskr Nor Lægeforening*, 125(4), 451-453.

Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C-L. & Ross, L.E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, 117, 540-550.

Wahl, A.K. & Hanestad, B.R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wan, M.W. & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Arch Womens Ment Health*, 12, 123-134.

Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D. & Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, 118, 214-21.

Weyde, R.M.V. (2009). *Den salutogenetiske modell. Mestring, livskvalitet og sammenheng i familier med funksjonshemmede barn*. Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

WHO (2010). *Mental health: strengthening our response*. Henta frå
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

WHO (1986). *Ottawa-charteret*. Henta frå
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Henta frå
http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf 1946, New York.

Wickberg, B. & Hwang, P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209-216.

Xie, R.-h., He, G., Liu, A., Bradwejn, J., Walker, M. & Wen, S.W. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Social Science & Medicine*, 65, 680-684.

Yozwiak, J.A. (2010). Mental Health Corner. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23, 172-178.

Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H. & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol*, 160, 1107-11.

Aase, T.H. og Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

10.VEDLEGG

- Vedlegg 1 EPDS skjema
- Vedlegg 2 Samtykkeskjema
- Vedlegg 3 Brosjyre
- Vedlegg 4 Poeng skåre for EPDS
- Vedlegg 5 Brev frå NSD
- Vedlegg 6 Brev frå Modellkommuneforsøket

Før fødsel

Svangerskapsveke:.....

Skjema nr.....

Edinburgh Postnatal Depression Scale*(J. Cox 1989, M. Eberhard-Gran 2001)*

1. **Har du dei siste 7 dagane kunne le og sjå det komiske i ein situasjon?**
 - Like mykje som vanleg
 - Ikkje rett så mykje som eg pleier
 - Klart mindre enn eg pleier
 - Ikkje i det heile tatt
2. **Har du dei siste 7 dagane gleda deg til ting som skulle skje?**
 - Like mykje som vanleg
 - Noko mindre enn eg pleier
 - Klart mindre enn eg pleier
 - Nesten ikkje i det heile tatt
3. **Har du dei siste 7 dagane bebreida deg sjølv utan grunn når noko gjekk gale?**
 - Ja, nesten heile tida
 - Ja, av og til
 - Ikkje særleg ofte
 - Nei, aldri
4. **Har du dei siste 7 dagane vore nervøs eller bekymra utan grunn?**
 - Nei, slett ikkje
 - Nesten aldri
 - Ja, stundom
 - Ja, veldig ofte
5. **Har du dei siste 7 dagane vore redd eller fått panikk utan grunn?**
 - Ja, svært ofte
 - Ja, nokre gonger
 - Sjeldan
 - Nei, aldri
6. **Har du dei siste 7 dagane følt at det har blitt for mykje for deg?**
 - Ja, eg har stort sett ikkje fungert i det heile tatt
 - Ja, stundom har eg ikkje klart å fungera som eg pleier
 - Nei, for det meste har eg klart meg bra
 - Nei, eg har klart meg like bra som vanleg
7. **Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har hatt vanskar med å sova?**
 - Ja, for det meste
 - Ja, stundom
 - Ikkje særleg ofte
 - Nei, ikkje i det heile tatt
8. **Har du dei siste 7 dagane følt deg nedfor eller ulykkeleg?**
 - Ja, det meste av tida
 - Ja, ganske ofte
 - Ikkje særleg ofte
 - Nei, ikkje i det heile tatt
9. **Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har gråte?**
 - Ja, nesten heile tida
 - Ja, veldig ofte
 - Ja, det har skjedd stundom
 - Nei, aldri
10. **Har tanken på å skada deg sjølv streifa deg dei siste 7 dagane?**
 - Ja, nokså ofte
 - Ja, av og til
 - Ja, så vidt
 - Aldri

Edinburgh Postnatal Depression Scale

(J. Cox 1989, M. Eberhard-Gran 2001)

