

ANDLEG VANLÍÐAN VERÐANDI FORELDRA Á MEÐGÖNGU ÁHRIF ÞESS Á MAKA OG Á GÆÐI PARASAMBANDS

SARA LOVÍSA HALLDÓRSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINENDUR: MARGA THOME OG STEFANÍA B. ARNARDÓTTIR

JÚNÍ 2009



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Leiðbeinendum mínum, þeim Mörgu Thome og Stefaníu B. Arnardóttur vil ég færa miklar þakkir fyrir ánægjulegt samstarf, góða leiðsögn og ábendingar. Það hefur verið mjög spennandi að fá innsýn inn í þeirra vinnu og lærdómsríkt að vinna með þeim.

Einnig vil ég þakka fjölskyldu minni fyrir hvatningu og ómetanlegan stuðning við vinnu þessa verkefnis. Sérstakar þolinmæðisþakkir fær maðurinn minn, Gísli Páll Sigurðsson fyrir stuðning og óbilandi trú á mér í gegnum þetta nám.

Útdráttur

Lokaverkefni þetta er byggt á stærri rannsókn um fjölskyldumiðaða hjúkrunarmeðferð við vanlíðan kvenna á meðgöngu. Rannsóknin var unnin og framkvæmd af leiðbeinendum þessa verkefnis á tímabilinu 2007-2009. Tilgangur þessa verkefnis er að skoða hvort andleg vanlíðan verðandi foreldra hafi áhrif á líðan maka þeirra og á gæði parasambands.

Úrtak rannsóknarinnar voru verðandi mæður (n=57) sem voru á öðrum þriðjungi meðgöngunnar (12-32 vikur) og makar þeirra (n=47). Mæðurnar áttu það sameiginlegt að hafa lýst yfir andlegri vanlíðan í meðgönguvernd í Reykjavík og verið vísað til geðteymis heimahjúkrunar. Notast var við Edinborgar þunglyndiskvarðann (EDS) við mat á andlegri vanlíðan og Samskiptakvarða Spaniers (DAS) við mat á gæðum parasambands. Við greiningu gagna var notuð lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Helstu niðurstöður voru að ekki reyndist vera marktæk fylgni milli vanlíðan hinnar verðandi móður og föður á EDS. Talsvert hátt hlutfall af verðandi feðrum í úrtakinu upplifðu andlega vanlíðan miðað við erlendar rannsóknir á feðrum á meðgöngu. Ekki reyndist vera marktækur munur á líðan einstaklings eftir því hvort maki hans upplifði vanlíðan eða ekki. Ekki reyndist heldur fylgni milli vanlíðan móður og hvernig hún eða maki hennar mátu gæði sambandsins skv. DAS. Hinsvegar var marktæk fylgni á vanlíðan föður við mat parsins á gæðum sambands þeirra skv. DAS. Bæði hinn verðandi faðir og maki hans mátu gæði sambands síns marktækt verr ef hinn verðandi faðir glímdi við andlega vanlíðan.

Lykilorð: Líðan foreldra á meðgöngu, andleg vanlíðan, parasamband

Abstract

This study is part of a larger study with the aim to evaluate a family nursing intervention for pregnant women, who presented with psychological distress during prenatal care and their families and was conducted by the instructors of this study. The purpose of this study is to investigate the effects of prenatal parental psychological distress on the spouse and on the quality of the couple's relationship.

The sample consists of pregnant women (n=57) and their spouse (n=47). The women were referred by midwives and general practitioners to the psychiatric nursing team of the primary health care service in Reykjavík because of psychological distress. Psychological distress was assessed by the Edinburgh Depression Scale (EDS) and the quality of the couple's relationship by the Dyadic Adjustment Scale (DAS). Descriptive statistics, Pearson's r and t-test were used to analyse the data.

The results of this study show that there is no statistical correlation of psychological distress between the partners prenatally. However, a considerably high proportion of prenatal fathers in the sample appeared to experience psychological distress compared to studies from other countries. There was no significant difference between the psychological distress of the men or women regardless of whether the spouse was experiencing psychological distress or not. There was no correlation between psychological distress of the prenatal mother and how she or her spouse evaluated the quality of their relationship on DAS. However, there was a negative correlation between the psychological distress of the prenatal father and how the couple evaluated the quality of their relationship on DAS.

Keywords: wellbeing, pregnancy, expectant parents, psychological distress, relationship quality.

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Útdráttur	iv
Abstract	v
Efnisyfirlit	vi
Listi yfir myndir og töflur	viii
Inngangur	1
Fræðileg samantekt	3
Að verða foreldri	3
Geðheilsa á meðgöngu	4
Vanlíðan á meðgöngu	5
Munur á kynjunum, tjáning	7
Vanlíðan mæðra á meðgöngu	7
Vanlíðan feðra á meðgöngu	8
Algengi vanlíðanar á meðgöngu	10
Áhrif vanlíðanar einstaklings á maka hans	11
Breytingar á sambandi pars/hjóna við barneign	13
Áhrif vanlíðanar á samband	14
Aðferð	15
Rannsóknarsnið	15

Mælitæki.....	16
Edinborgar þunglyndiskvarðinn.	16
Samskiptakvarði Spaniers.....	18
Greining gagna	19
Niðurstöður	20
Andleg vanlíðan á meðgöngu.....	20
Áhrif vanlíðanar á maka	20
Gæði sambands.....	21
Áhrif vanlíðanar á gæði sambands	23
Umræður	26
Almenn umræða	26
Hversu algeng er andleg vanlíðan á meðgöngu?	26
Er samband milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans?	28
Hvernig eru gæði parasambands á meðgöngu?	30
Er samband milli vanlíðanar einstaklings/maka og gæði parasambands?.....	30
Takmarkanir rannsóknar.....	33
Ályktanir, framtíðarsýn og hvernig niðurstöður nýtast í hjúkrun.....	34
Lokaorð	36
Heimildaskrá	37
Viðaukar.....	44

Listi yfir myndir

Mynd 1. Fylgni DAS stiga móður og föður.....	22
Mynd 2. Fylgni EDS stiga föður og DAS stiga föður.....	24
Mynd 3. Fylgni EDS stiga föður og DAS stiga móður.....	24

Listi yfir töflur

Tafla 1. Hlutfall verðandi foreldra sem upplifa vanlíðan á meðgöngu.....	11
Tafla 2. Andleg vanlíðan á meðgöngu.....	20
Tafla 3. Meðaltal EDS miðað við EDS gildi maka.....	21
Tafla 4. Gæði sambands.....	22
Tafla 5. Meðaltal DAS miðað við EDS gildi.....	25
Tafla 6. Meðaltal DAS miðað við EDS gildi maka.....	25

Inngangur

Þegar einstaklingar verða foreldrar er það yfirleitt einn af stærri viðburðum í lífi þeirra og krefst það yfirleitt talsverðrar aðlögunar í lífi fjölskyldunnar. Einstaklingar innan fjölskyldunnar fá ný hlutverk og þurfa að læra nýja hluti og aðlaga fjölskyldulífið að nýfædda barninu. Þetta tímabil getur falið í sér streitu fyrir fjölskylduna og rannsóknir hafa sýnt fram á talsvert hátt hlutfall verðandi mæðra sem upplifa andlega vanlíðan og fjölskyldur sem upplifa minnkandi gæði sambands yfir þetta tímabil (Buist, Morse, & Durkin, 2003; Condon, Boyce, & Corkindale, 2004; Seimyr, Edhborg, Lundh, & Sjogren, 2004). Minna er hinsvegar vitað um líðan verðandi feðra og áhrif þeirra á það hvernig fjölskyldan tekst á við þetta tímabil. Nú þegar feður eru farnir að taka meira þátt í meðgöngu, fæðingu og uppeldi barna sinna er verðugt að skoða þeirra upplifun og hlutverk í ferlinu betur.

Í námi í hjúkrunarfræði hefur mikil áhersla verið lögð á fjölskyldumiðaða nálgun í hjúkrun. Það kom nemandi því á óvart í verklega hluta námsins hversu falinn skjólstæðingahópur hinir verðandi feður virtust oft vera í meðgönguvernd. Nemandi hefur mikinn áhuga á þessu tímabili meðgöngunnar sem og á geðvernd og lá því efni verkefnisins nokkuð beint við. Tilgangur þessa verkefnis er að skoða andlega vanlíðan verðandi foreldra á meðgöngu og hvort hún hefur áhrif á maka og á gæði parasambandsins. Andleg vanlíðan í gegnum þetta tímabil og minnkandi gæði sambands eru talin hafa neikvæð áhrif á heilsu og lífsgæði einstaklingsins, barnsins og fjölskyldunnar (Burke, 2003; Ramchandani o.fl., 2008). Fjölskyldan er yfirleitt í talsverðum samskiptum við heilsugæsluna á þessu tímabili og er því möguleiki á að koma til móts við þarfir fjölskyldunnar og styðja hana í gegnum þetta ferli.

Lokaverkefni þetta er byggt á stærri rannsókn um fjölskyldumiðaða hjúkrunar meðferð við vanlíðan kvenna á meðgöngu, sem er unnin og framkvæmd af Stefaníu B. Arnardóttur heilsugæsluhjúkrunarfræðingi og dr. Mörgu Thome prófessor við Háskóla Íslands á árunum 2007 - 2009. Unnið var úr spurningarlistum sem konurnar í úrtakinu og makar þeirra svöruðu í upphafi meðferðar. Rannsóknarsniðið er lýsandi samanburðarrannsókn og var við greiningu gagna notast við lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Meginhugtök verkefnisins eru líðan foreldra á meðgöngu, andleg vanlíðan verðandi fedra og mæðra og gæði parasambands á meðgöngu. Heimilda var að mestu aflað í gegnum gagnasöfn Bókasafns Landspítala Háskólasjúkrahúss þar sem stuðst var við Pub-Med og Scopus auk þess sem farið var í frumheimildir út frá þeim rannsóknum sem fundust.

Rannsóknarspurningar eru:

1. Hversu algeng er andleg vanlíðan á meðgöngu?
2. Er samband milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans?
3. Hvernig eru gæði parasambands á meðgöngu?
4. Er samband milli vanlíðanar einstaklings/maka og gæði parasambands?

Fræðileg samantekt

Að verða foreldri

Að eignast barn er yfirleitt stór viðburður í lífi foreldra og felur í sér umbreytingatímabil (transition) í lífi þeirra og fjölskyldunnar sem getur haft mikil áhrif á andlega líðan og félagslega virkni (Condon o.fl., 2004; Cowan, 1991; Deave og Johnson, 2008). Umbreyting er stig milli félagsstaða, þar sem einstaklingurinn tilheyrir ekki lengur sinni fyrri stöðu (barnlaus) en hefur ekki ennþá fengið aðgang að nýrri stöðu (foreldri). Einstaklingurinn er þarna í nokkurskonar tímabundnu stöðuleysi eða jaðarstöðu og felur það í sér möguleika á ógnandi eða skaðlegum áhrifum á einstaklinginn (Draper, 2003). Þetta getur verið sérstaklega streituvaldandi fyrir einstaklinga sem eru að verða foreldrar í fyrsta sinn þar sem það getur falið í sér óvissu um hvernig nýja hlutverkið verður og hversu mikil breyting verður á lífinu eftir fæðingu barnsins (Draper, 2003). Þetta umbreytingatímabil byrjar á meðgöngunni þegar hinir verðandi foreldrar byrja að tengjast barninu og undirbúa komu þess og lýkur þegar fjölskyldan hefur aðlagast þessum nýja einstakling, en það felur í sér talsverða aðlögun að breyttum aðstæðum (Perren, von Wyl, Burgin, Simoni og von Klitzing, 2005). Umbreytingin felur í sér að líf fjölskyldunnar, sem að öllu jöfnu hefur einkennst af ákveðnu jafnvægi getur farið úr skorðum þar sem fyrri aðlögunarleiðir duga ekki lengur til. Ójafnvægi tekur við og einstaklingarnir og fjölskyldan geta þá upplifað tímabundið álag eða streitu. Fjölskyldan tekst á við þetta álag með því að taka upp ný hlutverk, aðferðir, færni og hegðun til að takast á við nýjar aðstæður og koma á nýju jafnvægi. Eðlilegar umbreytingar fela þannig bæði í sér hættur og tækifæri þar sem fjölskyldan getur þroskast og styrkst ef leyst er vel úr viðfangsefninu, en ef ekki tekst nógu vel til er hætta á stöðnun, hnignun eða andlegum erfiðleikum (Cowan, 1991; Knoester og Eggebeen, 2006). Ekki

er lengur litið svo á að þetta sé eingöngu tímabil sem feli í sér tilhlökkun og ánægju hinna verðandi eða nýorðnu foreldra, því þessu tímabili getur fylgt talsvert álag sem getur haft alvarleg áhrif á andlega vellíðan.

