

FÉLAGSLEGUR STUÐNINGUR VIÐ KONUR Á BARNEIGNASKEIÐI Í TENGLUM VIÐ ÞUNGLYNDIS- EINKENNI Á MEÐGÖNGU OG EFTIR FÆÐINGU

FRÆÐILEG SAMANTEKT

TINNA DANÍELSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: MARGA THOME, PRÓFESSOR

JÚNÍ 2012



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Þakkarorð

Ég vil byrja á því að þakka leiðbeinanda mínum, Mörgu Thome, fyrir góða leiðsögn og skjót og þægileg samskipti í gegnum ferlið. Þar að auki vil ég þakka unnusta mínum, Andrésí Andrésyni, fyrir þann skilning og stuðning sem hann veitti mér á álagstímum í náminu og Sunnu Mímisdóttur fyrir yfirlestur verkefnis.

Útdráttur

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að fá heildarmynd af þeim félagslega stuðningi sem konur njóta frá mismunandi stuðningsaðilum á meðgöngu og eftir fæðingu og áhrifum hans á þunglyndiseinkenni. Einnig er markmiðið að koma auga á helstu hindranir gegn því að þær sækist eftir stuðningi heilbrigðisstarfsfólks svo hægt sé að efla skimun, greiningu og meðferð þunglyndiseinkenna. Heimilda var að mestu aflað við leit í rafrænum gagnasöfnum á borð við Web of Science, PubMed og Scopus auk ábendinga um greinar frá leiðbeinanda.

Niðurstöður leiddu í ljós tengsl milli skynjunar kvenna á minni stuðningi maka og auknum líkum á þunglyndiseinkennum en vanlíðan maka er einnig algengt vandamál og er því við hæfi að hlúa að líðan beggja. Flestar konur kjósa stuðning í formi einstaklingsmeðferðar með heilbrigðisstarfsmanni en lýsa einnig þörf fyrir stuðning jafningja þegar líðan batnar. Helstu hindranir gegn því að stuðnings sé leitað eru félagsleg skömm, innflytjenda-staða, sektarkennd og neikvæð viðhorf heilbrigðisstarfsfólks og fjölskyldumeðlima.

Ályktað er að mikilvægt sé að hjúkrunarfræðingar beri kennsl á þunglyndiseinkenni snemma í barneignuferlinu til þess að hægt sé að meta gæði stuðnings og veita viðeigandi stuðning tímanlega. Áhersla á fjölskylduna alla, virðing fyrir gildum ólíkra menningarhópa og fjölbreytni meðferðarúrreða eru líkleg til þess að auka færni hjúkrunarfræðinga í að veita einstaklingshæfða meðferð.

Lykilorð: Meðgöngubunglyndi, fæðingarþunglyndi, félagslegur stuðningur, hindranir.

Abstract

The purpose of this literature review is to get a clear understanding of the social support women receive from various support persons during the perinatal period, and its effect on depressive symptoms. Its purpose is also to identify potential barriers to why women will not seek support from health care professionals. Sources were mostly gathered via online databases such as Web of Science, PubMed and Scopus as well as through teachers suggested articles.

Findings suggest a connection between women's perception of lack of partner support and an increased chance of depressive symptoms. However partners' distress is also a common finding so it is considered appropriate to care for both parents' well-being. Most women prefer health care professionals' one-on-one support, but when distress subsides they feel a need for peer support. Main barriers to seeking support are social stigma, shame and guilt, health care professionals' and family members' negative attitudes and being foreign born.

It is important for nurses to identify depressive symptoms early in the perinatal period so appropriate support can be provided. Emphasis on the family as a whole, respect for different cultural values and diverse support measures are considered likely to enhance nurses' skills in providing patient-centered care.

Keywords: prenatal depression, postnatal depression, social support, barriers.

Efnisyfirlit

Þakkarorð.....	iii
Útdráttur.....	iv
Abstract.....	v
Efnisyfirlit.....	vi
Listi yfir töflur.....	ix
Inngangur.....	1
Aðferð.....	2
Fræðileg samantekt.....	3
Meðgöngu- og fæðingarþunglyndi.....	3
Félagslegur stuðningur.....	4
Mælitæki.....	5
Mælitæki til skimunar meðgöngu- og fæðingarþunglyndis.....	5
EPDS.....	6
PDSS.....	7
Mælitæki til greiningar meðgöngu- og fæðingarþunglyndis.....	8
Mælitæki félagslegs stuðnings.....	8

Stuðningur fjölskyldu og vina.....	10
Stuðningur maka.....	10
Einstæðar mæður.....	11
Stuðningur annarra fjölskyldumeðlima.....	12
Stuðningur vina.....	13
Stuðningur heilbrigðisstarfsfólks.....	14
Meðgönguvernd.....	14
Heimþjónusta ljósmæðra.....	15
Ungbarnavernd.....	17
Fjölskyldumiðuð hjúkrunarmeðferð.....	18
FMB teymið.....	19
Jafningjastuðningur.....	20
Skilgreining og forsendur.....	20
Stuðningur í heimahúsi.....	22
Stuðningur símleiðis.....	24
Stuðningur í hóp.....	26
Óformlegur stuðningur.....	27
Hindranir gegn stuðningi.....	28

Persónulegir þættir.....	28
Umhverfisþættir.....	29
Innflytjendastaða.....	30
Umræður.....	32
Lokaorð.....	39
Heimildaskrá.....	41

Listi yfir töflur

Tafla 1. Rannsóknir á jafningjastuðningi í gegnum síma.....	25
---	----

Inngangur

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að fá heildarmynd af þeim stuðningi sem konur á barneignaskeiði njóta frá hendi mismunandi stuðningsaðila og mögulegum áhrifum hans á einkenni meðgöngu- og fæðingarþunglyndis. Einnig er markmiðið að koma auga á helstu hindranir gegn því að þessar konur þiggi þann stuðning sem í boði er svo heilbrigðisstarfsfólk geti unnið út frá því þegar kemur að eflingu skimunar, greiningar og meðferðar þunglyndiseinkenna á meðgöngu og eftir fæðingu. Viðfangsefnið vakti áhuga höfundar vegna eigin upplifunar af stuðningi bæði formlegra og óformlegra aðila í tengslum við þunglyndi eftir fæðingu. Hér á landi hafa miklar framfarir orðið síðustu ár sem snúa að skimun fyrir þunglyndiseinkennum og stuðningi við þunglyndar konur á meðgöngu og eftir fæðingu en þó er enn margt sem hægt er að bæta (Thome og Arnardóttir, 2012; Thome, Orlygsdóttir og Elvarsson, 2011). Skortur á félagslegum stuðningi hefur um nokkurt skeið verið tilgreindur sem einn af áhættuþáttum fæðingarþunglyndis (Fishel, 2007) en rannsóknir sem snúa að mikilvægi félagslegs stuðnings fyrir konur á þessu viðkvæma lífsskeiði eru fjölmargar og benda til þess að skortur á honum eigi stóran þátt í þróun þunglyndiseinkenna (Chen, Tseng, Chou og Wang, 2000; Dennis, 2003b; Dennis o.fl., 2009; Dennis og Ross, 2006; Kearns, Neuwelt, Hitchman og Lennan, 1997; Leigh og Milgrom, 2008; Xie o.fl., 2011; Xie o.fl., 2010). Þegar þunglyndar mæður eru spurðar um þróun sjúkdóms telja þær að fæðingarþunglyndið megi rekja til skorts á stuðningi og til þess að finnast þær einangraðar (Letourneau o.fl., 2007; Small, Johnston og Orr, 1997). Þegar kemur að þunglyndi á meðgöngu eru rannsóknirnar færri og skemur á veg komnar en benda engu að síður til þess að það sama eigi við á meðgöngu (Bilszta o.fl., 2008; Dayan o.fl., 2010; Lau, 2011; Raymond, 2009; Senturk, Abas, Berksun og Stewart, 2011).

Aðferð

Við gerð þessarar fræðilegu samantektar var að mestu stuðst við heimildaleit í rafrænum gagnasöfnum á sviði heilbrigðisvísinda auk þess sem stór hluti heimildanna var fenginn í gegnum heimildaskrár annarra greina og lokaverkefna fyrri ára. Þar að auki var notast við ábendingar að erindum og greinum í gegnum leiðbeinanda. Helstu gagnasöfn sem nemandi nýtti sér voru Web of Science, PubMed og Scopus auk þess sem notast var við fræðasetur Google til þess að finna heildartexta greina. Helstu leitaorð voru: félagslegur stuðningur (*social support*), fjölskyldustuðningur (*family support*), jafningjastuðningur (*peer support*), hópstuðningur (*group support*), stuðningur vina (*support from friends*), meðgönguþunglyndi (*prenatal- og antenatal depression*), fæðingarþunglyndi (*postnatal- og postpartum depression*), meðgöngu- og fæðingarþunglyndi (*perinatal depression*), EPDS og hindranir gegn stuðningi (*barriers to support*), og var þeim skeytt saman eftir hentugleika til þess að þrengja leitina. Einungis var leitað eftir heimildum sem sneru að stuðningi á meðgöngu eða eftir fæðingu og því voru þær greinar útilokaðar sem fjölluðu um stuðning í fæðingunni sjálfri. Við heimildaleit miðaði höfundur við það að fræðigreinar væru ekki eldri en 10 ára þó að stöku undantekningar væru á því. Þegar kemur að félagslegum stuðningi og uppruna EPDS kvarðans þá eru heimildirnar mun eldri þar sem mikið var skrifað um þetta tvennt á seinni hluta 9. áratugarins.

Fræðileg samantekt

Meðgöngu- og fæðingarþunglyndi

Þunglyndi á meðgöngu og eftir fæðingu eru algeng vandamál meðal kvenna og þó að talsvert meira hafi borið á umfjöllun um fæðingarþunglyndi síðustu ár þá hefur þeim fræðimönnum smám saman fjölgað síðasta áratuginn sem viðurkenna þunglyndi á meðgöngu sem raunverulegan sjúkdóm (Dayan o.fl., 2010). Þrátt fyrir það er í rauninni hvorki litið á meðgöngu- né fæðingarþunglyndi sem sjálfstæða flokka þunglyndis, heldur sem undirflokká klíníks þunglyndis sem geta spannað allt frá vægu til alvarlegs þunglyndis eins og þunglyndi almennt (American Psychiatric Association, 2000). Þegar algengi fæðingarþunglyndis er tekið saman á heimsvísu er það um 10-15% (Fishel, 2007) en rannsóknir hafa þó bent á ákveðinn menningarmun og að þessi tala sé víða talsvert hærri, eða um 19,3-21,8% í Asíu (Roomruangwong og Epperson, 2011; Xie o.fl., 2010) og allt að 63,3% í Pakistan (Klainin og Arthur, 2009). Þá er algengið víða annars staðar mun lægra heldur en meðaltalið segir til um, til að mynda er það einungis um 5,5% í Danmörku (Forman, Videbech, Hedegaard, Salvig og Secher, 2000). Meðgönguþunglyndi er gjarnan flokkað eftir tímabilum meðgöngunnar og er algengið 7,4% á fyrsta þriðjungi, 12,8% á öðrum þriðjungi og 12,0% á þriðja þriðjungi meðgöngunnar samkvæmt ítarlegri yfirlitsgrein um meðgönguþunglyndi (Bennett, Einarson, Taddio, Koren og Einarson, 2004) en í tyrkneskri rannsókn var algengið allt að 33,1% á þriðja þriðjungi meðgöngu (Senturk o.fl., 2011). Helstu einkenni alvarlegs þunglyndis, hvort sem um er að ræða á meðgöngu eða eftir fæðingu, eru depurð, áhugaleysi, kvíði og áhyggjur, einbeitingarskortur, svefntruflanir, magnleysi, sektarkennd, kyndeyfð og jafnvel hugsanir og áætlanir sem tengjast því að skaða sjálfa sig eða barnið (Fishel, 2007). Þunglyndi á meðgöngu getur komið fram hvenær sem er á meðgöngunni en fæðingarþunglyndi kemur yfirleitt fram á fyrstu vikum eða mánuðunum eftir fæðingu, þó að hjá

sumum konum komi fyrstu einkenni mun seinna fram á fyrsta árinu eftir fæðingu (Goodman, 2004). Skaðleg áhrif þunglyndis á meðgöngu og eftir fæðingu eru margvísleg og auk þess að hafa áhrif á virkni og aðlögun móðurinnar getur vanmeðhöndlað þunglyndi meðal annars haft neikvæð áhrif á vöxt og þroska barns, tengslamyndun milli móður og barns og hegðunar-erfiðleika barns (Beck, 1995; Fishel, 2007; Murray og Cooper, 1996). Áhættuþættir fyrir þróun meðgöngu- og fæðingarþunglyndis eru margir, þar á meðal fyrri saga um geðraskanir, nýleg áföll, óráðgerð þungun, lélegt sjálfstraust, erfiðar félagslegar aðstæður, skortur á félagslegum stuðningi og ágreiningur við maka (Fishel, 2007; Leigh og Milgrom, 2008) auk þess sem að þunglyndi og kvíði á meðgöngu hafa einna mest forspárgildi fyrir þunglyndi eftir fæðingu (Leigh og Milgrom, 2008; Matthey, Barnett, Ungerer og Waters, 2000; Rubertsson, Wickberg, Gustavsson og Radestad, 2005). Kvíði meðal þungaðra kvenna er algengt vandamál og benda niðurstöður íslenskrar rannsóknar til þess að kvíðaröskun á meðgöngu sé jafnvel algengari en þunglyndi (Linda Bára Lýðsdóttir, Halldóra Ólafsdóttir, Marga Thome, Jón Friðrik Sigurðsson og Louise Howard, 2011).