1. Har du dei siste 7 dagane kunne le og sjå det komiske i ein situasjon?
 Like mykje som vanleg
 Ikkje rett så mykje som eg pleier
 Klart mindre enn eg pleier
 Ikkje i det heile tatt
2. Har du dei siste 7 dagane gleda deg til ting som skulle skje?
 Like mykje som vanleg
 Noko mindre enn eg pleier
 Klart mindre enn eg pleier
 Nesten ikkje i det heile tatt
3. Har du dei siste 7 dagane bebreida deg sjølv utan grunn når noko gjekk gale?
 Ja, nesten heile tida
 Ja, av og til
 Ikkje særleg ofte
 Nei, aldri
4. Har du dei siste 7 dagane vore nervøs eller bekymra utan grunn?
 Nei, slett ikkje
 Nesten aldri
 Ja, stundom
 Ja, veldig ofte
5. Har du dei siste 7 dagane vore redd eller fått panikk utan grunn?
 Ja, svært ofte
 Ja, nokre gonger
 Sjeldan
 Nei, aldri
6. Har du dei siste 7 dagane følt at det har blitt for mykje for deg?
 Ja, eg har stort sett ikkje fungert i det heile tatt
 Ja, stundom har eg ikkje klart å fungera som eg pleier
 Nei, for det meste har eg klart meg bra
 Nei, eg har klart meg like bra som vanleg
7. Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har hatt vanskar med å sova?
 Ja, for det meste
 Ja, stundom
 Ikkje særleg ofte
 Nei, ikkje i det heile tatt
8. Har du dei siste 7 dagane følt deg nedfor eller ulykkeleg?
 Ja, det meste av tida
 Ja, ganske ofte
 Ikkje særleg ofte
 Nei, ikkje i det heile tatt
9. Har du dei siste 7 dagane vore så ulykkeleg at du har gråte?
 Ja, nesten heile tida
 Ja, veldig ofte
 Ja, det har skjedd stundom
 Nei, aldri
10. Har tanken på å skada deg sjølv streifa deg dei siste 7 dagane?
 Ja, nokså ofte
 Ja, av og til
 Ja, så vidt
 Aldri

Skjema nr.....

Samtykke:

Eg samtykker til at resultatata frå EPDS skjema kan nyttast anonymt i ei kartlegging i kommune.

.....

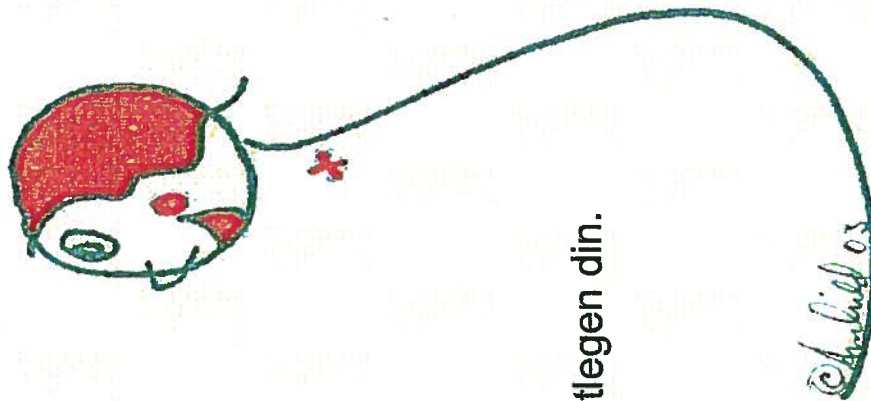
Stad/Dato

Signatur

Dersom du vil snakka med nokon om tankar du har om innhaldet i denne brosjyra, kan du kontakte jordmor eller helsesøster.

Du kan også kontakta fastlegen din.

Jordmor: helsestasjon:
helsestasjon:
helsestasjon:



"Det er ikkje alltid like fantastisk....."

Informasjon om fødselsdepresjon



kommune

Å få barn er ei stor omveltning.
Mykje endrar seg både i kroppen og i sinnet.

Det kan vera mange reaksjonar i samband med graviditet og fødsel.

Kjenslene kan svinga frå glede og lykke til redsel, fortvilning og uro.

Det nyfødde barnet treng foreldre som har overskot til å glæda seg, smila til barnet og prata med det. Men det er ikkje alle nybakte mødrer som er i stand til dette.

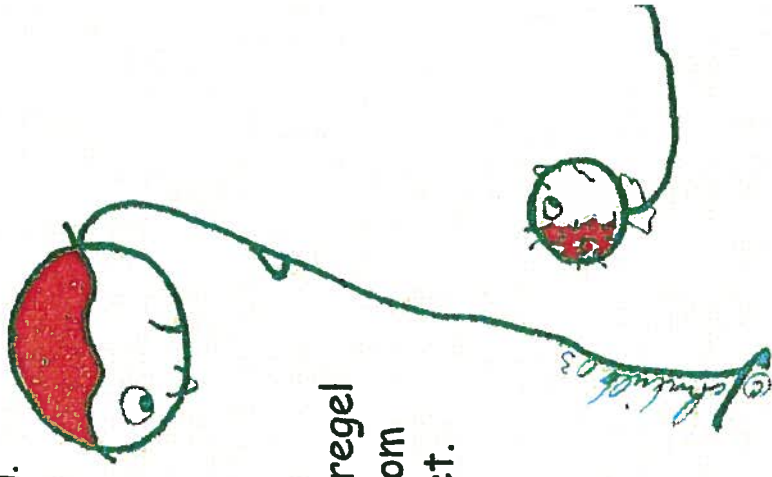
Nokre kjenner mest på angst, nedstemthet, uro, sinne eller forvirring. Andre kvinner kan få tvangstankar eller andre vanskelege kjensler.