Meðgönguvernd hefur aðallega beinst að hinni verðandi móður en hugsanlega þarf að huga sérstaklega að feðrum á þessu tímabili þar sem mörgum feðrum finnst þeim vanta upplýsingar og finnst þeir illa undirbúnir undir þær breytingar á sambandi og lífsstíl sem verða eftir fæðingu barns (Fletcher, Vimpani, Russell og Sibbritt, 2008).

Geðheilsa á meðgöngu

Almennt er talað um geðheilsu sem ástand þar sem einstaklingnum líður vel (Stuart og Laraia, 2005). Geðheilsa er þannig metin úfrá því hvernig einstaklingnum líður með sjálfan sig og aðra, hvernig hann tekst á við þær kröfur sem til hans eru gerðar og getu hans til að takast á við streituvalda með því að virkja viðeigandi bjargráð. Geðsjúkdómar hafa síðan verið skilgreindir sem léleg aðlögun við streituvaldi og að einstaklingurinn sé ófær um að virkja bjargráð (Nies og McEwen, 2007).

Meðganga og fæðing barns getur falið í sér talsvert álag fyrir verðandi og nýorðna foreldra. Ferlið getur falið í sér andlega- og félagslega aðlögun, breytingar á fjölskyldulífinu og høgum fjölskyldunnar og ekki ná allir að takast nógu vel á við þær breytingar og aðlagast farsælega (Cox, Paley, Burchinal og Payne, 1999; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco og Costa, 2009). Rannsóknir hafa leitt í ljós að tímabilið í kringum fæðingu barns gerir foreldra viðkvæma fyrir andlegri vanlíðan (Evans, Heron, Francomb, Oke og Golding, 2001; Marcus, 2009). Á undanförunum árum hefur áhersla í meðgönguvernd verið aðallega á líkamlega heilsu móður og barns og fyrirbyggingu líkamlegra heilbrigðisvandamála (Marga Thome, 2006). Þessi

áhersla hefur vissulega skilað árangri því í dag er ungbarna- og mæðradauði orðinn tiltölulega sjaldgæfur á Vesturlöndum og er það talið vera bæði vegna bættrar heilsu þegnanna, aðstæðna í samfélaginu og vegna góðrar meðgönguverndar (Lowdermilk og Perry, 2007). Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2005) eru bresk samtök sem gefa út skýrslu reglulega þar sem skoðaðar eru ástæður fyrir ungbarna- og mæðradauða þar í landi. Í síðustu skýrslu sem kom út árið 2005 kom fram að geðsjúkdómar væru nú til dags aðalorsök mæðradauða í Bretlandi og er því brýnt að huga betur að þessum málaflokki.

Vanlíðan á meðgöngu.

Andleg vanlíðan á meðgöngu er vítt hugtak sem felur m.a. í sér lækkað skap, þreytu, streitu og kvíða sem getur haft neikvæð áhrif á daglegt líf. Sú andlega vanlíðan sem verðandi foreldrar kljást við á meðgöngu og hefur mest verið rannsökuð eru þunglyndiseinkenni. Þunglyndi er sá geðsjúkdómur sem er algengastur á öllum tímápunktum í lífi einstaklingsins en algengast er að einstaklingurinn veikist á barneignartímabilinu, á milli tvítugs og fertugs (Stuart og Laraia, 2005). Kvíði og streita eru einnig nokkuð algeng á þessu tímabili og fara stundum samhliða þunglyndiseinkennum (Murray og Cox, 1990; Teixeira o.fl., 2009). Rannsóknir hafa einnig bent á að meðganga og fyrsta árið eftir fæðingu barns feli í sér miklar breytingar á lífi einstaklingsins og geri hann sérstaklega útsettan fyrir kvíða- og þunglyndiseinkennum. Einnig að þessi einkenni séu algengari hjá þessum hópi verðandi og nýbakaðra foreldra en gengur og gerist (Matthey, Barnett, Kavanagh og Howie, 2001; Perren o.fl., 2005; Seimyr o.fl., 2004; Teixeira o.fl., 2009).

Einkenni þunglyndis eru m.a. depurð, minnkaður áhugi, breytingar á svefni og líkamsþyngd, eirðarleysi, einbeitingarleysi, þreyta eða orkuleysi, vanmáttarkennd og jafnvel

dauðahugsanir (Lowdermilk og Perry, 2007). Ekki hefur verið sýnt fram á að þunglyndis- og kvíðaeinkenni sem koma fram á meðgöngu og eftir fæðingu séu frábrugðin einkennum á öðrum tímabilum ævinnar (Marcus, 2009). Hugsanlega eru þó breytingar á tíðni einkenna sem gjarnan eru notuð til að greina þunglyndi, en einkenni sem snúa að svefni og matarlyst geta verið hluti af eðlilegum breytingum á þessu tímabili (Kammerer o.fl., 2009; Lowdermilk og Perry, 2007; Marcus, 2009). Kammerer, o.fl. (2009) skoðuðu algengi þunglyndiseinkenna skv. DSM IV, sem er handbók gefin út af amerískum samtökum um geðsjúkdóma (American Psychological Association), hjá ófrískum konum og konum sem höfðu nýlega eignast barn. Þessi einkenni voru heldur oftast til staðar hjá konum sem eru þunglyndar á þessu tímabili en þeim sem eru það ekki, en einkenni eins og breytingar á svefni og þreyta/orkuleysi eru þó til staðar hjá um þriðjung þeirra ófrísku kvenna sem ekki voru þunglyndar. Eina einkennið sem virtist þó vera algjörlega ótengt þunglyndi á þessu tímabili var matarlyst (Kammerer o.fl., 2009). Kvíði sem tengist áhyggjum, óöryggi og hjálpleysi, er einnig nokkuð algengur á meðgöngu, en á því tímabili virðast þessar áhyggjur og kvíði yfirleitt beinast að heilbrigði barnsins, fæðingunni sjálfri eða fósturmissi (Ohman, Grunewald og Waldenstrom, 2003).

Rannsóknir á andlegri vanlíðan á meðgöngu eru tiltölulega stutt á veg komnar, sérstaklega hjá verðandi feðrum. Þetta virðist þó ekki eingöngu vera vandamál hinna verðandi mæðra, en í einni rannsókn þar sem um 100 þörum var fylgt eftir á meðgöngu og eftir fæðingu fyrsta barns var a.m.k. annar aðilinn þunglyndur hjá 3/5 af þörunum (Raskin, Richman og Gaines, 1990). Andleg vanlíðan virðist vera vangreind og vanmeðhöndluð á tímabilinu í kringum fæðingu barns en hún getur haft neikvæðar afleiðingar fyrir einstaklinginn, barnið og fjölskylduna (Deater-Deckard, Pickering, Dunn og Golding, 1998; Kammerer o.fl., 2009).

Munur á kynjunum, tjáning.

Birtingarmynd þunglyndis virðist vera ólík hjá körlum og konum. Ekki þannig að upplifun kynjanna á þunglyndi sé endilega ólík, heldur liggur munurinn í því að karlmenn tjái vanlíðan sína öðruvísi (Brownhill, Wilhelm, Barclay og Schmied, 2005). Real (1998) fann í rannsóknum sínum á þunglyndi karla að áður en einkenni ná klassískum einkennum þunglyndis komi þunglyndi karla gjarnan fram í stressi, árásarhneigð eða áfengismisnotkun (sjá Bech, 2001). Vanlíðan hjá karlmönnum getur þannig verið falin á bakvið andfélagslega hegðun og áhættuhegðun s.s. áfengis og vímuefnanotkun, sjálfskaðandi hegðun, árásarhneigð og ofbeldi og getur vanlíðan þeirra því verið misskilin og vangreind (Brownhill o.fl., 2005). Karlmenn virðast þannig frekar nota skaðlegar aðlögunarleiðir á meðan konur eigi auðveldara með að gráta, viðurkenna vanlíðan sína fyrir öðrum og leita sér hjálpar (Brownhill o.fl., 2005; Matthey o.fl., 2001). Það er einnig hugsanlegt að karlmenn upplifi andlega vanlíðan á annan hátt en konur en það getur verið að feður finni frekar fyrir kvíða heldur en þunglyndi á þessu tímabili (Field o.fl., 2006; Matthey o.fl., 2001; Matthey, Barnett, Howie og Kavanagh, 2003).

Vanlíðan mæðra á meðgöngu.

Andleg vanlíðan móður eftir fæðingu barns hefur talsvert verið rannsökuð en þunglyndi kvenna eftir fæðingu barns er talið vera allt að þrisvar sinnum algengari stuttu eftir barnsburð heldur en á öðrum tímum ævinnar og er áætlað að um 10-15% kvenna þjáist af þunglyndi á þessu tímasteiði (Raphael-Leff, 2009; Seimyr o.fl., 2004; Marga Thome, 1999). Vanlíðan á meðgöngu hefur heldur minna verið rannsökuð en nokkrar rannsóknir hafa bent á að andleg vanlíðan á meðgöngu sé mögulega jafn algeng og eftir fæðingu barns og geti verið áhættuþáttur fyrir áframhaldandi vanlíðan eftir fæðingu barns (Beck, 2001; Matthey, Barnett, Ungerer og Waters,

2000; Murray og Cox, 1990; Seimyr o.fl., 2004). Þannig geti vanlíðan á meðgöngu verið áhættuþáttur fyrir langvinna vanlíðan ef ekki er brugðist við (Perren o.fl., 2005). Auk þess að hafa mikil áhrif í lífi konunnar getur andleg vanlíðan haft neikvæðar afleiðingar á líkamlega heilsu hennar en konur sem þjást af andlegri vanlíðan á meðgöngu mæta síður í meðgönguvernd. Einnig hafa fundist tengsl við verri þyngdaraukningu og verri heilsuhegðun, s.s. áfengisnotkun og reykingar sem geta haft slæm áhrif á fóstrið (Evans o.fl., 2001; Murray og Cox, 1990). Auk þess hefur vanlíðan mæðra á meðgöngu verið tengd verri útkomu fyrir fóstrið en hún getur haft neikvæð áhrif á virkni og vöxt fóstursins auk áhrifa á útkomu nýburans (Evans o.fl., 2001; Field o.fl., 2006).

Vanlíðan fedra á meðgöngu.

Eftir að kvenréttindasamtök fóru að láta í sér heyra og konur fóru að vinna meira utan heimilisins hafa hlutverk kynjanna innan fjölskyldunnar, í hinum vestræna heimi, breyst talsvert. Aukin áhersla er á að karlar leggi sitt af mörkum til heimilisins og að feður séu meiri þátttakendur í lífi barna sinna (Finnbogadottir, Crang Svalenius og Persson, 2003). Feður eru einnig hvattir til að vera heima með maka og barni eftir fæðingu barnsins með tilkomu laga um fæðingar- og fedraorlof nr. 95/2000 en markmið laganna er að tryggja barninu samvist við báða foreldra og gera bæði konum og körlum kleift að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf.