Félagslegur stuðningur

Flest höfum við þörf fyrir félagslegan stuðning og nýtum okkur hann reglulega án þess jafnvel að gera okkur fyllilega grein fyrir því. Fjöldi stuðningsaðila og gæði og magn þess stuðnings sem einstaklingar njóta er sömuleiðis mismunandi. Margoft hefur verið sýnt fram á jákvæð áhrif á bæði andlega og líkamlega heilsu þeirra sem skynja meiri stuðning í umhverfi sínu og nýta sér þann stuðning sem í boði er miðað við þá sem upplifa skort á stuðningi. Upplifun á félagslegum stuðningi virðist að sama skapi bæði hafa verndandi áhrif gegn margs konar heilsubresti og draga úr neikvæðum áhrifum og alvarleika streituvaldandi áreitiss (Cohen og Wills, 1985; House, Umberson og Landis, 1988). Ekki hefur verið ríkjandi samkomulag um skilgreiningu hugtaksins félagslegur stuðningur (*social support*) (Cohen og

Wills, 1985; House o.fl., 1988) en í megindráttum vísar félagslegur stuðningur annars vegar til þess stuðningskerfis ættingja og vina sem einstaklingurinn getur leitað til þegar hann glímur við líkamleg eða tilfinningaleg vandamál (*buffering effect*) og hins vegar til þess að einstaklingurinn skynji stuðning í nærumhverfi sínu og viti að hann getur leitað til ákveðinna aðila þegar þörf er á aðstoð og hvatningu (*main effect*). Rannsóknir benda til þess að báðir hafi þessir þættir áhrif á aukna andlega og líkamlega heilsu einstaklinga. Að sama skapi hefur félagslegur stuðningur verið skipt niður í undirflokkar en algengast er að þeir séu upplýsinga- (*informational* eða *appraisal*), verklegur- (*instrumental*) og tilfinningalegur (*esteem* eða *emotional*) stuðningur (Cohen og Wills, 1985). Upplýsingastuðningur byggir á fræðslu og ráðleggingum og leiðir til aukins skilnings hjá einstaklingnum og nýrra leiða til að takast á við vandamál eða áskorun. Verklegur stuðningur byggir á áþreifanlegri aðstoð við ákveðin verk eins og umönnun barna eða fjárhagsaðstoð, í þeim tilgangi að létta á álagi sem tengist viðkomandi þáttum. Tilfinningalegur stuðningur miðar að því að þeim sem hlýtur stuðninginn finnist hann vera virtur og metinn að verðleikum í gegnum samskipti sín við stuðningsaðila þrátt fyrir ýmis vandamál sem hann kann að glíma við (Cohen og Wills, 1985; Dennis og Ross, 2006).

Mælitæki

Mælitæki til skimunar meðgöngu- og fæðingarþunglyndis

Fjöldann allan er að finna af mælitækjum sem heilbrigðisstarfsfólk getur stuðst við þegar skimað er fyrir einkennum þunglyndis bæði á meðgöngu og eftir fæðingu. Í alþjóðlegum leiðbeiningum um skimun er mælt með því að reglubundin skimun fyrir fæðingarþunglyndi sé framkvæmd meðal nýbakaðra mæðra. Val á skimunartæki ætti að fara eftir því hvað hentar hverjum og einum menningarhóp, hversu einfalt tækið er í fyrirlagningu

og hversu auðvelt er að túlka niðurstöðurnar. Einföld mælitæki eru þó ekki alltaf þau bestu því að nákvæmari spurningalistar gefa gjarnan nákvæmari heildarmynd þó fyrirslagning taki lengri tíma (National Screening Committee, 2006). Í íslenskum leiðbeiningum um ung- og smábarnavernd er mælt til þess að heilbrigðisstarfsfólk nýti sér *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) kvarðann þegar skimað er fyrir þunglyndiseinkennum meðal nýbakaðra mæðra og hefur hann því verið mest notaða skimunartækið hér á landi frá árinu 2000 (Landlæknisembættið, 2010). *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) er annar kvarði sem mikið hefur verið notaður við skimun þunglyndiseinkenna þó hann hafi ekki náð að festa sig í sessi hér á landi.

EPDS

EPDS er 10 atriða spurningalisti sem þróaður var af Cox, Holden og Sagovsky (1987) í þeim tilgangi að auðvelda heilbrigðisstarfsfólki að bera kennsl á einkennum fæðingarþunglyndis og auka þannig líkur á snemmbærri greiningu og bættri útkomu fyrir þennan hóp kvenna og fjölskyldur þeirra. Gengið er út frá því að móðirin svari listanum sjálf og miði svörin við líðan sína síðustu viku. Svörin eru stöðluð og gefa á bilinu 0-3 stig og er heildarfjöldi stiga því á bilinu 0-30 stig þar sem meiri stigafjöldi bendir til þess að líkur á þunglyndi séu auknar. Auk þess að vera notaður við klínísk störf hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks þá hefur kvarðinn mikið verið notaður við rannsóknir á geðheilsu kvenna eftir fæðingu (Boyce, 2003; Davey, Tough, Adair og Benzies, 2011; Dennis, 2003b; Dennis o.fl., 2009; Dennis og Ross, 2006; Kearns o.fl., 1997; Xie o.fl., 2007; Xie o.fl., 2011; Xie o.fl., 2010). Hann hefur verið þýddur á yfir 20 tungumál, þar á meðal á íslensku, og gildi hans sem skimunartæki verið sannreynt í mismunandi menningarheimum (Cox og Holden, 2003; Guedeney og Fermanian, 1998; Thome, 2000). Á vefnum 6h.is, sem er samstarfsverkefni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Landspítala og Landlæknis-

embættisins, er einnig hægt að nálgast kvarðann á 29 mismunandi tungumálum (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, 2009). Höfundar kvarðans komust að þeirri niðurstöðu að best væri að miða við $\geq 12/13$ stig til þess að finna þær konur sem líklega þjáðust af fæðingarþunglyndi. Til þess að finna fleiri konur í áhættuhóp væri þó líklega gagnlegt að miða við $\geq 9/10$ stig á EPDS, þar sem hærra viðmið eykur líkur á falskt neikvæðum tilfellum, og fylgjast svo með þróun einkennanna milli heimsókna á heilsugæslu. Aftur á móti getur lægra viðmið aukið líkurnar á falskt jákvæðum tilfellum þar sem konur eru ranglega greindar þunglyndar í kjölfar skimunar. Líkurnar á bæði falskt jákvæðum og -neikvæðum tilfellum eru almennt minni ef konan er ein þegar hún svarar spurningalistanum (Cox o.fl., 1987). Síðan þá hefur gagnsemi EPDS kvarðans við skimun fyrir þunglyndi á meðgöngu verið rannsökuð með jákvæðum niðurstöðum (Bergink o.fl., 2011; Bunevicius, Kusminskas, Pop, Pedersen og Bunevicius, 2009; Murray og Cox, 1990; Wickberg, Tjus og Hwang, 2005), þó ekki séu rannsakendur sammála um hvaða stigafjöldi skuli miða við þegar skimað er fyrir alvarlegu þunglyndi, allt frá ≥ 10 stigum og að ≥ 15 stigum (Bergink o.fl., 2011; Bunevicius o.fl., 2009; Matthey, Henshaw, Elliott og Barnett, 2006; Murray og Cox, 1990).

PDSS

PDSS kvarðinn er skimunartæki sem þróað var af Beck og Gable (2000) í þeim tilgangi að auka líkur á réttri greiningu fæðingarþunglyndis í kjölfar nákvæmari skimunar heldur en þau töldu að þáverandi mælitæki buðu upp á. Kvarðinn er 35 atriða spurningalisti með sjö mismunandi svið sem hvert inniheldur fimm spurningar. Sviðin sjö eru truflanir á svefni eða fæðuinntekt, kvíði/óöryggi, tilfinningalegur óstöðugleiki, vitrænar truflanir, missir á sjálfi, sektarkennd/skömm og sjálfsvígshugsanir. Stigafjöldi fyrir hverja spurningu er á bilinu 1-5 stig og er samanlagður fjöldi stiga því minnst 35 stig og mest 175 stig, þar sem fleiri stig benda til þess að líkur á alvarlegu þunglyndi séu auknar. Miðað er við 60 stig eða

fleiri þegar finna á þær konur sem þjást bæði af vægu og alvarlegu þunglyndi en 80 stig eða fleiri þegar ætlunin er að finna eingöngu þær konur sem þjást af alvarlegu þunglyndi (Beck og Gable, 2000, 2001).

Mælitæki til greiningar meðgöngu- og fæðingarþunglyndis

Hlutverk hjúkrunarfræðinga felst í því að koma auga á þunglyndiseinkenni með skimun en ekki að greina þunglyndi sem slíkt. Það fer síðan eftir hæfni hvers og eins hjúkrunarfræðings hvort hann treystir sér til þess að sinna meðferð og eftirfylgni kvennanna eða vísi þeim áfram á heimilislækna, geðlækna eða sálfræðinga til greiningar og meðferðar (NICE, 2007; Thome, 2000). Úrval mælitækja sem miða að því að greina meðgöngu- og fæðingarþunglyndi er vissulega nokkuð, en ekki verður farið nánar í notkun þeirra þar sem greining er ekki eitt af hlutverkum hjúkrunarfræðinga.

Mælitæki félagslegs stuðnings

Þegar kemur að því að meta félagslegan stuðning hafa ýmis mælitæki verið notuð, bæði við rannsóknir og við klínísk störf. Val á mælitæki fer eftir tilgangi rannsóknar, hvaða hópa fólks og hvaða þætti stuðnings fagfólk er að vinna með hverju sinni. Mörg þeirra hafa nýst fyrir rannsóknir á mismunandi hópum fólks á meðan önnur hafa þrengri markhóp og þar af leiðandi takmarkaðra notagildi en eru þá jafnan nákvæmari fyrir vikið. Nokkur þessara mælitækja eru eftirfarandi:

- *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) er 40 atriða spurningalisti sem þróaður var af Cohen og Hoberman (1983) í þeim tilgangi að mæla skynjun einstaklings á framboði stuðnings (*perceived availability*) og bendir hærri stigafjölda til skynjunar á meiri stuðningi. Undirskálarnir eru fjórir (tilfinningalegur, verklegur, sjálfstrausts og

tilheyrandi (*belonging*)) og inniheldur hver þeirra 10 staðhæfingar sem snúa að félagslegum stuðningi. Gildi hans og áreiðanleiki hefur mælst mikill og hefur hann bæði reynst nothæfur við rannsóknir og í klíník fyrir mismunandi hópa fólks (Chen o.fl., 2000; Lau, 2011).

- *Postpartum Partner Support Scale* (PPSS) er 24 atriða spurningalisti sem þróaður var af Dennis og Ross (2006) í þeim tilgangi að meta tengsl milli sambands við maka og skynjun kvenna á þeim stuðningi sem í boði er 4 vikum eftir fæðingu barns. Listanum er ætlað að meta þrjú form stuðnings, tilfinningalegan-, verklegan- og upplýsinga-stuðning og gefur meiri stigafjölda til kynna meiri skynjun á stuðningi frá maka. Notagildi hans hefur aðeins verið lýst við rannsóknarvinnu.
- *Postpartum Social Support Questionnaire* (PSSQ) er 50 atriða spurningalisti sem var þróaður af Hopkins, Campbell og Marcus (1987) í þeim tilgangi að meta þann stuðning sem konur telja sig fá eftir fæðingu barns. Listinn mælir tvö form stuðnings, tilfinningalegan- og verklegan stuðning, og einnig hvaðan stuðningurinn er fenginn, það er stuðningur maka, stuðningur foreldra, stuðningur tengdaforeldra og stuðningur stærri fjölskylduheildar og vina. Notagildi mælitækisins hefur einungis verið lýst við rannsóknir en vísbeningar eru um að það sé bæði áreiðanlegt og gilt þegar skynjun nýbakaðra mæðra á stuðningi er metin (Hopkins og Campbell, 2008).
- *Social Support Apgar* (SSA) er 25 atriða spurningalisti sem þróaður var af Norwood (1996) til þess að mæta þörfinni fyrir stutt og notendavænt mælitæki sem væri ætlað að meta skynjun kvenna á félagslegum stuðningi á meðgöngu svo hægt væri að sníða þörf fyrir félagslegan stuðning að hverri og einni konu. Honum er ætlað að meta ánægju þungaðra kvenna með fimm þætti stuðnings (aðlögun, samstarf, þroska, ástúð og skuldbindingu) frá fimm mismunandi uppsprettum (maka, foreldrum, öðrum fjölskyldumeðlimum, vinum og kunningjum). Stig eru gefin á bilinu 0-2 fyrir hvern

lið og er mest hægt að fá 50 stig, sem bendir til mikillar ánægju með félagslegan stuðning. Notagildi listans er mest í klínísku starfi, en áreiðanleiki hans og gildi hafa ekki mælst nægilega mikil (Norwood, 1996).