Hjå nokre syner vanskane seg alt i svangerskapet eller like etter fødselen. Det er ikkje uvanleg å skjula vanskane i denne perioden.

Psykiske vansker i samband med fødsel og barseltid vert ofte kalla fødselsdepresjon. Mange kvinner opplever dette.

Dei får det ofte betre om dei har nokon å samtala med om dette.

Helsestasjonen gir hjelp til gravide og sped- og småbarnsforeldre når noko er vanskeleg.



Hugs at det som regel hjelper å snakka om korleis ein har det.

Jordmor, helsesøster og lege bryr seg om korleis du har det, og du kan snakka med dei om dei vanskelege tankane.

Edinburgh Postnatal Depression Scale

(J. Cox 1989, M. Eberhard-Gran 2001)

1. Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?
 - Like mye som vanlig
 - Ikke riktig så mye som jeg pleier
 - Klart mindre enn jeg pleier
 - Ikke i det hele tatt
2. Har du de siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?
 - Like mye som vanlig
 - Noe mindre enn jeg pleier
 - Klart mindre enn jeg pleier
 - Nesten ikke i det hele tatt
3. Har du de 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 de siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?
 - Nei, slett ikke
 - Nesten aldri
 - Ja, iblant
 - Ja, veldig ofte
5. Har du de siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?
 - Ja, svært ofte
 - Ja, noen ganger
 - Sjelden
 - Nei, aldri
6. Har du de 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 å fungere som jeg pleier
 - Nei, for det meste har jeg klart meg bra
 - Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig
7. Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vansker med å sove?
 - Ja, for det meste
 - Ja, iblant
 - Ikke særlig ofte
 - Nei, ikke i det hele tatt
8. Har du de siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?
 - Ja, det meste av tiden
 - Ja, ganske ofte
 - Ikke særlig ofte
 - Nei, ikke i det hele tatt
9. Har du de 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 streift deg de siste 7 dagene?
 - Ja, nokså ofte
 - Ja, av og til
 - Ja, så vidt
 - Aldri

Total score 1-10: _____

Scoring:

Spørsmål 1,2 og 4 scores 0 – 3 talt ovenfra.
De andre spørsmålene scores 3 - 0 talt ovenfra.
Summeres

Ved totalscore 10 eller høyere: trenger videre klinisk vurdering av om depresjon er tilstede.


Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

 Harald Hårfagres gate 29
 N-5007 Bergen
 Norway
 Tel: +47-55 58 21 17
 Fax: +47-55 58 96 50
 nsd@nsd.uib.no
 www.nsd.uib.no
 Org.nr. 985 321 884

 Signe Berit Bentsen
 Høgskolen Stord/Haugesund
 Postboks 5000
 5409 STORD

Vår dato: 15.03.2011

Vår ref:26269 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26269

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Depresjon i svangerskap og etter fødsel
Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder
Signe Berit Bentsen
Helga Fjæra Bondevik

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

 Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


 Bjørn Henriksen


 Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Helga Fjæra Bondevik, Hidle, 5437 FINNÅS

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26269

Formålet med prosjektet er å undersøke om barseldepresjon kan identifiseres alt i svangerskapet.

Prosjektet ble meldt inn med Høgskolen i Volda som behandlingsansvarlig institusjon. Daglig ansvarlig for prosjektet, Signe Berit Bentsen (veileder), bekrefter i e-post 08.03.2011 at behandlingsansvarlig institusjon er Høgskolen Stord/Haugesund.

Student, Helga Fjæra Bondevik, bekrefter på telefon 07.03.2011 at hun i prosjektet kun skal motta anonyme data fra kommune. kommune ved bekrefter dette i e-post sendt til personvernombudet 08.03.2011.

Personvernombudet legger på denne bakgrunn til grunn at det verken foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet omfattes dermed ikke av meldeplikten.

KOMMUNE

Stadfesting frå ... Kommune - Modellkommuneforsøket.

Det vert med dette stadfesta at ... Kommune ved Modellkommuneforsøket, gjev masterstudent ved Høgskolen Stord/Haugesund Helga Fjæra Bondevik tilgang til anonymiserte opplysningar frå EPDS-skjema, fødselsmelding og barnet sitt helsekort for perioden august 2010 til oktober 2011. Opplysningane vert gjevne i samband med masteroppgåva hennar "Depresjon i svangerskap og etter fødsel".

08.03.2011

Prosjektleiari Modellkommuneforsøket
kommune