Það þykir nú til dags orðinn sjálfsagður hlutur að karlmenn taki þátt í meðgöngunni og séu viðstaddir fæðingu barna sinna en áður þótti það nánast óhugsandi. Þrátt fyrir að þeim sé boðið að taka meira þátt og þáttöku þeirra nánast krafist nú til dags (Helga Gottfreðsdóttir, 2005), getur hinsvegar verið að ekki sé búið að aðlaga þjónustu við fjölskyldu á meðgöngu og eftir fæðingu nægjanlega vel að aukinni þátttöku þeirra. Þegar karlmenn sem voru að eignast sitt

fyrsta barn voru spurðir út í upplifun sína af meðgöngunni og fæðingunni kom í ljós að þrátt fyrir að þeim væri boðið að taka þátt fannst þeim þeir vera án hlutverks og þeim væri jafnvel ofaukið. Auk þess fannst þeim þá skorta upplýsingar, vera vanmáttugir og óvissir með hlutverk sitt og þess vegna mjög viðkvæmir (Draper, 2003). Í rannsókn Helgu Gottfreðsdóttur (2005) sem tók viðtal við verðandi feður komu fram svipaðar niðurstöður en hinum verðandi feðrum þóttu þeir verða útundan á meðgöngunni, vanta þekkingu og vera þar af leiðandi nokkuð hjálparvana. Feðrum virðist einnig finnast meðgönguvernd einblína á konuna og að áhyggjuefni feðranna væru hunsuð (Finnbogadottir o.fl., 2003). Þeir eru þannig áhorfendur, en ekki virkir þátttakendur.

Á síðustu árum, eftir að feður fóru að taka meira þátt í þessu ferli hefur þekking á líðan verðandi feðra aukist þrátt fyrir að hún sé enn talsvert takmörkuð. Það hefur komið í ljós að þeir geta líka fundið fyrir andlegri vanlíðan á þessu breytingaskeiði. Í rannsókn Condon, Boyce og Corkindale (2004) þar sem yfir 300 feður voru skoðaðir, bæði á meðgöngunni og eftir fæðingu fyrsta barns síns kom í ljós að fleiri karlmenn voru þunglyndir (miðað við EDS >12 stig), á meðgöngu heldur en eftir fæðingu barns (Condon o.fl., 2004). Aðrar rannsóknir hafa stutt þetta, en í rannsókn Buist, Morse og Durkin (2002) upplifðu feður mesta vanlíðan á meðgöngu, sem síðan minnkaði eftir fæðingu barns. Í rannsókn Condon, Boyce og Corkindale (2004) kom jafnframt fram að feður drukku meira áfengi, upplifðu meira þunglyndi og pírting, höfðu neikvæðara viðmót sem og fleiri líkamleg einkenni á meðgöngunni heldur en eftir fæðingu barns (Condon o.fl., 2004). Því er hugsanlegt að feður upplifi meira álag á meðgöngunni heldur en eftir fæðingu barns.

Þunglyndi feðra á meðgöngu getur einnig tengst þunglyndi eftir fæðingu barns (Matthey o.fl., 2000). Vanlíðan feðra eftir fæðingu getur síðan haft neikvæð áhrif á tengslamyndun milli föður og barns og haft neikvæð áhrif á þroska barnsins (Field o.fl., 2006).

Algengi vanlíðanar á meðgöngu.

Konur eru á öllum tímabilum ævinnar með tvisvar til þrisvar sinnum hærri tíðni þunglyndis en karlar (Deater-Deckard o.fl., 1998). Í rannsókn Buist og féлага (2002), þar sem þör voru skoðuð á meðgöngu og eftir fæðingu reyndust feður upplifa vanlíðan á meðgöngu í jafn miklu mæli og mæður, en mæðurnar upplifðu aftur á móti meiri vanlíðan á öðrum tímum.

Nokkrar rannsóknir voru skoðaðar til að finna út tíðni andlegrar vandlíðanar á meðgöngu og í þeim rannsóknum voru um 14-22% kvenna með andlega vanlíðan á meðgöngu og 2-12% karla. Mismunandi var hvaða mælitæki voru notuð til að meta vanlíðan og hvaða viðmiðunargildi voru notuð og var því ákveðið að setja það upp í yfirlit (tafla 1). Niðurstöður sýna að yfirleitt reyndist vanlíðan vera mest á meðgöngu og minnka síðan eftir fæðingu barns (Buist o.fl., 2003; Condon o.fl., 2004; Evans o.fl., 2001; Matthey o.fl., 2000; Teixeira o.fl., 2009).

Tafla 1. Hlutfall verðandi foreldra sem upplifa vanlíðan á meðgöngu

Höfundar	Ár	Land	Pátttakendur	Mælitæki	Viðmiðunar-gildi	Kvk vanlíðan (%)	KK vanlíðan (%)
Areias o.fl.	1996	Portúgal	54 konur og 42 makar þeirra	SADS (viðtöl)		16,3	4,8
Buist o.fl.	2002	Ástralía	225 verðandi feður	EDS	> 10		12 (26v) og 8,7 (36v)
Condon o.fl.	2004	Ástralía	312 verðandi feður	EDS	> 12		5,3
Cox o.fl.	1999	Bandaríkin	140 verðandi feður	CES-D	Kemur ekki fram	14,2	10
Evans o.fl.	2001	Bretland	13799 verðandi mæður	EDS	> 13	11,8 (18v) og 13,6 (32v)	
Fletcher o.fl.	2008	Ástralía	307 verðandi feður og makar þeirra	EDS	> 9	23,5	5,3
Matthey o.fl.	2000	Ástralía	283 verðandi feður og makar þeirra	BDI	> 9	12,3	6,3
Ramchaandani o.fl.	2008	Bretland	14541 verðandi feður	EDS	> 12		2,3
Seimyr o.fl.	2004	Svíþjóð	434 verðandi mæður	EDS	> 10	21	
Teixeira o.fl.	2009	Portúgal	300 verðandi foreldrar	EDS	> 10	22	11,3

Áhrif vanlíðanar einstaklings á maka hans.

Samkvæmt kenningum um fjölskyldukerfi (system theory) þar sem horft er á fjölskylduna sem heild, hefur breyting hjá einum einstaklingi innan fjölskyldunnar áhrif á alla fjölskyldumeðlimi (Wright og Leahey, 2005). Þetta ætti að hafa í huga í sambandi við andlega vanlíðan þar sem maki þunglynds einstaklings virðast vera í aukinni hættu á að eiga við geðræn vandamál að stríða (Burke, 2003; Goodman, 2004). Aðallega hafa áhrif þunglyndis

konunnar/móðurinnar á maka verið skoðuð og hafa rannsóknir sýnt fram á að þunglyndi hennar getur verið áhættuþáttur fyrir þunglyndi makans (Field o.fl., 2006; Fletcher o.fl., 2008; Matthey o.fl., 2001). Í rannsókn þar sem könnuð voru þunglyndiseinkenni hjá nýbökuðum feðrum kom í ljós að þunglyndi þeirra var sterklega tengt þunglyndi maka þeirra og reyndist það vera sá þáttur sem hafði hvað mest forspárgildi fyrir þunglyndi hins nýbakaða föðurs (Bielawska-Batorowicz og Kossakowska-Petrycka, 2006). Í sænskri rannsókn kom jafnframt í ljós að makar kvenna sem leið illa andlega eftir fæðingu upplifðu meiri missi og álag, höfðu fleiri heilsufarsvandamál og notuðu síður feðraorlof sitt. Þeir mátu líf sitt einnig almennt neikvæðara og fannst foreldrahlutverkið erfiðara en öðrum feðrum (Seimyr o.fl., 2004). Rannsókn Matthey o.fl (2000) sýndi að hjá nýbökuðum foreldrum getur vanlíðan föður einnig haft neikvæð áhrif á líðan móður (Matthey o.fl., 2000). Miðað við konur hafa karlmenn yfirleitt minna stuðningsnet og reiða sig meira á maka sinn til stuðnings. Því getur verið að áhrif þunglyndis móður séu meiri á maka heldur en áhrif þunglyndis föður. (Condon o.fl., 2004; Fletcher o.fl., 2008).

Áhrif þunglyndis móður á þroska barnsins hefur talsvert verið rannsakað og hefur það verið tengt því að móðirin bregðist á neikvæðari hátt við barninu og einnig neikvæðum afleiðingum fyrir þroska barnsins (Ramchandani o.fl., 2008). Jafnframt hefur því verið haldið fram að ef báðir foreldrar eru þunglyndir geti það haft samlagningaráhrif þar sem komi fram fleiri neikvæðar afleiðingar heldur en ef aðeins annað foreldri er þunglynt (Burke, 2003). Hjá Tannenbaum og Forehand (1994) kom það fram að í fjölskyldum þar sem móðir er þunglynd en faðir ekki, geti faðirinn minnkað neikvæð áhrif þunglyndis móður á barnið (sjá Burke, 2003). Vísbendingar í þá veru að maki geti haft verndandi áhrif fyrir geðheilsu móðurinnar hafa einnig komið fram (Burke, 2003; Fletcher o.fl., 2008). Marks og félagar (1996) fundu að konur með sögu um geðsjúkdóma, sem upplifðu ekki andlega vanlíðan á fyrstu sex mánuðum eftir fæðingu

barns áttu maka sem voru jákvæðari í garð þeirra heldur en makar þeirra kvenna sem upplifðu andlega vanlíðan.

Breytingar á sambandi pars/hjóna við barneign

Samband parsins breytist yfirleitt eftir fæðingu barns, þar sem parið þarf að endurskilgreina hlutverk sín og takast á við breyttar aðstæður en vísbendingar eru um að þessara breytinga verði vart strax á meðgöngu (Perren o.fl., 2003). Ef einhver vandamál eru til staðar í sambandinu eða ágreiningur milli parsins getur álagið við það að eiga von á barni jafnvel aukist (Finnbogadottir o.fl., 2003). Ánægja með sambandið getur þá minnkað, álagið á sambandið aukist og það jafnvel leitt til sambúðarslita eða ofbeldis (Condon o.fl., 2004; Finnbogadottir o.fl., 2003; Raphael-Leff, 2009). Það samskiptamynstur sem parið þróar með sér á meðgöngu getur einnig verið mikilvægt þar sem í álaginu sem fylgir tímabilinu eftir fæðingu barns hættir þörum til að leita í það far sem var til staðar fyrir fæðingu. Þá geta óánægð þör orðið enn óánægðari (Mattson-Bryan, 2002).

Í rannsókn Condon og féлага (2004) þar sem feður voru skoðaðir á meðgöngu og eftir fæðingu barns. Sú rannsókn sýndi að gæði parasambands versnaði á tímabilinu, sérstaklega í því að þörin sýndu hvort öðru minni væntumþykju. Feðurnir í rannsókninni voru sérstaklega minna ánægðir með samband sitt frá meðgöngu og þar til barnið var árs gamalt. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt fram á verri gæði sambands á þessu tímabili (Buist o.fl., 2003; Mattson-Bryan, 2002).

Áhrif vanlíðanar á samband.

Ef einstaklingur er þunglyndur hefur það möguleika á að hafa neikvæð áhrif á skap makans auk þess sem það getur verið íþyngjandi að búa með þunglyndum einstaklingi. Benazon og Coyne (2000) fundu að makar þunglyndra einstaklinga voru daprari heldur en almenningur. Í þessari sömu rannsókn voru 6% makanna þunglyndir og nefndu þeir álagið við það að búa með þunglyndum maka sem helstu ástæðu fyrir því (sjá Burke, 2003). Þunglyndi einstaklings geta þannig aukið á erfiðleika í sambandi, með hárrí títíni ósættis og skilnaðar (Burke, 2003). Ekki er alveg ljóst hvað er orsök og hvað afleiðing þar sem lélegt samband getur líka verið áhættuþáttur fyrir þróun þunglyndis á þessu tímabili í kringum barnsburð (Burke, 2003).

Bürgin o.fl (2003) fundu að tengsl voru á milli andlegrar vanlíðanar og gæði sambands þar sem meiri vanlíðan tengdist minni gæðum sambandsins (sjá Matthey o.fl., 2000) og hafa aðrar rannsóknir komist að svipuðum niðurstöðum (Perren o.fl., 2003; Steinberg og Bellavance, 1999). Í rannsókn Bellavance og Steinberg (1999) kom fram að konur með þunglyndi mátu gæði sambands síns minni heldur en viðmiðunarhópurinn á DAS kvarðanum (Steinberg og Bellavance, 1999). Í annarri rannsókn þar sem skoðað var þunglyndi hjá nýbökudum feðrum kom fram að feður sem voru þunglyndir í úrtakinu voru óánægðari með þann stuðning sem þeir voru að fá og einnig með samband sitt við makann (Bielawska-Batorowicz og Kossakowska-Petrycka, 2006). Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt þetta, en í rannsókn á feðrum á meðgöngu hefur komið í ljós að feður sem upplifðu vanlíðan eða áttu maka sem voru þunglyndir voru óánægðari í parasambandinu (Buist o.fl., 2003; Seimyr o.fl., 2004).