Stuðningur fjölskyldu og vina

Stuðningur maka

Það tímabil sem kona gengur í gegnum á meðgöngu og eftir fæðingu er yfirleitt bæði spennandi og gleðilegt en engu að síður er það mikilvægt tímabil aðlögunar og breytinga á hlutverkum fyrir alla fjölskyldumeðlimi (Kearns o.fl., 1997). Meðganga og barnsfæðing eru með stærri viðburðum í lífi hvernar konu og hafa áhrif á alla fjölskyldu hennar. Í sífellu reynir á aðlögunarleiðir móðurinnar og veltur það á mörgum mismunandi þáttum, meðal annars félagslegum stuðningi frá fjölskyldu og vinum, hvernig hún tekur á því áreiti sem að höndum ber. Yfirleitt er það maki konunnar sem stendur henni næst og hún leitar til hans þegar þörf er á stuðningi, til dæmis ef umönnun barns er krefjandi. Ef hún mætir ekki skilningi og stuðningi maka við þessar kringumstæður er skiljanlegt að líkurnar á fæðingarþunglyndi aukist (Boyce, 2003). Hins vegar hafa rannsóknir sýnt fram á að vanlíðan feðra á barneignaskeiði sé ekki síður raunverulegt vandamál, þó að þunglyndiseinkenni séu ekki eins algeng og hjá konum (Condon, Boyce og Corkindale, 2004; Matthey o.fl., 2000), og einnig að sterk tengsl séu milli vanlíðunar hjá móður og vanlíðunar hjá föður (Matthey o.fl., 2000; Soliday, McCluskey-Fawcett og O'Brien, 1999). Stuðningurinn þarf því vissulega að vera gagnkvæmur og erfitt er að segja til um hvar uppruna þunglyndisins er að finna. Skortur á stuðningi frá maka virðist þrátt fyrir það vera veigamikill áhættuþáttur í þróun þunglyndis hjá konum á meðgöngu og eftir fæðingu en rannsóknir benda á að þær konur sem skynja minni stuðning frá maka sýni fleiri og alvarlegri einkenni þunglyndis sem endurspeglast í fleiri

stigum á EPDS, bæði á meðgöngu (Bilszta o.fl., 2008; Lau, 2011; Senturk o.fl., 2011) og eftir fæðingu (Dennis og Ross, 2006; Kearns o.fl., 1997; Xie o.fl., 2011; Xie o.fl., 2010). Þegar skynjun kvenna á stuðningi frá maka á meðgöngu og eftir fæðingu er skoðuð benda niðurstöður langsniðsrannsókna til þess að stuðningur frá maka aukist yfir tímabilið frá meðgöngu og þar til barnið er fætt (Gameiro, Boivin, Canavarro, Moura-Ramos og Soares, 2010; Kearns o.fl., 1997). Félagslegur stuðningur maka hefur margar hliðar og þó það sé mikilvægt að finna fyrir bæði verklegum og tilfinningalegum stuðningi þá sýna niðurstöður Dennis og Ross (2006) að það skiptir einnig miklu máli að konum finnist þær eiga samleið með mökum sínum, eigi sameiginleg áhugamál og eigi auðvelt með að gera hluti saman. Þær konur sem sýndu þunglyndiseinkenni eftir fæðingu voru mun líklegri til þess að finnast þær ekki eiga nægilega samleið með mökum sínum.

Einstæðar mæður

Þungaðar konur, sem af einhverjum orsökum eru einstæðar, skortir þennan mikilvæga félagslega stuðning sem falist getur í því að eiga maka og virðast einnig vera mun líklegri til þess að þróa með sér þunglyndi á meðgöngu. Í nýlegri ástralskri rannsókn fengu 25,8 % þeirra ≥ 13 stig á EPDS á móti 15,2 % þeirra kvenna sem voru í sambandi. Þrátt fyrir þennan afgerandi mun milli hópanna tveggja kom ýmislegt í ljós við ítarlegri greiningu höfunda. Þær konur sem töldu sig fá lítinn eða engan stuðning frá maka í parsambandi voru verst staddar allra, en þær fengu að meðaltali 11,9 stig á EPDS á meðan meðaltal einhleypra kvenna var 8,9 stig og þeirra sem skynjuðu mikinn stuðning frá maka var 6,2 stig. Aukinn stigafjöldi einhleypra kvenna á EPDS miðað við allar konur í sambandi er þó ekki talinn tengjast því beint að þær séu einhleypar heldur er það frekar því að þær eru líklegri til þess að hafa fyrri sögu um geðræn vandamál (Bilszta o.fl., 2008).

Stuðningur annarra fjölskyldumeðlima

Stuðningur stærri fjölskylduheildar er einnig mikilvægur mörgum konum og eru vísbendingar um að stuðningur frá mæðrum kvennanna fyrstu mánuðina eftir fæðingu sé mikilvægur verndandi þáttur gegn því að þær þrói með sér einkenni þunglyndis (Matthey o.fl., 2000). Í eigindlegum rannsóknum hafa konur, sem skilgreindar eru sem innflytjendur, lýst tengslum á milli þess að hafa takmarkaðan stuðning frá fjölskyldumeðlimum og aukinnar einangrunar og vanlíðunar eftir fæðingu (Beck, 2002; Callister, Beckstrand og Corbett, 2011). Eins og áður segir benda nýlegar rannsóknir frá Asíu og Tyrklandi til þess að algengi fæðingarþunglyndis sé þar talsvert meira en víða í vestrænum löndum (Roomruangwong og Epperson, 2011; Senturk o.fl., 2011; Xie o.fl., 2010) og hafa fræðimenn velt vöngum yfir því hvað veldur þessum mun. Áhrif stuðnings fjölskyldumeðlima á meðgöngu- og fæðingarþunglyndi hafa víða verið rannsökuð í þeim tilgangi að kanna hvort niðurstöður séu sambærilegar milli landa og til þess að fræðimenn geri sér betur grein fyrir mögulegum mun milli menningarheima. Í Hong-Kong og Tyrklandi, sem og víða annars staðar, togast á tveir ólíkir heimar þar sem hið „hefðbundna“ fjölskylduform, þar sem foreldrar eða tengdaforeldrar búa á heimilinu, mætir hinni vestrænu kjarnafjölskyldu vegna víðtækra breytinga sem hafa átt sér stað í þessum samfélögum síðustu áratugi. Þar sem hið „hefðbundna“ fjölskylduform ríkir er gert ráð fyrir því að ömmur og afar taki virkan þátt í uppeldi barnanna og því er vert að kanna hvaða áhrif þetta fyrirkomulag hefur á mæðurnar á meðan börnin eru enn ófædd. Í rannsókn sinni á þunguðum konum í Hong-Kong sýndi Lau (2011) fram á marktæk tengsl milli aukins ágreinings kvennanna við maka og tengdaforeldra, skynjun kvennanna á skorti á stuðningi og aukinna þunglyndiseinkenna á meðgöngu sem samræmist einnig niðurstöðum frá vestrænum löndum (Bilszta o.fl., 2008; Dennis og Ross, 2006). Auk þess að finna sams konar tengsl milli minni stuðnings maka, móður og tengdamóður og aukinna þunglyndiseinkenna hjá tyrkneskum konum á meðgöngu þá benda niðurstöður

Senturk o.fl. (2011) á að mesta fylgnin sé á milli skorts á stuðningi maka og aukinna þunglyndiseinkenna þar sem fjölskylduformið er „hefðbundið“. Gjarnan er mikið sem mæðir á þessum konum þegar hinar „hefðbundnu“ kröfur um að halda heimili og sinna börnunum mæta vestrænum kröfum um að vinna utan heimilisins og færa björg í bú. Þar sem ólík gildi og viðhorf stangast á eru líkur á ágreiningi meiri og því skynja þessar konur frekar vöntun á stuðningi. Einnig er algengara að það séu tengdforeldrar kvennanna sem búa á heimilinu og séu því ef til vill líklegri til að taka hlið eiginmannsins þegar ákveðin mál koma upp innan veggja heimilisins (Lau, 2011; Senturk o.fl., 2011). Í Kína gætir einnig annars konar menningarmunar þegar kemur að barnsfæðingum því að í áraraðir hefur mikilvægi þess að eignast syni fram yfir dætur verið inngreipt í samfélagið. Xie o.fl. (2007) rannsökuðu muninn milli þunglyndiseinkenna hjá konum sem annars vegar höfðu fætt stúlkur og hins vegar þeirra sem höfðu fætt drengi og komust að því að munurinn var sláandi, þar sem 24,6 % mæðranna sem áttu stúlkubörn fengu ≥ 13 stig á EPDS en „aðeins“ 12,2 % mæðranna sem áttu drengi. Í framhaldi af þeirri rannsókn kannaði aðalhöfundur ásamt fleirum hversu stóran hlut stuðningur frá fjölskyldumeðlimum átti í þessum niðurstöðum. Rannsóknin leiddi í ljós að þær konur sem áttu stúlkubörn töldu sig fá mun minni stuðning eftir fæðingu heldur en þær sem áttu drengi, bæði frá maka og eigin foreldrum (Xie o.fl., 2010). Vert er að taka fram að í fyrrgreindum rannsóknum er aðeins tekið tillit til skynjunar og skilnings kvennanna á aðstæðunum og því lýsa rannsóknirnar einungis tengslum en ekki orsakasambengi. Þunglyndar konur hafa í ljósi sjúkdómsins neikvæðari sýn á aðstæður sínar og eru líklegri til þess að meta þær verr en konur sem glíma ekki við geðrænana vanda (Dennis og Ross, 2006).

Stuðningur vina

Vinir eru gjarnan stór hluti af stuðningsneti okkar en rannsóknir hafa sýnt fram á það að konur skynja mun minni stuðning frá vinum sínum eftir fæðingu barns miðað við það sem

þær upplifa á meðgöngunni (Gameiro o.fl., 2010; Kearns o.fl., 1997) en skort á skilningi og stuðningi upplifa þær frekar frá barnlausum vinum sínum heldur en þeim sem eiga börn (Letourneau o.fl., 2007). Ástæðurnar fyrir því geta verið margvíslegar. Misræmi getur verið milli þeirra væntinga sem konurnar hafa til vina sinna og skynjunar vinanna á aðstæðunum auk þess sem barnlausir vinir vita síður til hvers er ætlast af þeim og draga sig í hlé til þess að leyfa nýju fjölskyldunni að mynda tengsl í ró og næði. Ef barneignir hjá þarinu hefjast „óvenju“ seint eða snemma miðað við vinalópinn eru einnig meiri líkur á að stuðningur frá vinum verði af skornum skammti (Gameiro o.fl., 2010). Tengslin milli félagslegs stuðnings vina og fæðingarþunglyndis virðast ekki hafa vakið mikinn áhuga rannsakenda síðustu ár sem sérstakt viðfangsefni en þó hafa rannsóknir sýnt fram á tengsl milli minni stuðnings vina og aukinnar vanlíðunar eftir fæðingu (Boyce, 2003; Kearns o.fl., 1997).

Stuðningur heilbrigðisstarfsfólks

Meðgönguvernd

Að öllu jöfnu er heilsugæslan fyrsti viðkomustaður kvenna og maka þeirra þegar þungun hefur verið staðfest. Á Íslandi er mælt til þess að konur komi í sína fyrstu heimsókn fyrir 12 vikna meðgöngu, og þegar um eðlilega meðgöngu er að ræða er heildarfjöldi skoðana á heilsugæslu tíu talsins en fyrir fjölbyrjur eru þær sjö (Landlæknisembættið, 2008). Eitt af markmiðum fyrstu heimsóknarinnar er að bera kennsl á bæði líkamlega og andlega áhættuþætti sem kunna að vera til staðar hjá konunni og fjölskyldu hennar sem gætu krafist sérhæfðara eftirlits á meðgöngunni (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007). Í íslenskum leiðbeiningum um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna er bent á það að snemma á meðgöngu ætti að spyrja allar konur út í fyrri sögu um geðræn vandamál og að þeim beri að vísa áfram ef um alvarleg geðræn vandamál er að ræða. Þar kemur einnig

fram að ekki ætti að bjóða þunguðum konum upp á reglubundna skimun fyrir fæðingarþunglyndi á meðgöngu (Landlæknisembættið, 2008). Í klínískum leiðbeiningum NICE um geðheilsu kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu, sem íslensku leiðbeiningarnar eru byggðar á, er áhersla á að þetta sé gert við fyrstu heimsókn konunnar til heilbrigðisstarfsmanns á meðgöngu og auk þess að konan sé spurð út í fjölskyldusögu þegar kemur að geðrænum vandamálum á meðgöngu eða eftir fæðingu (*perinatal mental illness*). Þar er einnig bent á það að spyrja skuli allar konur þriggja staðlaðra spurninga í þeim tilgangi að meta geðheilsu þeirra auk þess sem gjarnan mætti nota kvarða eins og EPDS til þess að meta þunglyndiseinkenni á meðgöngu. Spurningarnar þrjár eru:

- Hefur þú oft fundið fyrir vanlíðan, þunglyndi eða vonleysi síðastliðinn mánuð?
- Hefur þér oft fundist þú hafa minni áhuga eða ánægju af því sem þú ert vön að gera síðastliðinn mánuð?
- Er eitthvað sem þér finnst þú þurfa aðstoð með?

Ekki er lögð áhersla á að skima fyrir öðrum þekktum áhættuþáttum þunglyndis á meðgöngu og eftir fæðingu í forvarnaskyni og er sérstaklega minnst á það að ekki beri að spyrja konur sérstaklega út í erfiðleika í sambandi við maka (NICE, 2007). Þrátt fyrir það eru ýmsar rannsóknir sem benda á forvarnagildi þess að átta sig á mikilvægum áhættuþáttum í upphafi meðgöngunnar og byrja strax að vinna með þætti eins og það að efla samband og samskipti foreldra og stuðla að því að bæta stuðningsnetið sem umkringir fjölskylduna (Bilszta o.fl., 2008; Boyce, 2003; Dennis og Ross, 2006; Lau, 2011).

Heimþjónusta ljósmæðra

Á Íslandi tíðkast það eftir fæðingu barns að ljósmóðir sinni heimþjónustu fjölskyldunnar eftir útskrift af sjúkrastofnun ef ekki hafa komið upp alvarleg vandamál á

meðgöngu eða strax eftir fæðingu. Ljósmaður gegna því mikilvægu fræðslu- og stuðnings-
hlutverki þessa fyrstu daga eftir að heim er komið en í leiðbeiningum fyrir heimaþjónustu
ljósmæðra er áhersla lögð á það að meta almenna og tilfinningalega líðan nýbakaðrar móður í
hverri einustu heimsókn ásamt því að meta stuðningsnet og félagslegar aðstæður
fjölskyldunnar. Þar er einnig nefnt að ljósmæður ættu að benda foreldrum á að vera vakandi
fyrir breytingum á andlegri líðan móðurinnar þegar líður á en jafnframt að fræða þá um að
tilfinningasveiflur og að svonefndur sængurkvennagrátur sé algengur og eðlilegur fylgifiskur
fæðingarinnar sem gangi yfirleitt yfir á 10-14 dögum. Á sama tíma þurfa þær að vera vakandi
fyrir mögulegum geðrænum (og líkamlegum) vandamálum og vera meðvitaðar um
meðferðarúrræði sem hægt er að vísa fjölskyldunum á (Landlæknisembættið, 2009). Í breski
rannsókn kemur fram að aukin og einstaklingsmiðuð þátttaka ljósmæðra í umönnun
sængurkvenna og barna þeirra skili sér í bættri geðheilsu mæðra fjórum mánuðum eftir
fæðingu sem lýsir sér meðal annars í færri stigum á EPDS hjá tilraunahóp miðað við
viðmiðunarhóp sem hafði fengið hefðbundna þjónustu. Íhlutunin miðaði við að fjöldi
heimavitjana til nýbakaðra mæðra væri á bilinu 1-17 og færi það eftir mati á áhættuþáttum
hversu margar heimsóknirnar væru til hverrar fjölskyldu fyrir sig (MacArthur o.fl., 2002). Í
leiðbeiningum um heimaþjónustu ljósmæðra er tekið fram að bæði sjúkrahúsvist eftir
fæðingu og heimaþjónusta skuli vera einstaklingsmiðuð (Landlæknisembættið, 2009) og hafa
ljósmæður lýst því að þær eigi auðveldara með að koma auga á möguleg vandamál og
bregðast við þeim ef þær hafa einnig sinnt konunum á meðgöngu því að þá myndast meiri
samfella umönnunar og líkurnar eru meiri á því að gagnkvæmt traust myndist milli þeirra og
kvennanna (Gibb og Hundley, 2007).

Ungbarnavernd

Ungbarnavernd á vegum heilsugæslunnar tekur við reglubundnum skoðunum, fræðslu og eftirliti að þessum tíma loknum, fyrst í formi heimavitjana og síðar í formi heimsóknna á heilsugæsluna. Hingað til hefur megináhersla verið á heilsu og aðlögun nýburans en smám saman hefur andleg heilsa móður eftir fæðingu fengið meiri athygli. Leiðbeiningar um ung- og smábarnavernd segja til um að huga þurfi að andlegri líðan móður, föður og systkina í vitjunum og heimsóknum á heilsugæsluna auk þess sem áframhaldandi mat á félagslegum aðstæðum og stuðningsneti fjölskyldunnar eigi að fara fram. Á Íslandi hefur verið mælt með skimun fyrir einkennum fæðingarþunglyndis með EPDS eftir fæðingu frá því árið 2000 og samkvæmt vinnureglum í íslenskum leiðbeiningum um ung- og smábarnavernd ber að leggja listann fyrir allar konur sem koma með börn sín í ungbarnavernd u.þ.b. 9 vikum eftir fæðingu og í hvert skipti sem grunur vaknar hjá heilbrigðisstarfsmanni um geðrænan vanda eftir það. Þær konur sem fá 12 stig eða meira á EPDS fá símtal eða viðtal með hjúkrunarfræðingi og að lágmarki fjögur samskipti við hjúkrunarfræðing áður en barnið verður 12 vikna og ástand konunnar endurmetið 3 mánuðum eftri fæðingu eða vísað áfram til heimilislæknis til greiningar og frekari meðferðar (Landlæknisembættið, 2010). Niðurstöður Thome o.fl. (2011) benda þó til þess að þrátt fyrir lágmarkið sem sett er í leiðbeiningum um ung- og smábarnavernd þá séu samskipti við hjúkrunarfræðing jafnvel enn fleiri, eða að meðaltali 5,16-6,60 á hverja konu sem hlýtur að þykja jákvæð þróun. Íslenska viðmiðið á EPDS kvarðanum (≥ 12 stig) fyrir greiningu á vanlíðan byggir á rannsóknum frá öðrum vestrænum löndum (Appleby, Warner, Whitton og Faragher, 1997; Guedeney og Fermanian, 1998) og er á sama tíma innan þeirra marka sem höfundar kvarðans settu fram (Cox o.fl., 1987). Mælt er með auknu eftirliti með þeim konum sem fá 9-11 stig og endurmati ástandsins 5 mánuðum eftir fæðingu. Ef einkenni eru langvarandi getur verið tilefni til endurmats 12 og jafnvel 18 mánuðum eftir fæðingu barns (Landlæknisembættið, 2010). Í leiðbeiningum NICE er einnig

bent á það að skýrar leiðbeiningar þurfi að vera fyrir hendi hvernig eftirfylgni fari fram innan stofanana og hvaða úrræði eru fyrir hendi sem hægt er að vísa konum á utan þeirra (NICE, 2007). Vísendingar eru um það að eftirfylgni íslenskra hjúkrunarfræðinga við þessar konur sé fullnægjandi 15 vikum eftir fæðingu en síðan dragi verulega úr eftirfylgni 6 mánuðum eftir fæðingu (Thome o.fl., 2011). Heilsugæsluhjúkrunarfræðingar hafa möguleikann á því að skipa stóran sess í meðferð og eftirfylgni þessara kvenna en til þess að meðferðin skili árangri er mikilvægt að þeir hafi þá færni og þjálfun sem þarf til þess að skila bættum hag fyrir konurnar. Eftir að notkun EPDS kvarðans á Íslandi varð almenn töldu Thome o.fl. (2011) tilefni til þess að kanna hvort námskeið sem ætlað var að efla þekkingu hjúkrunarfræðinga á andlegri vanlíðan eftir fæðingu og meðhöndlun hennar myndi skila sér í jákvæðum áhrifum á andlega líðan nýbakaðra mæðra. Hjúkrunarfræðingunum sem tóku þátt í rannsókninni var skipt í tilraunhóp og viðmiðunarhóp þar sem viðmiðunarhópurinn fékk ekki þá kennslu sem tilraunahópurinn fékk. Gögnum var safnað í upphafi rannsóknar við 9 vikur og síðan við 15 og 24 vikur eftir fæðingu. Helstu niðurstöður voru þær að bæði marktækur og klínískur munur var á milli hópanna tveggja, þar sem þær mæður, sem hafði verið sinnt af hjúkrunarfræðingum tilraunhópsins, voru líklegri til þess að hafa hlotið bata 24 vikum eftir fæðingu sem metinn var út frá stigafjölda á EPDS. Auk þess skráðu hjúkrunarfræðingar í tilraunahópnum marktækt fleiri hjúkrunargreiningar og hjúkrunarmeðferðir heldur en þeir sem voru í viðmiðunarhóp. Þeir vísuðu konunum síður áfram sem bendir til þess að sjálfsöryggi þeirra hafi verið meira gagnvart því að sinna meðferð kvennanna að námskeiði loknu.

Fjölskyldumiðuð hjúkrunarmeðferð

Ef heilsugæsluhjúkrunarfræðingar treysta sér af einhverjum ástæðum ekki til þess að halda utan um meðferð kvenna sem glíma við andlega vanlíðan á meðgöngu eða eftir fæðingu

þurfa þeir að vera meðvitaðir um annars konar úrræði sem Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins býður upp á. Þar starfar hjúkrunarfræðingur sem veitir fjölskyldumeðferð út frá Calgary líkaninu í formi stuðnings, fræðslu og ráðgjafar og miðar að því að laða fram styrkleika fjölskyldunnar svo hún eigi auðveldara með að takast á við þann heilbrigðisvanda sem hún stendur frammi fyrir. Hvort sem vandinn liggur að mestu hjá móður eða föður þá hvetur meðferðin til opinna samskipta beggja aðila og til þess að parið finni nýjar leiðir í sameiningu til þess að leysa vandann. Marga Thome og Stefanía B. Arnardóttir (2012) mátu árangur þessa meðferðarforms fyrir þau pör sem nýttu sér þjónustuna á meðgöngu. Niðurstöður þeirra bentu til þess að vanlíðan beggja aðila í parsambandi væri nátengd. Með því að nálgast parið með fjölskyldumiðaðri hjúkrunarmeðferð dró bæði úr vanlíðan parsins á meðgöngu og bætti samskipti þeirra á milli.

FMB teymið

Annað úrræði sem í boði er fyrir konur sem glíma við geðrænan vanda á barneignaskeiði og fjölskyldur þeirra er FMB teymi Landspítalans. Teymið er samstarfsverkefni milli geðsviðs og kvenna- og barnasviðs þar sem FMB stendur fyrir foreldrar, meðganga og barn. Teymið samanstendur af geðlækni, félagsráðgjöfum, geðhjúkrunarfræðingi, ljósmæðrum og fleira fagfólki þar sem meginmarkmiðið er að stuðla að bættri tengslamyndun foreldra og barns á fyrsta æviárinu. Meðferðin er einstaklingsmiðuð og fer eftir því hvað hver og ein fjölskylda glímir við og getur verið í formi einstaklingsmeðferðar, fjölskyldumeðferðar, hópmeðferðar og í sumum tilfellum felst meðferðin í innlögn móður og barns á geðdeild 33-C (Valgerður Lís Sigurðardóttir, 2011). Það er í samræmi við þær ráðleggingar sem NICE setja fram í leiðbeiningum sínum þegar þörf er á innlögn vegna alvarlegra þunglyndis-einkenna (NICE, 2007). Lyfjameðferð getur verið hluti af meðferðinni sem veitt er en samkvæmt leiðbeiningum NICE þá er nauðsynlegt að lágmarka lyfjanotkun eins og hægt er

þar sem þekkt er að ákveðnar tegundir geðlyfja geti haft skaðleg áhrif á vaxandi fóstur og barn á brjósti (NICE, 2007). Upplifun kvenna sem þjást af þunglyndi á meðgöngu og eftir fæðingu er mjög mismunandi auk þess sem alvarleiki einkenna getur verið mjög breytilegur milli kvenna. Sumum hentar einstaklingsmeðferð best á meðan aðrar fá mun meira út úr því að ræða hlutina innan hóps. Aðrar eiga það erfitt með að leita sér hjálpar að það reynist þrautinni þyngra að fá þær út úr húsi og þar geta símtöl og heimavitjanir verið gagnleg úrræði. Niðurstöður bæði megindlegra og eigindlegra rannsókna á stuðningsþörfum þungaðra kvenna (Goodman, 2009) og nýbakaðra mæðra sem glíma við þunglyndi (Letourneau o.fl., 2007) benda til þess að einstaklingsstuðningur frá heilbrigðisstarfsmanni sé fyrsta val flestra kvenna, eða annars vegar hjá 72,5 % (Goodman, 2009) og hins vegar 51 % kvenna sem tóku þátt í rannsóknunum (Letourneau o.fl., 2007). Sambærilegar niðurstöður er að finna í yfirlitsgrein eigindlegra rannsókna á hindrunum gegn því að þunglyndar mæður leiti sér hjálpar (Dennis og Chung-Lee, 2006). Í kjölfar einstaklingsmeðferðar og með batnandi líðan hefði mörgum þeirra þótt gagnlegt að komast í samband við einhvers konar stuðningshóp kvenna sem glímdu við sams konar vanlíðan (Letourneau o.fl., 2007).