Aðferð

Rannsóknarsnið

Lokaverkefni þetta er byggt á rannsókn um fjölskyldumiðaða hjúkrunarmedferð við vanlíðan kvenna á meðgöngu, sem er unnin og framkvæmd af Stefaníu B. Arnardóttur heilsugæsluhjúkrunarfræðingi og dr. Mörgu Thome prófessor við Háskóla Íslands og er hluti af þróunarverkefni innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (Stefanía B. Arnardóttir, 2007). Gagnasöfnun stóð yfir á tímabilinu frá nóvember 2007 til apríl 2009. Verkefnið er lýsandi samanburðarrannsókn. Líðan verðandi foreldra og gæði parasambands þeirra var metið eftir því hvort maki þeirra átti við andlega vanlíðan að stríða á meðgöngu eða ekki. Unnið var með þann hluta gagna sem mat andlega vanlíðan (EDS) og gæði sambands (DAS) í upphafi hjúkrunarmedferðar og var notast við þau gögn sem aflað hafði verið til loka mars 2009.

Þýðið í þessari rannsókn voru verðandi mæður sem höfðu lýst andlegri vanlíðan (kvíða- og þunglyndiseinkennum eða öðrum einkennum sem ljósmæður mátu sem áhættuþátt fyrir geðheilsu) fyrir ljósmóður eða lækni í meðgönguvernd og var vísað til geðteymis heimahjúkrunar í Reykjavík. Konur í úrtakinu voru á öðrum þriðjungi meðgöngunnar (12-32 vikur), voru í sambúð eða giftar, búsettar í Reykjavík og töluðu og skildu íslensku.

Þegar tilvísun barst hafði verkefnastjóri geðteymis, sem ekki var rannsakandi, samband við væntanlega þátttakendur, kynnti þeim rannsóknina og bauð þeim þátttöku. Ef þær samþykktu þátttöku fengu þær hjúkrunarmedferð hjá Stefaníu B. Arnardóttur. Hinum verðandi foreldrum var síðan sent kynningarbréf og eyðublað fyrir upplýst samþykki í pósti (sjá viðauka I). Þremur dögum síðar var haft samband við væntanlega þátttakendur símleiðis og þátttaka staðfest eða

henni hafnað. Í kynningarbréfinu kom fram tilgangur rannsóknarinnar og í hverju þátttaka fælist. Þátttakendum var frjálst að hætta þátttöku hvenær sem var og svara einungis hluta af spurningalistum. Nafnleynd var tryggð þannig að spurningalistarnir voru númeraðir og voru greiningarlyklar sem tengja saman nafn og númer geymdir í sitthvorum skápnum, sem báðir voru læstir og verður spurningalistunum eytt að úrvinnslu lokinni. Spurningalistarnir (sjá viðauka II) voru sendir í pósti til þeirra sem samþykktu þátttöku og þeir síðan afhentir rannsakanda auk undirskrifaðs samþykkis í fyrstu heimsókn. Leyfi fyrir rannsókninni voru fengin hjá Vísindasiðanefnd og yfirmönnum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins auk þess sem hún var tilkynnt Persónuvernd.

Mælitæki

Edinborgar þunglyndiskvarðinn.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) eða Edinborgar þunglyndiskvarðinn hefur verið vinsæll til skimunar fyrir þunglyndi hjá mæðrum stuttu eftir fæðingu barns og virðist hann vera réttmætur og áreiðanlegur þunglyndiskvarði fyrir þennan hóp (Marga Thome, 1999). Kvarðinn var upphaflega hannaður til að skima fyrir vanlíðan eftir fæðingu barns en hefur síðan verið prófaður og notaður bæði fyrir nýbakaða feður og forelda á meðgöngu. Á meðgöngu hefur kvarðinn að vísu ekki reynst jafn góður í að skima fyrir minniháttar þunglyndi og eftir fæðingu barns, en hann var góður í að skima fyrir alvarlegra þunglyndi. Kvarðinn reyndist þó ennþá greina þunglyndi betur en aðrir sjálfsmatskvarðar (s.s. BDI og CES-D) á meðgöngunni (Murray og Cox, 1990). Höfundar kvarðans hafa lagt til að talað sé um Edinburgh Depression Scale

(EDS) þegar verið er að tala um önnur tímabil en eftir fæðingu barns (J. Cox og Holden, 2003) og verður það gert hér.

Kvarðinn var upphaflega hannaður til að greina þunglyndi kvenna eftir fæðingu, þar sem aðrir sjálfsmatskvarðar þóttu ekki jafn réttmætir fyrir þennan hóp, þ.e. greindu ekki þær konur sem fundu fyrir andlegri vanlíðan nógu vel frá þeim sem fundu ekki fyrir andlegri vanlíðan. Atriði eins og truflun á svefni og breytt matarlyst, þreyta, breyting á kynlöngun, þyngd og einbeitningu þóttu ekki hafa nógu gott forspárgildi fyrir þunglyndi hjá þessum hóp án þess að farið væri nánar út í ástæður bak við það (Kammerer o.fl., 2009; Matthey o.fl., 2001). Spurningarnar hafa því verið orðaðar þannig að hann leitast við að kanna almenna líðan frekar en líkamleg einkenni (Marga Thome, 1999).

Kvarðinn er sjálfsmatskvarði sem inniheldur tíu spurningar, átta sem snúa að þunglyndiseinkennum og tvær sem snúa að kvíðaeinkennum (Matthey o.fl., 2001). Spurningarnar eru metnar á 4 stiga Likert skala þar sem hvert svar gefur gildi á bilinu 0-3 stig og er spönn heildarstiga 0-30 þar sem fleiri stig tákna meiri vanlíðan. Kvarðinn var þýddur á íslensku og forprófaður af Mörgu Thome. Kvarðinn hefur reynst réttmætur og áreiðanlegur við leit að þunglyndiseinkennum á barneignartímabilinu samkvæmt erlendum rannsóknum (J. Cox og Holden, 2003). Í bresku þýði á konum eftir fæðingu barns reyndist viðmiðunargildið >12 stig vera bæði næmt (sensitive) og sértækt (specific) en af þeim konum sem voru yfir viðmiðunargildinu (≥ 12) reyndust 86% vera raunverulega þunglyndar skv. viðmiðum staðlaðs viðtals til að greina þunglyndi og 78% þeirra sem fengu undir viðmiðunargildinu (<12) reyndust ekki þunglyndar skv. stöðluðu viðtali (J. Cox og Holden, 2003). Á meðgöngu reyndist sama viðmiðunargildi gefa álíka næmni og sértækni (Murray og Cox, 1990). Heppilegt viðmiðunargildi hjá feðrum reyndist í einni rannsókn vera heldur lægra en hjá konum, en þá gaf

viðmiðunargildið >9 stig mesta næmni og sértækni (Matthey o.fl., 2001). Íslensk útgáfa kvarðans hefur reynst áreiðanleg og réttmæt til að leita að þunglyndiseinkennum en næmni hans og sértækni, sem hefur reynst vera aðeins mismunandi milli menningarsamfélaga, hefur ekki verið rannsökuð hérlandis (Marga Thome, 1999).

Samskiptakvarði Spaniers.

Samskiptamatskvarði Spaniers (DAS) er mælitæki sem almennt er notað til að mæla gæði sambands (Prouty, Markowski og Barnes, 2000; Steinberg og Bellavance, 1999). Mælitækið var hannað var til að mæla sambandsaðlögun sem er hluti af sambandsgæðum (Prouty o.fl., 2000). DAS hefur verið notur í mörgum rannsóknum og hefur hann getað greint þör með betri aðlögun frá þeim sem eru óánægðari með samband sitt og einnig greint þau þör sem voru líklegri til að binda enda á samband sitt (Prouty o.fl., 2000). Kvarðinn er sjálfsmatskvarði sem inniheldur 32 atriði, í fjórum flokkum, sem eru a) samræmi í skoðunum/tilfinningum (consensus), b) gagnkvæm ánægja í sambandinu (satisfaction), c) gagnkvæm samheldni (cohesion) og d) tjáningarmáti í sambandinu (affectional expression). Atriðin eru metin á mismunandi Likert skölum og gefur kvarðinn stig á bilinu 0-151 þar sem hærra stig þýða betri samskipti milli parsins, meiri ánægja með sambandið og skuldbindingu til að halda sambandinu áfram (Elek, Hudson og Bouffard, 2003). Í einni rannsókn þar sem þör sem höfðu leitað sér hjónabandsráðgjafar voru skoðuð, kom í ljós að þau þör sem skildu voru með færri stig að meðaltali á DAS heldur en þau sem voru áfram gift (Prouty o.fl., 2000). Spanier (1976) skilgreindi sambandsaðlögun sem ferli sem hægt væri að meta m.t.t. hvort sambandið væri nær góðri eða slæmri aðlögun. Almennt hefur verið notast við viðmiðunargildi milli 92 og 107 til að

greina á milli óánægðra og ánægðra í rannsóknum en er ekki tekin fram næmni og sértækni á þeim viðmiðunargildum. (Graham, Liu og Jeziorski, 2006; Prouty o.fl., 2000).

DAS kvarðinn hefur reynst réttmætur og áreiðanlegur í erlendum rannsóknum (Graham o.fl., 2006; Rush, First og Blacker, 2008). Kvarðinn var þýddur af Lindu Báru Lýðsdóttur sálfræðingi. Rannsókn sem er ætlað að greina áreiðanleika listans í íslensku samfélagi hófst árið 2006.

Greining gagna

Við greiningu gagna var notuð lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði. Byrjað var á að gera grein fyrir meðaltölum og staðalfrávikum til að skoða meðalgildið fyrir úrtakið. Því næst var notað Pearsons' s r til að athuga hvort fylgni væri milli mismunandi breytna og t-próf óháðra úrtaka til að athuga hvort marktækt samband væri á milli breyta (hvort hægt væri að alhæfa um niðurstöður úrtaks yfir á þýði). Úrvinnsla gagna fór fram í tölfræðiforritinu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

Þær rannsóknarspurningar sem unnið var eftir í verkefninu voru eftirfarandi:

1. Hversu algeng er andleg vanlíðan á meðgöngu?
2. Er samband milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans?
3. Hvernig eru gæði parasambands á meðgöngu?
4. Er samband milli vanlíðanar einstaklings/maka og gæði parasambands?

Niðurstöður

Andleg vanlíðan á meðgöngu

Alls svöruðu 57 konur og 47 makar þeirra EDS þunglyndiskvarðanum. Konur voru að meðaltali með 13 stig en karlar með 5,8 stig (sjá töflu 2). Yfir viðmiðunarmörkum fyrir vanlíðan voru 56,1% kvenna í úrtakinu og 23,4% karla.