Jafningjastuðningur

Skilgreining og forsendur

Jafningjastuðningur er hugtak sem vakið hefur áhuga margra fræðimanna, þar á meðal heilbrigðisstarfsmanna, og hefur talsvert verið rannsakað síðustu áratugi sem hluti af óformlegum stuðningi. Cindy-Lee Dennis er hjúkrunarfræðingur og prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskólans í Toronto og er mikil áhugakona um jafningjastuðning tengdan geðheilsu kvenna á barneignaskeiði. Hún hefur leitast við að skilgreina hugtakið nánar og hefur farið ítarlega yfir fræðilegan bakgrunn hugtaksins við greiningu þess, í þeim

tilgangi að gera hjúkrunarfræðinga betur í stakk búna til þess að þróa, mæla og meta árangur meðferða sem fela í sér jafningjastuðning (Dennis, 2003a). Í kjölfar greiningar sinnar setti hún fram þá skilgreiningu að jafningjastuðningur innan heilbrigðiskerfisins væri það að veita tilfinninga- eða upplýsingatengda aðstoð af hendi tilbúins félagslegs nets sem hefði reynslutengda kunnáttu á ákveðinni hegðun eða streituvaldi og svipuð persónueinkenni og markhópurinn, til þess að takast á við heilsutengd mál einstaklings sem mögulega er undir álagi. Jafningjastuðningur hefur möguleikann á að hafa jákvæð áhrif á þann sem þiggur stuðninginn á marga vegu; með því að draga úr áhrifum álagsvalda, draga úr félagslegri einangrun, veita jákvæðar fyrirmyndir og hvetja til þess að viðkomandi deili reynslu sinni. Einnig hefur verið bent á að jafningjastuðningur geti verið hagkvæm leið til þess að veita þunguðum konum og nýbökudum mæðrum stuðning, þar sem stuðningur heilbrigðisstarfsfólks er að vonum dýrari kostur (Letourneau o.fl., 2007; Letourneau o.fl., 2011; Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers og Valenstein, 2011). Niðurstöður eigindlegra rannsókna á stuðningsþörfum kvenna sem glímdu við einkenni þunglyndis á meðgöngu og eftir fæðingu benda einnig á að áhuginn fyrir því að hitta aðrar konur sem glíma við sömu erfiðleika er fyrir hendi en þær töldu stuðning í hópi slíkra kvenna vera kjörinn vettvang til þess að deila eigin reynslu af þunglyndinu, deila bjargráðum sem hefðu reynst þeim gagnleg og aðstoða hver aðra við að samþykkja eigin tilfinningar sem eðlilegar (Letourneau o.fl., 2007; Raymond, 2009). Stór hluti kvennanna í rannsókn Letourneau o.fl. (2007), eða tæplega 66 % þeirra, lýsti því einnig að á þeim tíma sem þær glímdu við þunglyndiseinkennin hefði þeim þótt gagnlegt að fá stuðning frá jafningja í gegnum síma því að þegar líðan þeirra var sem verst gat það reynst þeim erfitt að fara út úr húsi til að leita sér hjálpar. Konurnar í rannsókn Raymond (2009) höfðu mismunandi hugmyndir um það hvaða útfærslur stuðnings þær töldu að yrðu gagnlegar en voru þó sammála um að það skipti miklu máli að hafa eitthvað fyrir stafni, að þær hefðu ástæðu til þess að fara út úr húsi og hitta fólk. Niðurstöður talsvert stærri

megindlegar rannsóknar á þunguðum konum frá Norður-Ameríku eru þó ekki í samræmi við þetta þar sem aðeins 13,6 % kvennanna (n=455), óháð því hvort þær glímdu við þunglyndiseinkenni eða ekki, hefðu valið hópmeðferð sem eitt af þremur bestu úræðunum til þess að takast á við mögulegt þunglyndi. Einnig myndu aðeins 8,6 % kvennanna setja stuðning í gegnum síma í sama flokk en þó er hvergi útlistað nánar hvað felst í þessum tveimur formum stuðnings (Goodman, 2009).

Jafningjastuðning er hægt að veita á marga vegu til kvenna í áhættuhóp eða með einkenni fæðingarþunglyndis, til dæmis í formi heimsóknna (Letourneau o.fl., 2011), símtala (Dennis, 2003b; Dennis o.fl., 2009; Letourneau o.fl., 2011) og hópmeðferða (Chen o.fl., 2000) en við leit í erlendum gagnasöfnum fundust engar nýlegar greinar um jafningjastuðning til þunglyndra kvenna á meðgöngu. Í nýlegri rannsókn á þörfum kvenna sem höfðu upplifað meðgönguþunglyndi kemur þó fram að frumrannsóknir Navaie-Waliser o.fl. (1996) og Fogarty og Kingswell (2002) hafi sýnt fram á gagnkvæman hag stuðningsaðila og þeirra sem þáðu stuðninginn af jafningjastuðningi kvenna með þunglyndiseinkenni á meðgöngu (Raymond, 2009). Hér á landi virðist sem hópmeðferðir í gegnum FMB teymið standi bæði þunguðum konum og nýbökkuðum mæðrum til boða (Valgerður Lísá Sigurðardóttir, 2011).

Stuðningur í heimahúsi

Í kjölfar rannsóknar sinnar á stuðningsþörfum mæðra sem upplifað höfðu fæðingarþunglyndi (Letourneau o.fl., 2007), stóðu Letourneau o.fl. (2011) fyrir þversniðsrannsókn þar sem konur sem höfðu reynslu af fæðingarþunglyndi veittu nýbökkuðum mæðrum sem fengið höfðu ≥ 13 stig á EPDS jafningjastuðning í formi heimsóknna og símtala þar sem megin tilgangurinn var að hafa jákvæð áhrif á tengslamyndun móður og barns. Tengslamyndun móður og barns er ferli sem hefst strax á meðgöngu en þunglyndar mæður eru líklegri til þess

að fara á mis við vísbendingar og tjáningu barna sinna, taka þau síður upp og veita þeim síður jákvæða athygli sem getur haft neikvæð áhrif á þroska þeirra til langs tíma litið (Beck, 1995). Stuðningsaðilarnir þurftu að hafa reynslu af fæðingarþunglyndi og hafa hlotið bata fyrir tveimur árum eða meira og fengu þeir kennslu frá rannsakendum varðandi mismunandi form stuðnings, fæðingarþunglyndi og tengslamyndun. Þátttakendum var skipt í tvo hópa yfir þriggja ára tímabil þar sem tilraunahópurinn fékk 12 vikna jafningjastuðning og kennslu en viðmiðunarhópurinn fékk 2 vikna stuðning í kjölfar 12 vikna biðtíma. Stigafjöldi á EPDS lækkaði á þessu 12 vikna tímabili hjá báðum hópunum, en að öðru leyti komu niðurstöðurnar rannsakendum verulega á óvart því að konurnar í viðmiðunarhópnum höfðu bæði marktækt færri þunglyndiseinkenni, lýstu meiri félagslegum stuðningi og sýndu betri tengslamyndun við börn sín við lok tímabilsins. Höfundar benda á að kennsla í tengslamyndun móður og barns hafi hingað til ekki verið hluti af jafningjastuðningi á þessum vettvangi og margar ástæður gætu legið að baki því að íhlutunin bar ekki þann árangur sem skyldi. Ef til vill eru þunglyndar mæður síður reiðubúnar til þess að taka við fræðslu þegar kemur að börnum þeirra og taka ábendingum frá jafningjum jafnvel sem gagnrýni á foreldrahæfni þeirra. Það getur líka verið að mæðurnar í tilraunahópnum hafi treyst það mikið á íhlutunarúræði að þær hafi síður leitað félagslegs stuðnings annars staðar frá á meðan konurnar í viðmiðunarhópnum höfðu ef til vill frjálssari hendur með að leita sér stuðnings eftir eigin hentugleika. Annars konar stuðningúræði hefur verið rannsakað í Bretlandi í formi heimsókna frá sjálfboðaliðum. Þeir veita þann stuðning sem þörf er á hverju sinni, hvort sem hann er verklegur, tilfinningalegur eða upplýsingalegs eðlis, í samkomulagi við þær fjölskyldur sem þarfnast hjálpar. Sjálfboðaliðanir eru flestir foreldrar, bæði karlar og konur, sem hafa hlotið einhverja þjálfun á vegum samtakanna *Home-Start*. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu þó í ljós að slíkur óformlegur stuðningur dró ekki úr líkum á fæðingarþunglyndi móður á fyrsta

árinu eftir fæðingu barns auk þess sem úrræðið gagnaðist þeim konum sem greindar voru þunglyndar ekki nægjanlega vel (Barnes, Senior og MacPherson, 2009).

Stuðningur símleiðis

Konur hafa lýst því að á þeim tíma sem þær glímdu við einkenni fæðingarþunglyndis hefði þeim þótt gagnlegt að fá stuðning frá jafningja í gegnum síma á þeim forsendum að þegar líðan þeirra var hvað verst reyndist þeim gjarnan erfitt að fara út úr húsi til þess að nálgast stuðningsaðila (Letourneau o.fl., 2007). Í þeim tilgangi að meta áhrif jafningja-stuðnings í símtalsformi á einkenni fæðingarþunglyndis framkvæmdi Dennis (2003) frumrannsókn meðal kvenna í sérstakri áhættu fyrir þróun fæðingarþunglyndis. Þar sem niðurstöður rannsóknarinnar lofuðu góðu efndi hún til stærri rannsóknar nokkrum árum síðar og þá með liðsinni nokkurra samstarfsfélaga (Dennis o.fl., 2009). Jafningjarnir í rannsóknunum voru allt konur sem höfðu reynslu af fæðingarþunglyndi og fengið þjálfun hjá rannsakendum. Þær höfðu annars vegar samband við konurnar í tilraunahópnum einu sinni innan 48 tíma frá upphafi rannsóknar og svo eftir þörfum hveurrar móður (Dennis, 2003b) og hins vegar að lágmarki fjórum sinnum og síðan eftir þörfum (Dennis o.fl., 2009). Bæði tilrauna- og viðmiðunarhóparnir höfðu einnig aðgang að öllum þeim úrræðum sem vanalega eru í boði fyrir nýbakaðar mæður. Niðurstöður rannsókna bentu til þess að jafningja-stuðningur sem veittur er símleiðis dragi marktækt úr einkennum fæðingarþunglyndis hjá nýbökudum mæðrum (Tafla 1). Jákvæð fylgni var einnig milli fjölda símtala og þunglyndis-einkenna; því fleiri símtöl, því vægari einkenni. Tíðni samskipta var annars vegar 5,4 að meðaltali í fyrri rannsókninni (Dennis, 2003b) og hins vegar 8,8 í þeirri seinni (Dennis o.fl., 2009). Þrátt fyrir að þunglyndiseinkenni batni yfirleitt með tímanum, þá getur viðbótar-stuðningur jafningja hjálpað konum að komast yfir erfiðasta hjallann þegar vanlíðanin er hvað mest. Þar að auki er jafningjastuðningur í gegnum síma sveigjanlegur, dregur úr líkum á

fordómum og tekur ekki til efnahagslegrar stöðu kvennanna eða samgöngumöguleika þeirra

(Dennis, 2003b; Dennis o.fl., 2009).

Tafla 1. Rannsóknir á jafningjastuðningi gegnum síma.

Höfundur, ártal og upprunaland	Rannsóknarsnið, tilgangur og úrtak	Niðurstöður	Athugasemdir
Dennis (2003b). Kanada.	Slembiröðuð frumrannsókn með samanburðarhóp. Tilgangurinn var að meta áhrif jafningjastuðnings í gegnum síma á einkenni fæðingarþunglyndis hjá konum sem skilgreindar voru í áhættuhóp skv. stigafjölda >9 á EPDS. N= 42.	Marktækur munur á hópunum tilraunahópnum í hag bæði 4 og 8 vikum eftir fæðingu. Við 4 vikur skorðu aðeins 10% kvenna í tilraunahóp >12 stig á EPDS en 40,9% í samanburðarhóp. Við 8 vikur skorðu aðeins 15% kvenna í tilraunahóp >12 stig en 52,4% kvenna í samanburðarhóp. 87,5% mæðra í tilraunahóp ánægðar með jafningjastuðninginn.	Jákvæðar niðurstöður sem benda til gagnsemi jafningjastuðnings í gegnum síma en ábendingar um framkvæmd stærri rannsóknar með mun stærra úrtak.
Dennis, Hodnett, Kenton, Weston, Zupancic, Stewart og Kiss (2009). Kanada.	Slembiröðuð rannsókn með samanburðarhóp. Tilgangurinn var að meta áhrif jafningjastuðnings símleiðis á einkenni fæðingarþunglyndis hjá konum sem skilgreindar voru í áhættuhóp skv. stigafjölda >9 á EPDS. N=701.	Marktækur munur á hópunum tilraunahópnum í hag við 12 vikur. Við 12 vikur skorðu 14% kvenna í tilraunahóp >12 stig á EPDS en 25 % kvenna í samanburðarhóp. Munurinn var ekki marktækur 24 vikum eftir fæðingu, eða 11 % hjá tilraunahóp og 14 % hjá viðmiðunarhóp. 81 % kvenna í tilraunahóp voru ánægðar með jafningjastuðninginn.	Niðurstöðurnar ekki eins afgerandi og í fyrri rannsókn en tímabilum gagnasöfnunar hafði verið breytt til þess að fá skýrari mynd af framhaldinu.

Stuðningur í hóp

Jafningjastuðningur í stuðningshóp er úrræði sem mikið hefur verið notað innan heilbrigðiskerfisins meðal einstaklinga sem glíma við andlega vanlíðan, hvort sem hún á upptök sín í líkamlegum eða geðrænum vanda (Pfeiffer o.fl., 2011), en svo virðist sem ekki hafi margar rannsóknir verið gerðar á jafningjastuðningi í stuðningshóp fyrir konur sem glíma við fæðingarþunglyndi. Ein af fáum slíkum rannsóknum var þó 12 ára gömul rannsókn frá Taiwan þar sem metin voru áhrif jafningjastuðnings í stuðningshóp á vanlíðan kvenna eftir fæðingu barns (Chen o.fl., 2000). Notast var við *Becks Depression Inventory* (BDI), sem er algengt greiningartæki klíníks þunglyndis, við mat á einkennum vanlíðunar og ISEL spurningalistann við mat kvennanna á þeim stuðningi sem þær skynjuðu í umhverfi sínu. 1107 konur samþykktu upphaflega að taka þátt í rannsókninni en brottfallið var talsvert mikið og að lokum voru aðeins 60 konur eftir sem uppfylltu skilyrðin fyrir þátttöku sem meðal annars voru ≥ 10 stig á BDI. Þar af voru 30 konur í tilraunahóp sem skipt var niður í smærri stuðningshópa og 30 konur í viðmiðunarhóp sem fengu ekki jafningjastuðning í hóp. Konurnar í tilraunahópnum hittust í fjögur skipti í 1,5-2 klst. í senn og voru umræðuefni fyrirfram ákveðin þó að svigrúm hefði verið veitt fyrir aðrar umræður innan hópsins. Við lok tímabilsins voru sömu spurningalistar lagðir fyrir allar konurnar, bæði í tilrauna- og viðmiðunarhópnum. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að í lok íhlutunarinnar fengu konurnar í tilraunahópnum marktækt færri stig á BDI en konurnar í viðmiðunarhópnum en aðeins 33,3 % þeirra skorðu ennþá ≥ 10 stig á BDI til móts við 60 % kvennanna í viðmiðunarhópnum. Marktækur munur var einnig á milli hópanna þegar kom að skynjuðum stuðningi eftir íhlutunina en tilraunahópurinn hafði þar einnig betur.