Tafla 2. Andleg vanlíðan á meðgöngu

	Fjöldi (n)	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal	Staðalfrávik
EDS móðir, heildarstig	57	4	23	13,05	4,44
EDS faðir, heildarstig	47	0	18	5,81	3,71

Áhrif vanlíðanar á maka

Ekki reyndist vera marktæk fylgni milli EDS stiga hinna verðandi móður og föður, $R(47) = 0,25$, $p = 0,093$. Þegar EDS stig föður voru skoðuð miðað við það hvort móðir var fyrir ofan eða neðan viðmiðunarmörk (≥ 12 stig/ < 12 stig) reyndust makar kvenna sem voru undir viðmiðunargildum vera með 5,08 stig að meðaltali á EDS en makar kvenna sem voru yfir viðmiðunargildum voru með 6,57 stig að meðaltali (sjá töflu 3). Þessi munur var þó ekki marktækur, $t(34) = 1,368$, $p = 0,180$. Minni munur var á stigum móður eftir því hvort faðir var

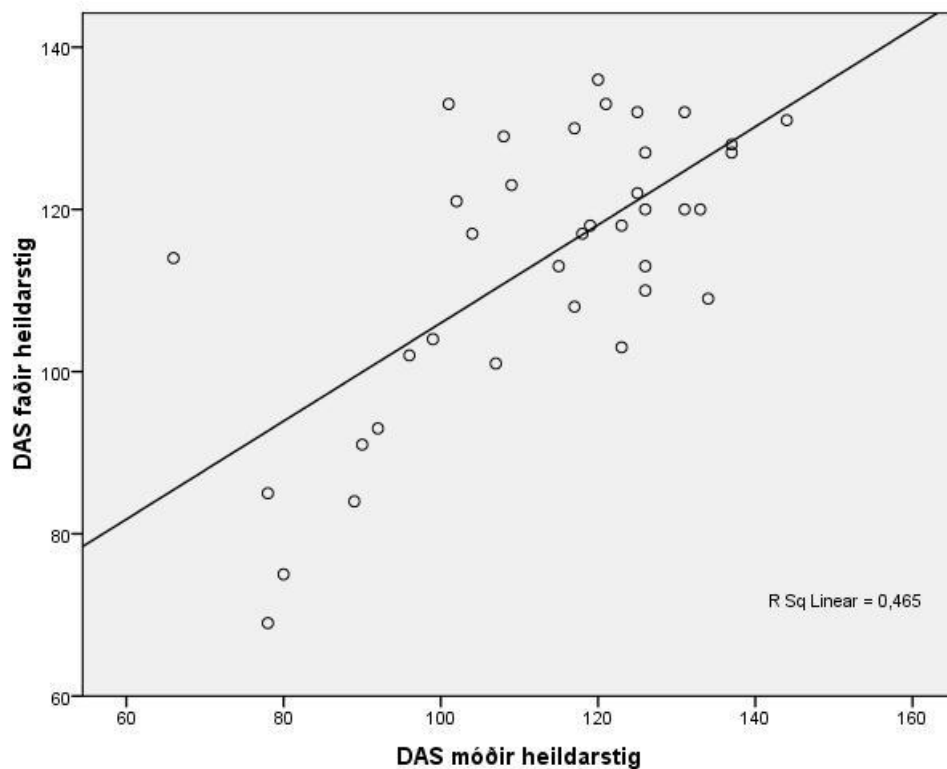
fyrir ofan eða neðan viðmiðunarmörk (≥ 9 / < 9). En makar þeirra feðra sem voru undir viðmiðunargildum voru með 12 stig að meðaltali á EDS en makar feðra sem voru yfir viðmiðunargildum með 12,91 (sjá töflu 3). Þessi munur reyndist heldur ekki marktækur, $t(45) = 0,644$, $p = 0,523$.

Tafla 3. Meðaltal EDS miðað við EDS gildi maka

	EDS stig maka	Fjöldi (n)	Meðaltal	Staðalfrávik
EDS faðir	≥ 12	23	6,57	4,58
EDS faðir	< 12	24	5,08	2,50
EDS móðir	≥ 9	11	12,91	3,45
EDS móðir	< 9	36	12,00	4,26

Gæði sambands

Alls svöruðu 46 mæður og 40 feður DAS kvarðanum um gæði sambands. Meðalsterk jákvæð fylgni var milli DAS stiga parsins, $r(37) = 0,682$, $p = 0,000$, þar sem hærri stig hjá öðrum aðilanum tengdist hærri stigum hjá makanum (sjá mynd 1). Konur fengu að meðaltali 112,9 stig, en karlar 114,2 stig á DAS (sjá töflu 4).



Mynd 1. Fylgni DAS stiga móður og föður

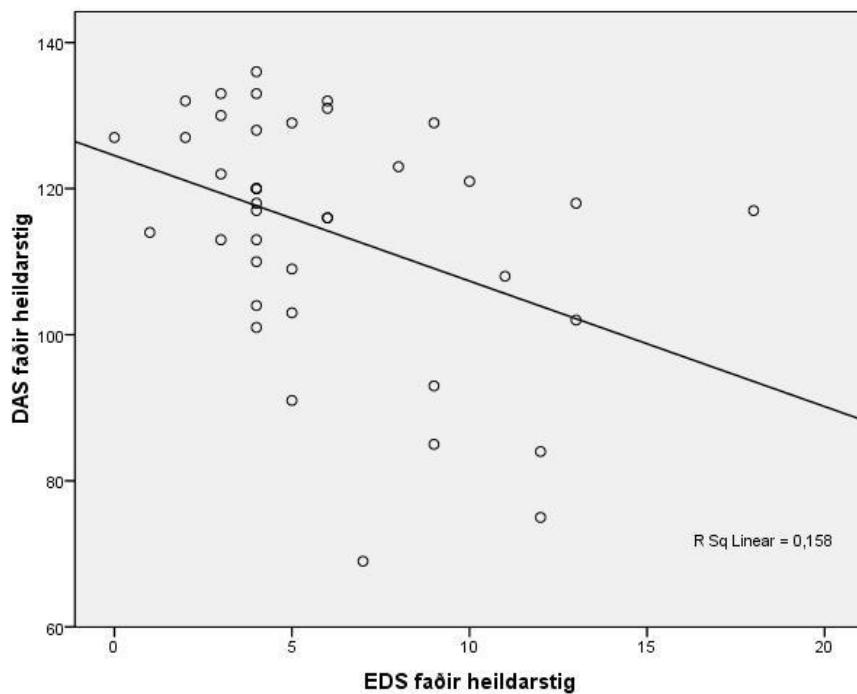
Tafla 4. Gæði sambands

	Fjöldi (n)	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal	Staðalfrávik
DAS móðir, heildarstig	46	66	144	112,85	18,77
DAS faðir, heildarstig	40	69	136	114,23	16,50

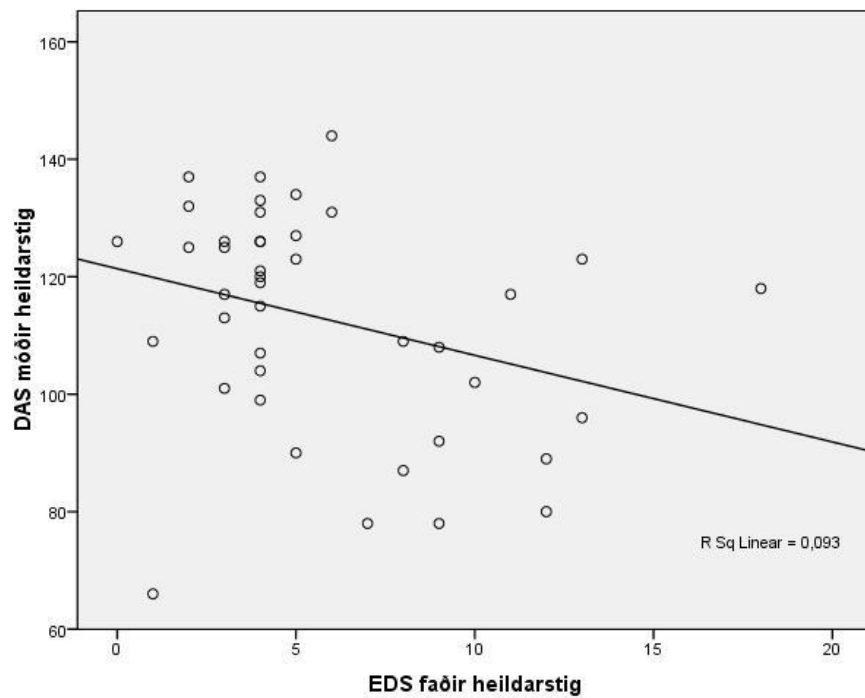
Áhrif vanlíðanar á gæði sambands

Ekki reyndist vera fylgni milli EDS stiga móður og hvernig hún mat gæði sambands, $r(46) = -0,282$, $p = 0,057$, né heldur hvernig maki hennar mat gæði sambands, $r(40) = 0,003$, $p = 0,986$. Það hvort móðir var yfir eða undir viðmiðunargildum á EDS virtist heldur ekki hafa áhrif á meðalgildi DAS stiga hjá föður en ef móðir var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 12) var hún sjálf að meta gæði sambands aðeins verr að meðaltali heldur en ef hún var undir viðmiðunargildum EDS (< 12). Hún fékk þannig 109,4 stig að meðaltali á DAS ef hún var yfir viðmiðunargildum á EDS, en 116,6 stig að meðaltali á DAS ef hún var undir viðmiðunargildum á EDS (sjá töflu 5). Þessi munur var þó ekki marktækur, $t(44) = -1,305$, $p = 0,199$.

Það reyndist hinsvegar vera veik neikvæð fylgni milli EDS stiga föður og því hvernig hann mat gæði sambands, $r(40) = -0,398$, $p = 0,011$ (sjá mynd 2) og hvernig maki hans mat gæði sambands, $r(42) = -0,306$, $p = 0,049$ (sjá mynd 3). Neikvæð fylgni merkir að eftir því sem faðir fékk hærra á EDS því verr mat bæði hann og maki hans sambandið. Það hvort faðir var yfir eða undir viðmiðunargildum ($\geq 9 / < 9$) hafði einnig áhrif á meðalstig bæði hans og maka hans úr DAS. Ef faðir var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 9) fékk hann að meðaltali 103,2 stig en ef hann var undir viðmiðunargildum á EDS (< 9) fékk hann að meðaltali 117,9 stig (sjá töflu 5) og var þessi munur marktækur, $t(38) = 2,617$, $p = 0,013$. Ef faðir var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 9) fékk maki hans að meðaltali 100,3 stig en ef hann var undir viðmiðunargildum á EDS (< 9) fékk maki hans að meðaltali 116,8 stig (sjá töflu 6), og var þessi munur marktækur, $t(40) = 2,594$, $p = 0,013$.



Mynd 2. Fylgni EDS stiga og DAS stiga föður



Mynd 3. Fylgni EDS stiga föður og DAS stiga móður

Tafla 5. Meðaltal DAS miðað við EDS gildi

	EDS stig	Fjöldi (n)	Meðaltal	Staðalfrávik
DAS móðir	≥ 12	24	109,42	19,74
DAS móðir	< 12	22	116,59	17,32
DAS faðir	≥ 9	10	103,20	18,31
DAS faðir	< 9	30	117,90	14,35

Tafla 6. Meðaltal DAS miðað við EDS gildi maka

	EDS stig maka	Fjöldi (n)	Meðaltal	Staðalfrávik
DAS faðir	≥ 12	18	114,28	17,78
DAS faðir	< 12	22	114,18	15,80
DAS móðir	≥ 9	10	100,30	15,97
DAS móðir	< 9	32	116,81	18,01

Umræður

Almenn umræða

Hversu algeng er andleg vanlíðan á meðgöngu?

Hjá verðandi mæðrum í úrtakinu reyndist andleg vanlíðan m.t.t. þunglyndiseinkenna vera mjög algeng en yfir helmingur kvennanna fann fyrir andlegri vanlíðan eins og hún er mæld á EDS. Meðaltal stiga á EDS var einnig nokkuð hátt (13,05) sem er yfir viðmiðunargildi 12 eða hærra. Konurnar í úrtakinu voru að vísu metnar með andlega vanlíðan í meðgönguvernd og því var viðbúið að tíðnin og meðaltal myndu mælast talsvert hærri en almennt hjá konum á meðgöngu. Mat ljósmæðra á vanlíðan þessara kvenna var því staðfest með mælingu þunglyndiseinkenna á EDS.