Óformlegur stuðningur

Í Danmörku hefur það lengi tíðkast að hjúkrunarfræðingar heilsugæslunnar bjóði konum með nýfædd börn upp á að hitta aðrar nýbakaðar mæður í hverfinu sínu og eru þeir gjarnan með hópunum þegar þeir hittast í fyrsta skipti en draga sig svo í hlé. Þetta er úrræði sem stendur öllum mæðrum til boða óháð því hvort þær eru í áhættuhóp fyrir þróun fæðingarþunglyndis eða ekki. Það er fyrst og fremst forvarnalegs eðlis, til þess að konur, sem ef til vill hafa lítinn eða engan stuðning vinkvenna með börn, hafi vettvang til þess að ræða um ýmislegt sem viðkemur nýburanum og foreldrahlutverkinu (Sundhed.dk, 2012). Engar vísindalegar heimildir fundust fyrir gagnsemi úrræðisins við gerð verkefnisins en til gamans má geta að í danskri rannsókn á áhættuþáttum fæðingarþunglyndis bentu niðurstöðurnar til þess að algengi þess væri ekki nema 5,5 % þegar miðað er við EPDS ≥ 13 stig (Forman o.fl., 2000). Í yfirlitsgrein Shaw, Levitt, Wong og Kaczorowski (2006) sem fjallar um árangur stuðnings við konur eftir fæðingu benda niðurstöður samt sem áður til þess að slíkur ómarkviss stuðningur við konur án tillits til áhættuþátta bæti hvorki geðheilsu, foreldrahæfni, lífsgæði né líkamlega heilsu nýbakaðra mæðra. Allar rannsóknirnar sem höfundar rýndu í eiga uppruna sinn í vestrænum löndum en engin þeirra er þó frá Danmörku. Hér á landi eru sams konar hópar myndaðir með óformlegra móti eins og í gegnum vefsíður (t.d. www.draumaborn.is) þar sem áætlaður fæðingarmánuður barns er notaður sem viðmið fyrir inngöngu. Það er svo tilviljun háð hversu oft konurnar hittast á meðgöngu og eftir fæðingu og hversu margar mæta hverju sinni, en áhyggjuefni og vafamál kvennanna eru einnig rædd á spjallþráðum vefsíðnanna auk þess sem þær skiptast á ráðleggingum.

Hindranir gegn stuðningi

Persónulegir þættir

Það getur verið þrautinni þyngra fyrir konur, sem glíma við einkenni þunglyndis á meðgöngu eða eftir fæðingu, að átta sig á vandamálinu, viðurkenna það fyrir sjálfum sér og öðrum og loks að leita sér hjálpar. Hvort sem þær eru meðvitaðar um vandamálið eða ekki þá getur það reynst þeim erfitt að sætta sig við greininguna og þá félagslegu skömm (*social stigma*) sem þær skynja í kringum hana því að með því að leita sér hjálpar eru þær að viðurkenna fyrir samfélaginu að þær séu raunverulega þunglyndar (Buist o.fl., 2005; Goodman, 2009). Niðurstöður ástralskrar rannsóknar sem ætlað var að bæta greiningu fæðingarþunglyndis og efla aðgengi að úrræðum bentu til þess að aðeins lítil hluti nýbakaðra mæðra bæri réttilega kennsl á einkenni þunglyndis samanborið við heimilislækna, eða aðeins 36 % á móti 80 % lækna þegar notast var við tilbúin dæmi kvenna með fæðingarþunglyndi (Buist o.fl., 2005). Í eigindlegum rannsóknum á stuðningsþörfum kvenna og hindrunum hefur komið fram að konur telji þætti í eigin fari vera helstu hindrunina gegn því að þær leiti sér hjálpar (Bilszta, Ericksen, Buist og Milgrom, 2010; Letourneau o.fl., 2007). Konurnar sem rætt var við í rannsóknunum lýstu skömm og sektarkennd yfir því að standa ekki undir væntingum samfélagsins um hina fullkomnu móður því að í þeirra augum voru þær einar í heiminum að glíma við þessi einkenni og þær bliknuðu í samanburði við aðrar mæður sem virtust ráða fram úr sömu verkefnum eins og ekkert væri (Bilszta o.fl., 2010; Raymond, 2009). Út frá fyrri upplifunum sínum á öðrum mæðrum áttu þær von á því að hæfileikar í móðurhlutverkinu kæmu af sjálfsdáðum og þegar þær upplifðu erfiðleika og gremju við umönnun barna sinna varð þörfin þeim mun ríkari að halda andliti og að það liti að minnsta kosti út fyrir að þær hefðu allt á hreinu. Óttinn við það að vera álitnar slæmar mæður og að börn þeirra yrðu jafnvel tekin af þeim jók enn á þörfina fyrir að halda andliti

þegar kom að því að hitta heilbrigðisstarfsfólk í ungbarnaeftirlitinu. Konurnar lýstu því einnig að gjarnan reyndist þeim erfitt að greina á milli eðlilegra breytinga sem fylgdu inngöngunni í móðurhlutverkið og sjúklegs ástands og því kysu þær að bíða og sjá hvort að einkennin yrðu meira afgerandi eða myndu lagast með tímanum (Bilszta o.fl., 2010; Dennis og Chung-Lee, 2006).

Umhverfisþættir

Konunum fannst miklu máli skipta að þeim og börnum þeirra væri sinnt af sem fæstum aðilum innan heilbrigðiskerfisins og eftir því sem trúnaður og traust jókst á milli þeirra og heilbrigðisstarfsfólksins þeim mun líklegri voru þær til þess að deila tilfinningum og vanlíðan sinni með þeim (Bilszta o.fl., 2010; Raymond, 2009). Margar konur upplifðu einnig neikvæð viðhorf frá heilbrigðisstarfsfólki sem sinnti þeim. Konunum fannst talað niður til þeirra ef þættir tengdir umönnun barna þeirra voru á skjön við almennar ráðleggingar um ungbarnavernd og ekki jók það líkurnar á að konurnar deildu reynslu sinni með sömu aðilum. Þegar þær gerðu svo tilraun til þess að deila vanlíðan sinni með heilbrigðisstarfsfólki fannst þeim allt of algengt að gert væri lítið úr líðan þeirra með því að segja að hún væri eðlileg í stað þess að samþykkja vanlíðanina sem slíka (Bilszta o.fl., 2010; Dennis og Chung-Lee, 2006). Það var þeim gjarnan mikill léttir að fá staðfestingu á því að þær væru ekki endilega svona ómögulegar og slæmar mæður heldur væri eitthvað að sem þyrfti að vinna með (Bilszta o.fl., 2010). Innan margra menningarhópa er einnig talsvert algengt að eiginmenn og fjölskyldur þunglyndra kvenna reyni að aftra þeim frá því að sækja sér aðstoð fagfólks vegna þess að skömm er talin af því að opinbera vanlíðan utan fjölskyldunnar því að það sé hennar hlutverk að sinna þessum stuðningsþörfum kvennanna (Dennis og Chung-Lee, 2006; Letourneau o.fl., 2007). Það var einnig áberandi hversu lítil fræðsla og upplýsingar konunum fannst að væru í boði um þunglyndi á meðgöngu og eftir fæðingu og þau úrræði sem stæðu

þeim til boða (Bilszta o.fl., 2010; Goodman, 2009; Raymond, 2009). Bróðurpartur kvenna (69,4 %) í meginlegri rannsókn Goodman (2009) á viðhorfum og hindrunum gagnvart meðferðum við þunglyndi, hefði viljað sækja þjónustuna beint á þann stað þar sem mæðra- og ungbarnavernd fer fram. Í sömu rannsókn voru konurnar (n=509) einnig beðnar um að svara því hvaða hindranir væru líklegastar til þess að hamla því að þær leituðu sér stuðnings frá fagmönnum en lang stærsti hluti þeirra bar fyrir sig tímaleysi (64,7 %) en margar sögðu einnig helstu ástæðurnar vera félagslega skömm, skort á barnapössun, að vita ekki hvaða úrræði stæðu þeim til boða og möguleikinn á því að þær hefðu ekki efni á þjónustunni.

Innflytjendastaða

Innflytjendur eru sérstakur og áhugaverður hópur þegar kemur að þunglyndi á meðgöngu og eftir fæðingu en niðurstöður rannsókna hafa bæði bent til þess að þessar konur séu í aukinni áhættu fyrir því að þróa með sér þunglyndi á barneignaskeiði (Davey o.fl., 2011; Lansakara, Brown og Gartland, 2010; Rubertsson o.fl., 2005) á meðan aðrir rannsakendur hafa ekki komið auga á slík tengsl (Dayan o.fl., 2010; Huang, Wong, Ronzio og Yu, 2007). Konur sem falla í minnihlutahóp sökum kynþáttar eða þjóðernis eru líklegri til þess að leita sér ekki læknishjálpar vegna vanlíðunar og finnst þær síður þurfa á henni að halda (Huang o.fl., 2007). Þegar borið er saman við aðrar konur eru þær einnig síður spurðar út í vanlíðan, þunglyndiseinkenni og samband við maka í heimsóknum til heilbrigðisstarfsfólks (Lansakara o.fl., 2010). Callister o.fl. (2011) stóðu fyrir eigindlegri rannsókn á nýbökkuðum mæðrum sem voru aðfluttar til Bandaríkjanna frá Mið- eða Suður-Ameríku þar sem tilgangurinn var að lýsa viðhorfum þeirra og hjálpa þeim að koma auga á hindranir gegn því að þær leituðu sér stuðnings heilbrigðisstarfsfólks. Þátttakendur áttu það sameiginlegt að vera með einkenni fæðingarþunglyndis samkvæmt skimun á heilsugæslustöð og að hafa afþakkað geðheilbrigðisþjónustu. Upplifun kvennanna á hindrunum gegn því að þær leituðu stuðnings

frá heilbrigðisstarfsfólki var að mörgu leyti svipuð og í rannsóknum Goodman (2009) og Bilszta o.fl. (2010) þar sem þær bentu á tíma- og peningaskort, skort á barnapössun og erfiðleika við að koma sér milli staða. Takmörkuð enskukunnátta setti einnig strik í reikninginn og gerði sumum konum ennþá erfiðara fyrir að tjá sig um vanlíðan sína við fagfólk. Þær lýstu því einnig að í menningu þeirra væri ríkjandi viðhorf að stuðning ætti fyrst og fremst að sækja frá fjölskyldumeðlimum en ekki heilbrigðisstarfsfólki og þeim viðhorfum var erfitt að breyta við komuna til nýs lands. Þær sem höfðu sagt skilið við nána ættingja í heimalandinu upplifðu því mikinn einmanaleika og félagslega einangrun á meðan þær, sem voru svo lánsamar að hafa flust til landsins með helstu stuðningsaðilana með í för, lýstu því hvað stuðningur þeirra hefði hjálpað þeim mikið í bataferlinu (Callister o.fl., 2011).

Umræður

Greinilegt er að framfarir hafa orðið á síðustu áratugum þegar kemur að skimun, greiningu og meðhöndlun meðgöngu- og fæðingarþunglyndis en þó er enn langt í land, sérstaklega þegar kemur að meðgönguþunglyndi. Það er ef til vill að einhverju leyti eðlilegt, þar sem umræða og rannsóknir tengdar þunglyndi á meðgöngu eru mun skemur á veg komnar heldur en þegar kemur að fæðingarþunglyndi (Dayan o.fl., 2010). Engu að síður hafa rannsóknir bent á það að talsvert stór hluti þeirra kvenna sem eru þunglyndar á meðgöngu er það einnig stuttu eftir fæðingu (Leigh og Milgrom, 2008; Rubertsson o.fl., 2005) og því er mikilvægt að grípa inn í sem fyrst svo að áhrifin á móðurina, barnið og fjölskylduna alla verði sem minnst. Í klínískum leiðbeiningum um mæðravernd, sem síðast voru uppfærðar árið 2008, kemur fram að fyrri geðsaga sé það eina sem skima eigi eftir meðal þungaðra kvenna þegar kemur að andlegri heilsu þeirra á meðgöngu. Í íslensku leiðbeiningunum er ekki talin ástæða til þess að notast við skimunartæki eins og EPDS (Landlæknisembættið, 2008), þrátt fyrir að margoft hafi verið sýnt fram á notagildi kvarðans á meðgöngu (Bergink o.fl., 2011; Bunevicius o.fl., 2009; Murray og Cox, 1990). Í leiðbeiningum NICE, sem gefið er til kynna að íslensku leiðbeiningarnar séu miðaðar við, er sérstaklega tekið fram að mælitæki í líkingu við EPDS kvarðann geti verið gagnleg við mat á líðan á meðgöngu. Þar er einnig bent á tvær til þrjár einfaldar spurningar sem heilbrigðisstarfsfólk ætti að nýta sér til þess að meta núverandi geðheilsu kvennanna við fyrstu heimsókn, hvort sem er á meðgöngu eða eftir fæðingu (NICE, 2007). Kvarðinn hefur þó takmarkaða gagnsemi einn og sér og er ætlast til þess af heilbrigðisstarfsfólki að það geti lesið í óyrta tjáningu skjólstæðinga sinna og beitt bæði faglegri þekkingu og innsæi til þess að finna þær konur sem eru í áhættuhóp (Cox og Holden, 2003). Fræðimenn þyrftu þó að koma sér saman um það hvenær hentugast væri að leggja listann fyrir þungaðar konur og hvort til greina kæmi að gera það oftár en einu sinni

til þess að líkurnar á réttri greiningu yrðu sem mestar. Skimunartæki eins og EPDS kvarðinn virðast þó ekki vera nægilega sértæk fyrir þunglyndiseinkenni á meðgöngu því að samkvæmt íslenskri rannsókn á þunguðum konum reyndust fleiri konur sem skorðu hátt á EPDS kvarðanum vera með kvíða í stað þunglyndis (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2011). Bent hefur verið á að eftir fæðingu mætti leggja EPDS kvarðann fyrir konur bæði fyrr og oftari til þess að fá betri heildarmynd af líðan mæðra á fyrsta árinu í kjölfar fæðingar (Arna Kristín Guðmundsdóttir og Harpa Hlíf Bárðardóttir, 2011) en það er mjög misjafnt milli kvenna hvenær fyrstu einkenni fæðingarþunglyndis koma fram (Goodman, 2004). Stór hluti kvenna leitar sér ekki hjálpar vegna andlegrar vanlíðunar að fyrra bragði og finnst jafnvel ekki við hæfi að leita til heilsugæslunnar með vandamál af andlegum toga (Dennis og Chung-Lee, 2006). Ekki er hægt að fullyrða um það hvort íslenskir hjúkrunarfræðingar skimi fyrir þunglyndiseinkennum á meðgöngu eður ei og hversu oft þeir leggja EPDS listann fyrir konurnar án þess að það sé sérstaklega rannsakað. Allir ættu þeir að hafa greiðan aðgang að leiðbeiningum NICE og nýjustu rannsóknum á þessu sviði ef áhugi og vilji eru á annað borð fyrir hendi. Fagleg vinnubrögð við skimun og greiningu þunglyndiseinkenna svo snemma í barneignarferlinu væru líkleg til þess að skila sér í bættem hag fyrir konuna, ófætt barn hennar og alla fjölskyldu hennar ef rétt er að farið (Bergink o.fl., 2011; Leigh og Milgrom, 2008). Borið hefur á því að konum hafi fundist hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk ekki vera nógu beinskeytt í nálgun sinni þegar skimað er fyrir fæðingarþunglyndi (Lansakara o.fl., 2010; Letourneau o.fl., 2007). Konur telja að úrræði séu ekki nægilega sýnileg og að samfella í þjónustu á meðgöngu og eftir fæðingu sér ófullnægjandi. Þær vilja sjá breytingar sem auðvelda þeim að deila áhyggjum sínum og vandamálum með einhverjum sem þær eru farnar að þekkja vel og hafa myndað traust samband við (Bilszta o.fl., 2010; Letourneau o.fl., 2007; Raymond, 2009; Thome, 2003).

Vísbendingar eru um að upplifun kvenna á stuðningi frá maka spili stóran þátt í þróun þunglyndiseinkenna bæði á meðgöngu og eftir fæðingu (Bilszta o.fl., 2008; Dennis og Ross, 2006; Kearns o.fl., 1997; Lau, 2011; Senturk o.fl., 2011; Xie o.fl., 2011; Xie o.fl., 2010) og benda niðurstöður eigindlegar rannsóknar til þess að tilfinningalegur stuðningur skipti þar mestu máli (Dennis og Chung-Lee, 2006). Einnig er áhugavert hversu mikið verr konur sem upplifa lítinn eða engan stuðning frá maka sínum standa með tilliti til þunglyndiseinkenna í samanburði við einhleypar konur (Bilszta o.fl., 2008). Það þýðir því ekki einungis að horfa á fjölda stuðningsaðila, heldur er nauðsynlegt að meta hvaðan stuðningurinn er fenginn og gæði þess stuðnings sem konan skynjar í kringum sig. Það mun þó eflaust alltaf verða erfitt að koma auga á það hvar nákvæman uppruna þunglyndiseinkennanna er að finna því að vanlíðan annars aðila í parsambandi hefur sterka fylgni við vanlíðan hins (Matthey o.fl., 2000; Soliday o.fl., 1999; Thome og Arnardóttir, 2012). Vestrænar rannsóknir hafa einnig bent á að karlmenn upplifa meiri vanlíðan á meðgöngu heldur en eftir fæðingu barns (Condon o.fl., 2004; Matthey o.fl., 2000) og getur það tengst því að konur upplifi minni stuðning frá mökum sínum á meðgöngu heldur en eftir fæðingu (Gameiro o.fl., 2010; Kearns o.fl., 1997) þar sem mikil vanlíðan skerðir óhjákvæmilega getuna til þess að veita öðrum stuðning. Heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir heilsugæslu í barneignafarlinu mætti því leggja meiri áherslu á að sinna fjölskyldunni sem heild og hefjast handa við það strax á meðgögunni að efla samband og samskipti verðandi foreldra ásamt því að fræða foreldra um mikilvægi þess að ræða um hluti sem koma að umönnun og uppeldi barns áður en það kemur í heiminn því ágreiningur á því sviði eins og öðru leiðir til skynjunar beggja á minni stuðningi makans og auknum líkum á þunglyndiseinkennum (Dennis og Ross, 2006). Ýmis mælitæki hafa verið nefnd sem ætlað er að meta skynjun kvenna á stuðningi á meðgöngu og er stuðningur maka einn af þáttunum sem metnir eru. SSA er eitt þessara mælitækja sem gæti reynst gagnlegt í klíník þar sem listinn er bæði notendavænn, einfaldur og auðveldur í úrvinnslu. Markmiðið

með skimun væri að koma auga á þá tegund stuðnings sem konur telja að vanti upp á svo hægt sé að koma til móts við þarfir þeirra á einstaklingsmiðaðan hátt (Norwood, 1996). Til þess að hægt væri að hefja meðferðina sem fyrst hjá þeim þörum sem upplifa vanlíðan á meðgöngu væri skynsamlegt að leggja spurningalistann fyrir fljótlega eftir fyrstu komu í meðgönguvernd. Á móti kemur hins vegar að rétt eins og þegar einkenni þunglyndis eru metin, þá er ekki endilega hægt að vænta þess að konur svari spurningalistanum heiðarlega þegar þær hafa ekki myndað traust samband við viðkomandi heilbrigðisstarfsmann (Bilszta o.fl., 2010; Raymond, 2009) og því gæti verið tilefni til þess að leggja listann fyrir aðeins seinna á meðgöngunni.

Stuðningur jafningja er úrræði sem mikið hefur verið notað í geðheilbrigðisþjónustu síðustu ár og hefur reynst gagnleg sem viðbótarmeðferð fyrir einstaklinga samhliða annarri hefðbundinni meðferð við þunglyndi (Pfeiffer o.fl., 2011). Rannsóknir eru þó fremur skammt á veg komnar þegar kemur að jafningjastuðningi kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu, sérstaklega þegar kemur að stuðningi í hóp. Flestar rannsóknirnar hafa snúið að einstaklingsstuðningi jafningja í formi heimsókna eða í gegnum síma með mismunandi árangri og hafa úrræðin verið háð þjálfun og kennslu jafningjanna af hendi heilbrigðisstarfsmanna (Dennis, 2003b; Dennis o.fl., 2009; Letourneau o.fl., 2011). Niðurstöðum eigindlegra rannsókna ber þó saman um að konur sem höfðu upplifað einkenni fæðingarþunglyndis og náð bata lýsa því að þeim hefði þótt hjálplegt að hitta aðrar konur með svipaða reynslu í hóp á meðan þær voru að glíma við þunglyndiseinkennin (Dennis og Chung-Lee, 2006; Letourneau o.fl., 2007; Raymond, 2009). Konur sem líklegri eru til þess að hafa takmarkaðan stuðning fjölskyldu í kringum sig, eins og í tilfelli innflytjenda, lýsa jafnvel enn sterkari þörf fyrir að fara út úr húsi og hitta aðrar mæður (Callister o.fl., 2011). Það er þó ekki í samræmi við niðurstöður megindlegrar rannsóknar frá Bandaríkjunum þar sem aðeins lítill hluti þungaðra kvenna hefði sett hópmeðferð ofarlega á lista yfir gagnleg meðferðarúrræði vegna þunglyndiseinkenna.

Takmarkanir þeirrar rannsóknar voru þó nokkrar þar sem um hentugleikaúrtak giftra, hvítra kvenna af yfirstétt var að ræða auk þess sem þátttaka í rannsókninni var ekki háð þunglyndiseinkennum eða stigafjölda á EPDS (Goodman, 2009). Munurinn gæti verið fólgin í því að eigindlegu rannsóknirnar lýsa viðhorfum kvenna sem flestar hafa náð bata og sjá hlutina ef til vill í nýju ljósi eftir að hafa fengið tíma til þess að horfa til baka og læra af reynslunni en það er alls óvíst hvort þær hefðu verið jafn opnar fyrir jafningjastuðning í hóp á meðan líðan þeirra var sem verst. Engu að síður virðist sem jafningjastuðningur í hóp sé árangursrík leið til þess að draga úr þunglyndiseinkennum kvenna eftir fæðingu (Chen o.fl., 2000) þrátt fyrir að þörf sé fyrir fleiri sambærilegar rannsóknir. Hér á landi stendur konum til boða meðferð í hóp bæði á meðgöngu og eftir fæðingu í gegnum FMB teymi Landspítalans að því gefnu að þeim sé vísað þangað í gegnum heilsugæsluna eða aðra heilbrigðisstarfsmenn (Valgerður Lísá Sigurðardóttir, 2011). Áhugavert væri að rannsaka hvaða áhrif stuðningur í jafningjahóp hefði á andlega líðan íslenskra kvenna sem fengið hefðu til dæmis $\geq 9/10$ stig á EPDS 9 vikum eftir fæðingu og væru þar af leiðandi í áhættuhóp fyrir þróun fæðingarþunglyndis, þar sem hjúkrunarfræðingar á heilsugæslu myndu halda utan um starfsemi hópanna.

Áhersla í heilbrigðisþjónustu verður sífellt meiri á mun milli ólíkra menningarhópa og hvernig hægt sé að veita umönnun og hjúkrun á þann hátt að hún stangi ekki á við gildi og venjur einstaklinga af ólíkum uppruna (Zdanuk, 2007). Þjónusta við konur á barneignaskeiði og fjölskyldur þeirra er þar engin undantekning og eru sífellt fleiri rannsóknir sem benda á mun milli mismunandi menningarhópa þegar kemur að meðgöngu- og fæðingarþunglyndi. EPDS kvarðinn sem mikið hefur verið notaður af heilbrigðisstarfsfólki á meðgöngu og eftir fæðingu hefur verið þýddur á yfir 20 tungumál víðs vegar um heiminn og hefur víða reynst gagnlegur við skimun fyrir þunglyndiseinkennum og við greiningu þunglyndis (Cox og Holden, 2003). Þó er ekki víst að það sé viðeigandi að nota sömu mælitækin milli mismunandi menningarhópa og úrvalið er þónokkuð af mælitækjum sem ætlað er að meta