Um vanlíðan verðandi fedra í úrtakinu var hinsvegar ekki neitt vitað fyrirfram, en vanlíðan þeirra mældist talsvert hærri m.t.t. þunglyndiseinkenna en aðrar rannsóknir hafa sýnt. Ef miðað er við viðmiðunargildið ≥ 9 á EDS fyrir líkur á þunglyndi, reyndust 23,4% verðandi fedra upplifa vanlíðan en það er helmingi hærra hlutfall en aðrar rannsóknir hafa sýnt. Ef viðmiðunargildið á EDS var hækkað upp í ≥ 10 reyndust 14,9% vera að upplifa vanlíðan. Miðað við niðurstöður erlendra rannsókna er það samt hærra hlutfall en hefur verið sýnt fram á áður (sjá töflu 1). Eftirfarandi skýringar á þessu háa hlutfalli vanlíðanar hjá verðandi fedrum í úrtakinu koma til greina: 1) Hlutfall vanlíðanar er almennt hátt hjá verðandi fedrum 2) Andleg vanlíðan hjá verðandi fedrum sem eiga maka sem eiga við andlega vanlíðan að stríða er hærri en hjá öðrum verðandi fedrum, 3) Hluti verðandi fedra á sögu um andlega vanlíðan sem e.t.v. hefur hvorki verið greind né hafa þeir fengið meðferð við henni, 4) Verðandi fedur og mæður með

sögu um vanlíðan, eru líklegri til að leita sér maka með svipað vandamál. Leitast verður við að skoða skýringu 2 í rannsóknarspurningu 2 um hvort samband sé milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans. Eftirfarandi rannsóknir og kenningar reka stoðir undir þessa skýringar: Að vanlíðan verðandi feðra sé frekar algeng er stutt af rannsókn Buist og féлага (2002), sem fylgdu eftir feðrum sem áttu von á sínu fyrsta barni. Þeir skoðuðu líðan þeirra bæði á meðgöngunni og eftir fæðingu barnsins og í ljós kom að á öðru þriðjung meðgöngunnar upplifðu 12% hinna verðandi feðra vanlíðan (miðað við >10 á EDS). Verðandi mæður og feður upplifðu vanlíðan í sambærilegu mæli á þeim tímapunkti en mæður upplifðu aftur á móti marktækt meiri vanlíðan á öðrum tímabilum rannsóknarinnar (Buist o.fl., 2003). Þar sem feður í þessari rannsókn voru fyrst mældir á öðrum þriðjungi meðgöngunnar er líklegt að hámarksvanlíðan á barneignatímabili hafi mælst með EDS. Teixeira og félagar (2009) sem skoðuðu líðan foreldra á meðgöngu fengu út svipaðar niðurstöður og Buist o.fl. (2003), en hjá þeim voru á einu tímabili meðgöngunnar um 11,3% feðra með yfir 10 stig á EDS. Bæði í rannsókn Buist o.fl. (2003) og Teixeira o.fl. (2009) voru meðalstig á EDS hjá feðrum 5,1, sem er aðeins lægra en í þessari rannsókn þar sem meðalstig á EDS var 5,8.

Hinir verðandi feður gætu hugsanlega hafa verið að glíma við andlega vanlíðan fyrir meðgöngu, en saga um fyrri geðraskanir var ekki könnuð. Karlmenntu eru hinsvegar ólíklegri til að viðurkenna vanlíðan sína og leita sér hjálpar. Auk þess getur birtingarmynd vanlíðan hjá karlmönnum verið öðruvísi en hjá konum, komið fram sem andfélagsleg hegðun eða áhættuhegðun og verið misskilin og vanmetin (Brownhill o.fl., 2005; Matthey o.fl., 2001). Það þarf þessvegna ekki að hafa komið fram í fyrri sögu þótt þeir hefðu verið að upplifa andlega vanlíðan áður og þ.a.l. erfitt að spá fyrir um áhrif þess. Kenning sem einnig er vert að skoða er kenning um valmökun (assortative mating). Hún talar um tilhneigingu einstaklinga til að finna

sér maka sem er svipaður þeim sjálfum, m.t.t. útlitseinkenna, skoðana og annarra eiginleika. Meta-analýsa Mathews og Reus (2001) sem skoðuðu rannsóknir á efninu frá 1959-1998 benti til að valmökun ætti sér vissulega stað hjá einstaklingum með geðraskanir á borð við þunglyndi. Það gæti þannig verið að vanlíðan hjá öðrum maka væri ekki beint að hafa áhrif á líðan hins aðilans heldur hafi tveir aðilar, sem hafa tilhneigingu til andlegrar vanlíðanar valist saman. Þetta gæti útskýrt að hluta til hátt hlutfall vanlíðanar hjá mökum kvennanna í úrtakinu en konurnar áttu allar við einhverskonar andlega vanlíðan að stríða.

Er samband milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans?

Ekki reyndist vera marktæk fylgni milli vanlíðanar einstaklings og líðan maka hans. Þó voru vísbendingar um að verðandi feður, sem voru í sambandi við konu sem upplifði andlega vanlíðan skv. EDS, mætu líðan sína verr en þeir sem voru í samband við konu sem ekki upplifði andlega vanlíðan. E.t.v. var ekki hægt að finna fylgni eða marktækan mun vegna of lítills úrtaks eða óréttmæts viðmiðunarhóps. Þær konur sem fengu ekki 12 stig eða hærra á EDS voru mjög líklega að glíma við annarskonar andlega erfiðleika en þunglyndi, eins og t.d. kvíða eða aðrar geðraskanir. Þrátt fyrir að EDS innihaldi spurningar um kvíðaeinkenni, voru niðurstöður úr einni rannsókn þær að mæður sem þjádust af kvíða fengu lægri stig á EDS heldur en þær sem þjádust af þunglyndi og munaði að meðaltali fimm stigum (Muzik o.fl., 2000). Það er því líklegt að EDS skimi ekki eins vel fyrir kvíða eins og fyrir þunglyndi. Kvíði getur hinsvegar líklega haft áhrif á líðan makans ekki síður en þunglyndi. Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á að fylgni sé milli vanlíðanar foreldra á þessu tímabili (Bielawska-Batorowicz og Kossakowska-Petrycka, 2006; Deater-Deckard o.fl., 1998; Perren o.fl., 2003). Þunglyndi einstaklings er jafnvel stór

áhættuþáttur fyrir þróun þunglyndis makans á þessu tímabili og er því mjög mikilvægt að kanna þetta nánar í framtíðinni.

Þegar verðandi foreldrum í úrtakinu var skipt í hópa eftir því hvort maki þeirra upplifði vanlíðan skv. EDS eða ekki (miðað var við viðmiðunargildi ≥ 12 fyrir konur en ≥ 9 fyrir menn) kom í ljós að munur var á meðalstigum EDS á milli hópanna, en hann var ekki marktækur. Þeir sem áttu maka sem upplifði andlega vanlíðan voru með hærri meðalstig á EDS heldur en þeir sem áttu maka sem ekki upplifði vanlíðan. Þetta samræmist niðurstöðum Benazon og Coyne (2000) sem fundu að maki einstaklings sem upplifði þunglyndi var daprari en almenningur þó hann væri ekki endilega að glíma sjálfur við þunglyndi (Burke, 2003). Lovestone og Kumar (1993) sýndu jafnframt í sinni rannsókn á mökum kvenna sem glímdu við geðraskanir eftir fæðingu barns að feður upplifðu vanlíðan í hlutfalli við andleg veikindi konu sinnar. Í þeirri rannsókn minnkuðu einkenni feðranna m.t.t. andlegrar vanlíðanar þegar konum þeirra batnaði af sinni geðröskun. Þannig er líklegt að það að búa með þunglyndum einstaklingi geti haft talsverð áhrif á líðan og heilsu makans. Seimyr og félagar (2004) fundu að makar kvenna sem upplifðu vanlíðan eftir fæðingu barns upplifðu meiri missi og álag og glímdu við fleiri heilsufarsvandmál en makar kvenna sem ekki voru þunglyndar eftir barnsburð.

Minni munur var á meðalstigum mæðra en feðra á EDS í þessu úrtaki eftir því hvort maki þeirra upplifði andlega vanlíðan eða ekki. Munurinn var hinsvegar ekki marktækur og er því ekki hægt að alhæfa útfrá þeim niðurstöðum. Field og félagar (2006) skoðuðu þör á meðgöngu og sýndu fram á að þunglyndi feðra hafði hugsanlega minni áhrif á líðan maka síns heldur en þunglyndi mæðra á sína maka. Í þeirri rannsókn var marktækur munur á þunglyndiseinkennum hinna verðandi feðra eftir því hvort maki hans var þunglyndur eða ekki, en ekki var marktækur munur á þunglyndiseinkennum verðandi mæðra eftir því hvort maki hennar var þunglyndur.

Feður hafa gjarnan minna stuðningsnet og færri stuðningsaðila og getur verið að það sé hugsanleg ástæða fyrir því að þunglyndi maka þeirra hafi meiri áhrif á líðan þeirra þar sem maki er e.t.v. þeirra eini og helsti stuðningsaðili (Fletcher o.fl., 2008).

Hvernig eru gæði parasambands á meðgöngu?

Pörin í úrtakinu mátu samband sitt svipað og var fylgni á milli svaranna. Verðandi mæður voru með að meðaltali 112,9 stig á DAS kvarðanum og verðandi feður með 114,2 stig að meðaltali. Condon og félagar (2004) skoðuðu gæði parasambands skv. DAS stigum hjá verðandi feðrum á meðgöngu. Niðurstöður sýndu að meðaltal stiga á DAS kvarða var 117,8 á meðgöngunni sem er aðeins hærra, en ekki svo langt frá meðaltalinu í þessari rannsókn. Steinberg og félagar (1999) báru saman gæði parasambandsins milli kvenna í samfélagsúrtaki og kvenna sem voru í meðferð vegna andlegrar vanlíðanar fyrir og eftir fæðingu. Niðurstöður þeirra sýna að konur í meðferð fengu að meðaltali um 104 stig á DAS en viðmiðunargildur fékk 118 stig og var marktækur munur á hópunum. Hópurinn sem var í meðferð í rannsókn þeirra var með hærra meðalgildi á EDS heldur en í þessari rannsókn (í rannsókn þeirra voru konur með þunglyndi að fá að meðaltali 18,3 stig á EDS en í þessari rannsókn var meðaltalið 13,1 stig).

Er samband milli vanlíðanar einstaklings/maka og gæði parasambands?

Í þessari rannsókn var athugað hvort vanlíðan hefði áhrif á mat á gæðum parasambands skv. DAS og var hinum verðandi mæðrum og feðrum skipt upp í tvo hópa eftir því hvort viðkomandi upplifði vanlíðan eða ekki (miðað við viðmiðunargildi á EDS ≥ 12 fyrir konur og ≥ 9 hjá körlum). Munur var á meðalstigum hinna verðandi mæðra á DAS eftir því hvort hún var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 12) eða ekki (< 12) en var sá munur ekki marktækur. Aftur á

móti var marktækur munur á meðalstigum hinna verðandi feðra á DAS eftir því hvort hann var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 9) eða ekki (< 9). Einnig var hópnum skipt upp eftir því hvort maki viðkomandi upplifði andlega vanlíðan og mat á gæðum parasambands skv. DAS skoðað aftur. Vanlíðan mæðra skv. EDS virtist ekki hafa áhrif á mat maka þeirra á gæðum sambandsins en lítill sem enginn munur var á meðalstigum feðra á DAS eftir því hvort hann átti konu sem var yfir viðmiðunargildum á EDS (≥ 12) eða ekki (< 12) og var sá munur ekki marktækur. Vanlíðan feðra hafði hinsvegar talsverð áhrif á mat mæðranna á gæðum sambands. Verðandi mæður sem áttu maka sem fékk 9 eða herra á EDS mátu gæði parasambands talsvert verr heldur en verðandi mæður sem áttu maka sem fékk undir 9 á EDS og var sá munur marktækur. Verðandi mæður sem áttu maka sem upplifði vanlíðan skv. EDS mátu gæði sambands síns ekki nema að meðaltali 100,3 á DAS en þær mæður sem áttu maka sem ekki var að upplifa vanlíðan skv. EDS mátu gæði sambands síns að meðaltali 116,8 á DAS. Perren og félagar (2003) skoðuðu þör á meðgöngu sem áttu von á sínu fyrsta barni og fylgdu þeim svo eftir í tvö ár eftir fæðingu barns. Þar var fylgni milli andlegrar vanlíðanar og gæða sambands þar sem alvarlegri einkenni tengdust verri gæðum sambands. Hjá þörum þar sem geðröskun var ekki til staðar hjá hvorugum einstaklingnum mátu þau gæði parasambands betur en þar sem geðröskun var til staðar. Í rannsókn Perren og félaga (2003) kom jafnframt fram að auk þess sem þör með meiri þunglyndiseinkenni voru óánægðari með samband sitt í upphafi versnuðu gæði sambandsins meira eftir fæðingu barns heldur en hjá þeim sem ekki voru að glíma við andlega erfiðleika. Samskiptin milli hjónanna bötnuðu einnig síður með tímanum miðað við önnur þör. Í rannsókn Cox og félaga (1999) komu fram svipaðar niðurstöður og hjá Perren o.fl. (2003), þar sem verri gæði parasambands voru tengd meiri þunglyndiseinkennum maka. Þunglyndi var einnig tengt minni jákvæðum samskiptum parsins á umbreytingatímabilinu (transition) yfir í foreldrahlutverkið. Rannsókn Cox og félaga (1999) tók