Þunglyndiseinkenni á barneignaskeiði. Þrátt fyrir að algengi fæðingarþunglyndis sé almennt um 10-15 % á heimsvísu (Fishel, 2007) þá er áhugavert hversu mikill munur getur samt sem áður verið milli einstakra landa. Í fræðilegri samantekt á algengi fæðingarþunglyndis í Asíulöndum virðist algengið vera með því lágsta í Malasíu, eða um 3,5 %, á meðan það er allt að 63,3 % í Pakistan. Skimunar- og greiningaraðferðir og viðmiðunarmörk kvarða eru mismunandi milli rannsókna og óvíst er hvort næmi og sértækni mælitækjanna hafi verið sannreynd í öllum löndunum (Klainin og Arthur, 2009). Til samanburðar hefur algengi fæðingarþunglyndis meðal íslenskra kvenna verið áætlað um 14 % þegar miðað er við EPDS ≥ 12 stig (Thome, 2000). Sömu sögu er að segja af meðgönguþunglyndi, þar sem rannóknar- niðurstöður hafa bent til að algengið sé um 20 % í Asíu og allt að 33,1 % í Tyrklandi (Roomruangwong og Epperson, 2011; Senturk o.fl., 2011) þegar algengið á heimsvísu er áætlað mun lægra (Bennett o.fl., 2004). Á Íslandi eru um 13 % kvenna sem fá greiningu á geðrænum vandamálum á meðgöngu (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2011). Ýmsar menningarlegar athafnir sem tengjast fæðingunni, eins og hvíldartími móður sem fær aðstoð frá móður sinni eða tengdamóður í ákveðinn tíma eftir fæðingu, eru almennt taldar jákvæðar og stuðla að minni líkum á fæðingarþunglyndi móður. Að sama skapi eru ýmsir þættir sem liggja djúpt í menningu ákveðinna þjóða sem aukið geta líkurnar á fæðingarþunglyndi ýmist beint eða óbeint. Einn af þessum þáttum er kyn barns en í Indlandi, Kína og víðar er löng hefð fyrir því að drengir séu ákjósanlegra kyn heldur en stúlkur. Það hefur orðið til þess að nýbakaðar mæður sem eignast stúlkubörn eru í mun meiri hættu á að þróa með sér einkenni fæðingarþunglyndis (Bina, 2008; Xie o.fl., 2007). Þetta er dæmi um menningarmun sem vert er að hafa í huga þegar heilbrigðisstarfsfólk sinnir indverskum og kínverskum mæðrum því að menningin er eitthvað sem fólk skilur ekki endilega við þó það flytjist úr landi. Kona sem átt hefur stúlkubarn gæti haft mun meiri þörf fyrir stuðning vegna skorts á stuðningi frá fjölskyldumeðlimum auk þess sem hún gæti sjálf verið að syrgja það að hafa ekki eignast

dreng. Staða innflytjenda hefur einnig fengið talsverða athygli þegar kemur að því hvort áhættan fyrir þróun þunglyndis á meðgöngu og eftir fæðingu sé aukin hjá þessum hópi kvenna eður ei en niðurstöðum rannsókna ber þó ekki saman um það. Þekkt er að flutningi til annars lands fylgir gjarnan skortur á stuðningi, þar sem hugsanlega hafa nánir fjölskyldumeðlimir og vinir orðið eftir í heimalandinu, en innflytjendamening er þó mismunandi á milli landa og er misjafnlega inngreipt í menningu hvers og eins lands. Niðurstöðum rannsókna frá Kanada og Svíþjóð ber saman um það að innflytjendur séu í aukinni hættu á þróun fæðingarþunglyndis miðað við almennt þýði á meðan bandarískir og franskir rannsakendur hafa ekki komið auga á þessa auknu áhættu (Davey o.fl., 2011; Dayan o.fl., 2010; Huang o.fl., 2007; Rubertsson o.fl., 2005). Allt eru þetta lönd þar sem stór hluti íbúanna (10,18-18,76 %) eru innflytjendur (Wikipedia, 2012) og eiga slíkar rannsóknir því fullt erindi upp á borð þarlandra rannsakennda. Munurinn á milli landa gæti falist í því hversu vel eða illa stjórnvöldum hefur tekist að laga heilbrigðiskerfið að þörfum hópa af fjölbreyttum uppruna og það gæti sett strik í reikninginn hversu ör fjölgun innflytjenda hefur verið á skömmum tíma.

Lokaorð

Vanlíðan og þunglyndi foreldra getur haft áhrif á aðra meðlimi fjölskyldunnar til frambúðar og því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk átti sig á líðan, sambandi og samskiptum verðandi foreldra snemma á meðgöngunni svo hægt sé að vinna með þau svið sem vantar upp á þannig að báðir foreldrar séu líklegri til þess að upplifa gagnkvæman skilning og stuðning hvor frá öðrum. Rannsóknir hafa sýnt að upplifun á stuðningi maka er mikilvægur þáttur þegar kemur að andlegri líðan og aðlögun beggja foreldra að foreldra-hlutverkinu. Hvort sem er á meðgöngu eða eftir fæðingu þá ættu hjúkrunarfræðingar að huga að því að mynda traust samband við foreldra til þess að skimun og mat á andlegri líðan geti á annað borð leitt til árangursríkrar meðferðar og bættrar útkomu fyrir fjölskylduna. Hjúkrunarfræðingar verða að vera óhræddir við að spyrja spurninga og koma sér beint að efninu því konur hafa ekki endilega orð á því að fyrra bragði ef þær eru að glíma við andlega vanlíðan. Einnig verða þeir að vera meðvitaðir um eigin færni og takmarkanir þegar kemur að því að veita stuðning og meðferð, vita hvaða úrræði standa fjölskyldum til boða og notfæra sér þau markvisst.

Fjölbreytni meðferðarúrræða er til góðs, þar sem hægt er að mæta mismunandi þörfum fólks fyrir stuðning, hvort sem hann er í formi einstaklings- eða hópstuðnings, úti í samfélaginu eða á heimilum fjölskyldanna. Aðgengi að stuðningsúrræðum verður að vera gott auk þess sem úrræðin þurfa að vera sýnileg í samfélaginu fyrir hugsanlegum notendum þjónustunnar. Jafningjastuðningur er úrræði sem rannsóknir sýna að getur verið árangursríkur þegar hann er veittur markvisst til kvenna í áhættuhóp á meðgöngu eða eftir fæðingu en tilefni er til rannsókna á því hvort og hvernig jafningjastuðningur gæti gagnast íslenskum konum sem glíma við einkenni þunglyndis á barneignaskeiði.

Innflytjendum fjölgar stöðugt víða um heim og er Ísland þar engin undantekning. Að sama skapi verður skjólstæðingahópur heilbrigðisstarfsfólks sífellt fjölbreyttari og þó að hver og einn einstaklingur hafi vissulega ólíkar þarfir óháð þjóðerni og uppruna, þá getur það verið gagnlegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að gera sér grein fyrir viðhorfum og gildum ólíkra menningarhópa sem gætu annars hindrað rétta nálgun og meðhöndlun þunglyndiseinkenna.

Heimildaskrá

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington: Höfundur.

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. og Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314(7085), 932-936.

Arna Kristín Guðmundsdóttir og Harpa Hlíf Bárðardóttir. (2011). *Fæðingarþunglyndi. Endurmat á vinnuleiðbeiningum með EPDS kvarðanum*. BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.

Barnes, J., Senior, R. og MacPherson, K. (2009). The utility of volunteer home-visiting support to prevent maternal depression in the first year of life. *Child Care Health and Development*, 35(6), 807-816.

Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-304.

Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.

Beck, C. T. og Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272-282.

Beck, C. T. og Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research*, 50(3), 155-164.

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. og Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A. o.fl. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 385-389.
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A. og Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44-54.
- Bilszta, J. L. C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. og Buist, A. E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: Outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 56-65.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29(6), 568-592.
- Boyce, P. M. (2003). Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health*, 6 Suppl 2, 43-50.
- Buist, A., Bilszta, J., Barnett, B., Milgrom, J., Ericksen, J., Condon, J. o.fl. (2005). Recognition and management of perinatal depression in general practice - a survey of GPs and postnatal women. *Australian Family Physician*, 34(9), 787-790.
- Bunevicius, A., Kusminskas, L., Pop, V. J., Pedersen, C. A. og Bunevicius, R. (2009). Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(4), 238-243.

- Callister, L. C., Beckstrand, R. L. og Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 40(4), 440-449.
- Chen, C.-H., Tseng, Y.-F., Chou, F.-H. og Wang, S.-Y. (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(6), 395-399.
- Cohen, S. og Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Condon, J. T., Boyce, P. og Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
- Cox, J. og Holden, J. (2003). Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Cox, J. L., Holden, J. M. og Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression - development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E. og Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, 15(7), 866-875.
- Dayan, J., Creveuil, C., Dreyfus, M., Herlicoviez, M., Baleyte, J.-M. og O'Keane, V. (2010). Developmental model of depression applied to prenatal depression: Role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS ONE*, 5(9).

- Dennis, C. -L. (2003a). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332.
- Dennis, C. -L. (2003b). The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(2), 115-124.
- Dennis, C. -L. og Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C. -L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E. o.fl. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338.
- Dennis, C. -L. og Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Fishel, A. H. (2007). Mental health and substance abuse during pregnancy. Í Lowdermilk, D.L. og Perry, S.E. (ritstjórar), *Maternity and Women's Health Care* (bls. 900-924). St. Louis: Mosby.
- Forman, D. N., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J. D. og Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: Identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.

- Gameiro, S., Boivin, J., Canavarro, M. C., Moura-Ramos, M. og Soares, I. (2010). Social nesting: Changes in social network and support across the transition to parenthood in couples that conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Journal of Family Psychology, 24*(2), 175-187.
- Gibb, S. og Hundley, V. (2007). What psychosocial well-being in the postnatal period means to midwives. *Midwifery, 23*(4), 413-424.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn- Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 33*(4), 410-420.
- Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth: Issues in Perinatal Care, 36*(1), 60-69.
- Guedeney, N. og Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry, 13*(2).
- Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins. (2009). *EPDS*. Sótt 9. mars 2012 af <http://www.6h.is/index.php?option=content&task=view&id=511&Itemid=549>.
- Hopkins, J. og Campbell, S.B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health, 11*(1), 57-65.
- House, J. S., Umberson, D. og Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology, 14*.
- Huang, Z. H. J., Wong, F. Y., Ronzio, C. R. og Yu, S. M. (2007). Depressive symptomatology and mental health help-seeking patterns of US- and foreign-born mothers. *Maternal and Child Health Journal, 11*(3), 257-267.

- Kearns, R. A., Neuwelt, P. M., Hitchman, B. og Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health & Social Care in the Community*, 5(5), 296-308.
- Klainin, P. og Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355-1373.
- Landlæknisembættið. (2008). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu: Klínískar leiðbeiningar. Sótt 22. nóvember 2011 af <http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4407>.
- Landlæknisembættið. (2009). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra. Sótt 22. nóvember 2011 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3850>.
- Landlæknisembættið. (2010). Ung- og smábarnavernd: Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára. Sótt 24. nóvember 2011 af <http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4138>.
- Lansakara, N., Brown, S. J. og Gartland, D. (2010). Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 807-816.
- Lau, Y. (2011). A longitudinal study of family conflicts, social support, and antenatal depressive symptoms among chinese women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 206-219.
- Leigh, B. og Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24).

- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. -L., Rinaldi, C. M. o.fl. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(5), 441-449.
- Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C. -L., Hegadoren, K., Duffett-Leger, L. og Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 345-357.
- Linda Bára Lýðsdóttir, Halldóra Ólafsdóttir, Marga Thome, Jón Friðrik Sigurðsson og Louise Howard. (2011). Skimun fyrir þunglyndi hjá þunguðum konum: Hvað erum við í raun að finna? [útdráttur]. Veggspjald á Vísindi á vordögum 28.apríl til 5.maí 2011, LSH, Reykjavík.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C. o.fl. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: A cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9304), 378-385.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. og Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- Matthey, S., Henshaw, C., Elliott, S. og Barnett, B. (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale - implications for clinical and research practice. *Archives of Womens Mental Health*, 9(6), 309-315.

- Murray, D. og Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), 99-107.
- Murray, L. og Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 55-63.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007, febrúar). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*. Sótt 24. nóvember 2011 af <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30433/30433.pdf>.
- National Screening Committee. (2006). *National Screening Committee Policy: Postnatal depression*. Bretland: Höfundur.
- Norwood, S. L. (1996). The Social Support Apgar: Instrument development and testing. *Research in Nursing & Health*, 19(2), 143-152.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M. og Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36.
- Raymond, J. E. (2009). 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*, 25(1), 39-49.
- Roomruangwong, C. og Epperson, C. N. (2011). Perinatal depression in Asian women: Prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomedicine*, 5(2), 179-193.

- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P. og Radestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Womens Mental Health*, 8(2), 97-104.
- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O. og Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S. og Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 33(3), 210-220.
- Small, R., Johnston, V. og Orr, A. (1997). Depression after childbirth: The views of medical students and women compared. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 24(2), 109-115.
- Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K. og O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 30-38.
- Sundhed.dk. (2012, febrúar). *Netværksdannende mødregrupper med opstart af sundhedsplejerske*. Sótt 20. febrúar 2012 af <http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/kommuner/vordingborg/graviditet-og-barsel/netvaerksdannende-moedregrupper/>.
- Thome, M. (2000). Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Archives of Womens Mental Health*, 3(1), 7-14.

- Thome, M. (2003). Severe postpartum distress in Icelandic mothers with difficult infants: A follow-up study on their health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 104-112.
- Thome, M. og Arnardottir, S.B. (2012). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: A single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*. Í prentun.
- Thome, M., Orlygsdottir, B. og Elvarsson, B. T. (2011). Evaluation of the clinical effect of an on-line course for community nurses on post-partum emotional distress: A community-based longitudinal time-series quasi-experiment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Sótt 14. maí 2012 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00954.x/abstract>.
- Valgerður Lísa Sigurðardóttir. (2011). Foreldrar, meðganga, barn – FMB teymi á Landspítala. *Ljósmaðrablaðið*, 89(2), bls. 42.
- Wickberg, B., Tjus, T. og Hwang, P. (2005). Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: A naturalistic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 33-41.
- Wikipedia. (2012, febrúar). *List of countries by foreign-born population in 2005*. Sótt 20. febrúar 2012 af http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_foreign-born_population_in_2005.
- Xie, R. H., He, G. P., Liu, A. Z., Bradwejn, J., Walker, M. og Wen, S. W. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Social Science & Medicine*, 65(4), 680-684.

Xie, R. H., Liao, S., Xie, H., Guo, Y., Walker, M. og Wen, S. W. (2011). Infant sex, family support and postpartum depression in a Chinese cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(8), 722-726.

Xie, R. H., Yang, J. Z., Liao, S. P., Xie, H. Y., Walker, M. og Wen, S. W. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 50(4), 340-345.

Zdanuk, J.L. (2007). Assessment and health promotion. Í Lowdermilk, D.L. og Perry, S.E. (ritstjórar), *Maternity and Women's Health Care* (bls. 88-124). St. Louis: Mosby.