einnig til þess hvernig þörin leystu úr vandamálum. Þar kom fram að þegar faðirinn hafði jákvæðan samskiptastíl við að finna lausn við ágreiningi fylgdi meiri ánægja í parasambandi, jafnvel meiri heldur en ef aðeins móðirin eða báðir einstaklingar höfðu jákvæðan samskiptastíl. Því var haldið fram að þör væru jafnvel ánægðari þegar faðirinn hafði getu og vilja til að veða á móti neikvæðu skapi eða hegðun maka síns. Þetta gæti hugsanlega átt við hér þar sem vanlíðan hins verðandi föður virðist hafa meiri áhrif á mat á gæðum parasambands en vanlíðan móður. Feður með meiri þunglyndiseinkenni gætu verið síður í stakk búnir til að styðja maka sinn og nota jákvæðar aðlögunarleiðir og gæði sambandsins liðið fyrir það. Það er því líklegt að tengsl séu á milli andlegrar vanlíðanar og gæði parasambands þannig að meiri vanlíðan fylgi minni gæði parasambands eins og haldið hefur verið fram (Matthey o.fl., 2000). Líklegt er að minni gæði parasambands séu einnig tengd minni stuðningi frá maka. Í rannsókn Seimyr og féлага (2004) upplifðu þær konur sem glímdu við andlega vanlíðan skv. EDS einnig talsvert minni stuðning frá maka og höfðu færri stuðningsaðila en þær mæður sem ekki voru að upplifa vanlíðan. Í þeirri rannsókn kom jafnframt fram að feður sem áttu þunglynda maka (skv. EDS) eftir fæðingu barns notuðu síður feðraorlof sitt (Seimyr o.fl., 2004) sem styður við niðurstöður um upplifun kvennanna af minni stuðningi. Aðrar rannsóknir hafa jafnframt sýnt að konur sem áttu maka sem var jákvæður í garð þeirra voru ólíklegri til að glíma við andlega erfiðleika eftir fæðingu barns og stuðningur maka jók ánægju þeirra með sjálfan sig (Misri, Kostaras, Fox og Kostaras, 2000). Rannsókn Bielawska-Batorowicz og Kossakowska-Petrycka (2006) sýndi að nýbakaðir feður sem voru þunglyndir voru óánægðari með þann stuðning sem þeir fengu frá maka sínum og öðrum stuðningsaðilum og voru óánægðari með samband sitt við maka.

Takmarkanir rannsóknar

Tölfræðilegar niðurstöður í þessari rannsókn náðu fæstar marktækni og er því erfitt að alhæfa útfra þeim niðurstöðum. Líklega var úrtakið of lítið til að fá marktækan mun og var viðmiðunarhópurinn (undir viðmiðunargildum á EDS) einnig líklega óréttmætur, sérstaklega hjá verðandi mæðrum eins og áður hefur verið komið inn á. Konur í viðmiðunarhópnum voru, þrátt fyrir að vera ekki að upplifa þunglyndiseinkenni í nógu miklu mæli til að vera yfir viðmiðunarmörkum á EDS (≥ 12), að glíma við annarskonar andlega vanlíðan eða geðraskanir og því ekki sambærilegar við konur á meðgöngu sem upplifa ekki andlega erfiðleika. Úrtakið var ekki líkindaúrtak (nonprobability sampling) heldur sértækt úrtak (purposive sample). Úrtök sem eru ekki líkindaúrtök eru sjaldan eins góðir fulltrúar fyrir þýðið þar sem líkurnar á að einstaklingur lendi í úrtakinu eru ekki þekktar og skekkja í úrtaksgerð þar sem einstaklingar úr ákveðnum undirhópum geta verið líklegri eða ólíklegri en aðrir til að veljast í úrtakið (Polit og Beck, 2006). Einnig er ljóst að talsvert brottfall var í svörum paranna þar sem tíu færri verðandi feður en mæður svöruðu EDS í upphafi meðferðar þrátt fyrir að allir makar í rannsókninni hefðu samþykkt þátttöku. Einnig var talsvert brottfall í svörun á DAS spurningalistanum miðað við svörun á EDS. Þar sem ekki er vitað hvort ákveðnir undirhópar svöruðu síður spurningalistunum er ómögulegt að vita hvaða áhrif þeirra svör hefðu mögulega haft á niðurstöðurnar.

Mælikvarðarnir sem notaðir eru hafa lítið verið rannsakaðir í íslenskum rannsóknum á verðandi foreldrum á meðgöngu. Sértækni og næmni EDS á þessu þýði hefur t.d. ekki verið ákvarðað en erlendar rannsóknir hafa sýnt að talsverður munur er eftir samfélögum á því hvaða viðmiðunargildi er best að nota.

Ályktanir, framtíðarsýn og hvernig niðurstöður nýtast í hjúkrun

Þar sem andleg vanlíðan verðandi foreldra hefur lítið verið rannsökuð hérlandis eru margar rannsóknir sem mögulegt er að gera í framhaldinu. Mjög áhugavert væri t.d. að skoða hversu algeng vanlíðan á meðgöngu er á Íslandi, bæði meðal verðandi mæðra og feðra. Mikilvægt er að gera stærri rannsókn á líkindaúrtaki á meðgöngu þar sem kannað yrði hvort andleg vanlíðan einstaklings hefur áhrif á maka hans og hvort vanlíðan hefur áhrif á gæði sambands. Þá fengjust líklega áreiðanlegri niðurstöður. Til að koma til móts við þarfir þessara para þyrfti að gera eigindlegar rannsóknir til að fá fram upplifun þeirra á þjónustu meðgönguverndar. Einnig væri gagnlegt að kanna frekar hvernig koma má til móts við feður í meðgönguvernd og gefa þeim frekara tækifæri til þátttöku.

Þrátt fyrir að niðurstöður þessarar rannsóknar hafi reynst að miklu leyti ómarktækar gefa þær ákveðnar vísbendingar sem niðurstöður erlendra rannsókna styðja. Hugsanlegt er að vanlíðan einstaklings á meðgöngu hafi áhrif á líðan maka hans og að vanlíðan hafi áhrif á gæði parasambands þeirra. Í rannsókn Perren og féлага (2003) kom fram að alvarlegri einkenni og léleg gæði parasambands höfðu neikvæð áhrif á árangursríka aðlögun fjölskyldunnar á þessu umbreytingatímabili. Þetta er því brýnn málaflokkur þar sem afleiðingarnar geta haft áhrif á vellíðan og heilsu einstaklingsins, á útkomu barnsins og fjölskyldunnar sem heildar. Feður eru í auknu mæli að taka þátt í meðgöngunni, fæðingunni og uppeldi barna sinna en þeir virðast verða dálítið útundan sem skjólstæðingar. Þeir virðast upplifa vanlíðan í talsverðu mæli á meðgöngu og vera óruggir á ýmsum sviðum í tengslum við sitt nýja hlutverk. Vanlíðan feðra getur hugsanlega haft áhrif á maka þeirra til hins verra og í þessari rannsókn kom fram að það var vanlíðan feðra, frekar en mæðra sem hafði áhrif á mat einstaklinganna á gæðum parasambandsins. Hugsanlegt er að vanlíðan verðandi föður hafi þannig umtalsverð neikvæð

áhrif á fjölskylduna á þessu tímabili og líklega til lengra tíma ef ekki er gripið inn í. Þetta styður mikilvægi fjölskyldumiðaðrar nálgunar í hjúkrun á meðgöngu og á öllu barneignatímabilinu. Á tímabili meðgöngu og eftir fæðingu barns er fjölskyldan í umtalsverðum samskiptum við heilsugæsluna og því er ályktað að þar geti hugsanlega verið tækifæri til að styðja sem best við fjölskylduna á þessu tímabili.

Lokaorð

Í þessu verkefni hefur verið fjallað um andlega vanlíðan á meðgöngu og áhrif hennar á maka viðkomandi og gæði parasambands. Niðurstöður verkefnisins voru þær að ekki reyndist vera marktæk fylgni milli vanlíðanar verðandi móður og föður á EDS. Talsvert hátt hlutfall af verðandi feðrum í úrtakinu upplifði þó andlega vanlíðan miðað við erlendar rannsóknir á feðrum á meðgöngu. Verðandi feður í þessu úrtaki virðast því upplifa andlega vanlíðan í talsverðu mæli á þessu tímabili. Erfitt er að álykta frá þessum niðurstöðum hvort þetta háa hlutfall hafi verið vegna vanlíðanar maka þeirra eða af öðrum ástæðum og er mikilvægt að skoða það nánar í framtíðinni. Ekki reyndist vera marktækur munur á líðan einstaklings eftir því hvort maki hans upplifði vanlíðan eða ekki. Ekki reyndist heldur vera fylgni milli vanlíðanar móður og hvernig hún eða maki hennar mátu gæði sambands skv. DAS, en hinsvegar var marktæk fylgni á vanlíðan föður og hvernig hann og maki hans mátu gæði sambands. Bæði hinn verðandi faðir og maki hans mátu gæði sambands síns marktækt verr ef hinn verðandi faðir var að glíma við andlega vanlíðan. Hugsanlegt er því að vanlíðan verðandi föður (skv. EDS) hafi meiri áhrif á mat parsins á gæðum sambandsins heldur en vanlíðan hinnar verðandi móður.

Alvarlegri einkenni andlegrar vanlíðanar og verri gæði parasambands geta haft neikvæð áhrif á árangursríka aðlögun fjölskyldunnar í gegnum á þessu umbreytingatímabili (Perren o.fl., 2003). Líta ætti á fjölskylduna sem heild, þar sem breytingar hjá einum einstaklingi hafa möguleika á að hafa áhrif á aðra fjölskyldumeðlimi, bæði á jákvæðan og neikvæðan hátt (Wright og Leahey, 2005). Það er því ekki aðeins mikilvægt að huga að hinni verðandi móður, heldur er einnig heillavænlegt fyrir fjölskylduna að hugað sé að þörfum hins verðandi föðurs og fjölskyldan fái stuðning í gegnum þetta tímabil.

Heimildaskrá

- Bech, P. (2001). Male depression: Stress and aggression as pathways to major depression. Í A. Dawson og A. Tylee (Ritstj.), *Depression: Social and economic timebomb* (bls. 63-66). London: BMJ Books.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Bielawska-Batorowicz, E. og Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, father's personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 21-29.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. og Schmied, V. (2005). 'Big build': Hidden depression in men. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 921-931.
- Buist, A., Morse, C. A. og Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243-255.
- 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. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
- Cowan, P. A. (1991). Individual and family life transitions: A proposal for a new definition. Í P. A. Cowan og M. Hetherington (Ritstj.), *Family transitions* (bls. 3-30). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Cox, J. og Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.
- Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M. og Payne, C. C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 611-625.
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J. F. og Golding, J. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. the avon longitudinal study of pregnancy and childhood study team. *The American Journal of Psychiatry*, 155(6), 818-823.
- Deave, T. og Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: What does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 626-633.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66-77.
- Elek, S. M., Hudson, D. B. og Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(1), 45-57.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. og Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7307), 257-260.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., o.fl. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior & Development*, 29(4), 579-583.
- Finnbogadottir, H., Crang Svalenius, E. og Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19(2), 96-105.

- Fletcher, R., Vimpani, G., Russell, G. og Sibbritt, D. (2008). Psychosocial assessment of expectant fathers. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 27-32.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Graham, J. M., Liu, Y. J. og Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2005). Prospective first-time fathers and their views on fatherhood in the context of the new policy on parental leave in Iceland. *Birth Issues*, 14(4), 128-134.
- Kammerer, M., Marks, M. N., Pinard, C., Taylor, A., von Castelberg, B., Kunzli, H., o.fl. (2009, 1. apríl). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health*. Sótt 9. apríl 2009 af <http://www.springerlink.com/content/664652thm25u5452/fulltext.pdf>
- Knoester, C. og Eggebeen, D. J. (2006). The effects of the transition to parenthood and subsequent children on men's well-being and social participation. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1532-1560.
- Lovestone, S. og Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 163, 210-216.
- Lowdermilk, D. L. og Perry, S. E. (2007). *Maternity & Women's health care* (9.útgáfa). Missouri: Mosby.
- Lög um fæðingar- og foreldraorlof nr. 95/2000
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences--motherisk update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), e15-22.

- Marga Thome. (1999). *Geðheilsuvernd mæðra eftir fæðingu. greining á vanlíðan með Edinborgar-þunglyndiskvarðanum og viðtölum*. Reykjavík: Rannsóknastofnun í Hjúkrunarfræði.
- Marga Thome. (2006). Geðvernd - vaxtarbroddur hjúkrunar- og ljósmæðraþjónustu í mæðra-, ungbarna- og smábarnavernd. Í Helga Jónsdóttir (Ritstj.), *Frá innsæi til inngripa: Þekkingaþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði* (bls. 285-303). Reykjavík: Hið Íslenska Bókmenntafélag.
- Marks, M., Wieck, A., Checkley, S. og Kumar, C. (1996). How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse? *The British Journal of Medical Psychology*, 69(4), 329-342.
- Mathews, C. A. og Reus, V. I. (2001). Assortative mating in the affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 257-262.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. og Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J. og Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 175-184.
- 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.
- Mattson-Bryan, A. A. (2002). Couple relationships over the transition to parenthood: Methodological issues in testing for an intervention effect. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 201-220.

- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D. og Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554-558.
- Murray, D. og Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 99-107.
- Muzik, M., Klier, C. M., Rosenblum, K. L., Holzinger, A., Umek, W. og Katschnig, H. (2000). Are commonly used self-report inventories suitable for screening postpartum depression and anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(1), 71-73.
- Nies, M. A. og McEwen, M. (2007). *Community/Public health nursing; promoting the health of populations* (4.útgáfa). St. Louis: Saunders.
- Ohman, S. G., Grunewald, C. og Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- Perren, S., von Wyl, A., Burgin, D., Simoni, H. og von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 173-183.
- Perren, S., von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Burgin, D. og von Klitzing, K. (2003). Parental psychopathology, marital quality, and the transition to parenthood. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 55-64.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6. útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M. og Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale in marital therapy: An exploratory study. *The Family Journal*, 8(3), 250-257.

- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. og Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: A natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1069-1078.
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological processes of childbearing* (4.útgáfa). Great Britain: The Anna Freud Centre.
- Raskin, V. D., Richman, J. A. og Gaines, C. (1990). Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *The American Journal of Psychiatry*, 147(5), 658-660.
- Rush, A. J., First, M. B., & Blacker, D. (Ritstj.). (2008). *Handbook of psychiatric measures* (2. útgáfa). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W. og Sjogren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood: Experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), 23-34.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Stefanía B. Arnardóttir. (2007). *Fjölskyldumiðuð hjúkrunarmeðferð við vanlíðan á meðgöngu: Rannsóknaráætlun*. Óbirt meistaraprófsritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Steinberg, S. I. og Bellavance, F. (1999). Characteristics and treatment of women with antenatal and postpartum depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 209-233.
- Stuart, G. W. og Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8. útgáfa). St. Louis: Mosby.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. og Costa, R. (í prentun). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*. Sótt 9.

Apríl 2009 af [http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T2X-4W0SS54-1-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T2X-4W0SS54-1-7&_cdi=4930&_user=713833&_orig=search&_coverDate=04%2F05%2F2009&_sk=99999999&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWA&md5=8d029eeba4c3f608e51018eccd600069&ie=/sdarticle.pdf)

[\[zSkWA&md5=8d029eeba4c3f608e51018eccd600069&ie=/sdarticle.pdf\]\(http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T2X-4W0SS54-1-7&_cdi=4930&_user=713833&_orig=search&_coverDate=04%2F05%2F2009&_sk=99999999&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWA&md5=8d029eeba4c3f608e51018eccd600069&ie=/sdarticle.pdf\)](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T2X-4W0SS54-1-7&_cdi=4930&_user=713833&_orig=search&_coverDate=04%2F05%2F2009&_sk=99999999&view=c&wchp=dGLbVtz-</p></div><div data-bbox=)

Wright, L. M. og Leahey, M. (2005). *Nurses and families* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Viðauki I



Fjölskyldumiðuð hjúkrunarmedferð við vanlíðan kvenna á meðgöngu.

Kynningarbréf

Kæra verðandi móðir/foreldrar.

Við undirritaðar Marga Thome, prófessor við Háskóla Íslands og Stefanía B. Arnardóttir, hjúkrunarfræðingur við geðteymi Miðstöðvar heimahjúkrunar, erum að rannsaka hvort fjölskyldumiðuð hjúkrunarmedferð leiði til bættrar líðanar kvenna á meðgöngu. Stefanía hefur áralanga reynslu í ung-og smábarnavernd og hefur s.l. ár unnið við hjúkrun kvenna/fjölskyldna þeirra sem finna fyrir vanlíðan á meðgöngu. Rannsóknin er klínísk rannsókn og er unnin við geðteymi Miðstöðvar heimahjúkrunar.

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er Marga Thome, prófessor við Háskóla Íslands, v/Suðurgötu, sími; 525-4970 og tölvufang; marga@hi.is

Aðrir rannsakendur eru Stefanía B. Arnardóttir, hjúkrunarfræðingur og Sigríður Bjarnadóttir, en hún mun kynna rannsóknina fyrir þátttakendum.

Þér og maka þínum er hér með boðið að taka þátt í rannsókninni. Tilgangur hennar er að kanna áhrif fjölskyldumiðuðrar hjúkrunarmedferðar á líðan kvenna og maka þeirra á meðgöngu. Þátttaka ykkar er mikilvægur hlekkur í þeirri þekkingarleit og væri það undirrituðum mikill heiður af fá ykkur í hóp þátttakenda.

Ef þið ákveðið að taka þátt í rannsókninni munið þið svara fjórum spurningalistum þrisvar sinnum. Tvisvar sinnum á meðgöngutíma, þ.e. í byrjun meðferðar, og í lokin. Einnig verðið þið beðin að svara sömu spurningalistum ári eftir fæðingu barnsins. Ykkur er boðin stuðningsmeðferð hjúkrunarfræðings á meðgöngutíma, samhliða hefðbundinni meðgönguvernd, sem fólgin er í 45-60 mínútna löngum vitjunum á heimili ykkar. Vitjanirnar munu fara fram með 2-3 vikna millibili eða eftir samkomulagi í 4 skipti. Nauðsynlegt er að þið séuð bæði viðstödd í fyrstu og síðastu vitjun en í hinum tveimur vitjununum er það val ykkar hvort þið séuð bæði til staðar.

Eftirfarandi verður rætt við ykkur í vitjununum:

1. Breytingar vegna meðgöngu og væntanlegar fæðingar og áhrif þeirrar reynslu á líðan ykkar og heilsu.
2. Áhrif meðgöngunnar á samskipti og samvinnu innan fjölskyldunnar og leit að styðjandi samskiptaleiðum.
3. Leiðir til að draga úr vanlíðan sem sameiginlega hefur verið skilgreind af fjölskyldu og hjúkrunarfræðingi, auk undirbúnings fyrir foreldrahlutverkið og efling tengslamyndunar við ófædda barnið.
4. Settar verða í orð þær breytingar sem hjúkrunarfræðingur hefur orðið var við og bent verður á styrkleika fjölskyldunnar. Að lokum verður rætt um hvaða þættir hafa áhrif á heilsu og samskipti fjölskyldumeðlima

og styrkjandi þættir festir í sessi. Stuttu eftir að meðferð lýkur munu þið fá sent bréf frá rannsakanda þar sem þessar breytingar eru settar fram.

Þremur mánuðum eftir fæðingu barnsins munu undirritaðar óska eftir niðurstöðum úr spurningalista sem konum er boðið að svara í ungbarnavernd 9 vikum eftir fæðingu barnsins til að kanna hvort samband sé á milli vanlíðanar á meðgöngu og eftir fæðingu og hvort meðferðin hafi áhrif fram yfir fæðinguna. Þessum upplýsingum verður aflað, með leyfi lækningaforstjóra, með því að hringja á ykkar heilsugæslustöð. Rannsakandi skráir upplýsingar úr viðtölum hjá geðteymi heimahjúkrunar og mun verða farið með þær eins og aðrar trúnaðarupplýsingar innan heilbrigðiskerfisins.

Þátttakendum er frjálst að hafna þátttöku eða hætta í rannsókninni á hvaða stigi sem er, án útskýringa og án afleiðinga fyrir aðra meðferð eða þjónustu heilsugæslunnar. Þátttaka tekur tíma en hún er að öllu leyti skaðlaus fyrir ykkur. Þið getið einnig hafnað að svara einstaka spurningum eða spurningalistum en það tekur um það bil 30-40 mínútur að fylla spurningalistana út. Ef í ljós kemur að þið þarfnist meiri eða annars konar meðferðar mun rannsakandi leiðbeina og vísa ykkur áfram innan heilbrigðiskerfisins.

Rannsóknin hefur verið tilkynnt Persónuvernd og tilskilin leyfi hafa fengist fyrir framkvæmd hennar frá Vísindasiðanefnd og frá yfirmönnum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Farið verður með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Niðurstöður verða ekki rekjanlegar til ykkar, en þær munu verða kynntar í lok rannsóknar í formi rannsóknargreinar í fagtímariti. Gögnum sem aflað verður með spurningalistum verður eytt að rannsókn lokinni. Upplýsingar úr viðtölum sem skráðar verða í heilsufarsskrá verðandi móður hjá geðteymi heimahjúkrunar munu verða varðveittar þar eins og aðrar trúnaðarupplýsingar innan heimahjúkrunar. Geymsla gagnanna á meðan á rannsókn stendur verður í öruggum skápum í húsnæði geðteymis Miðstöðvar heimahjúkrunar.

Ef þið hafið einhverjar spurningar eða óskið eftir nánari upplýsingum um rannsóknina er ég, Stefanía B. Arnardóttir fús til að svara þeim í síma 6617333. Þið getið einnig sent mér fyrirspurnir í tölvupósti ef það hentar ykkur. Ef þið hafið spurningar um rétt ykkar sem þátttakendur í vísindarannsókn eða viljið hætta þátttöku í rannsókninni getur þið snúið ykkur til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444

Með kveðju og þakklæti.

Stefanía B. Arnardóttir
Hjúkrunarfræðingur
S: 5875533 og 6617333, stefar@hi.is

Marga Thome, Prófessor Háskóla Íslands
Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar
Sími: 525-4970 / marga@hi.is



Upplýst samþykki

Við undirrituð samþykkjum hér með að taka þátt í rannsókninni:

Fjölskyldumiðuð hjúkrunarmedferð við vanlíðan á meðgöngu.

Rannsóknin er unnin og framkvæmd af Stefaníu B. Arnardóttur heilsugæsluhjúkrunarfræðingi og er hluti af þróunarverkefni innan Heilsugæslu höfðuborgarsvæðisins. Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er dr. Marga Thome, prófessor við Háskóla Íslands, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir.

Við samþykkjum að taka þátt í stuðningsmeðferð hjúkrunarfræðings á meðgöngutíma, sem er fólgin í 45-60 mínútna löngum vitjunum á heimili okkar, viðtölin beinast að líðan okkar foreldranna á meðan á meðgöngutíma stendur og verður rætt um áhyggjur, óvissu, kvíða, samskipti og annað sem þörf þykir að ræða um.

Vitjanirnar verða fjórar talsins og munu fara fram með 2-3 vikna millibili á öðru og þriðja trímestri meðgöngunnar. Ekki er nauðsynlegt að við séum bæði viðstödd allar vitjanirnar, þó þurfum við bæði að vera í fyrstu og síðustu vitjun.

Við gerum okkur grein fyrir því að upplýsingar úr spurningalistum og skráningu verða notaðar við úrvinnslu gagna. Einnig er okkur ljóst að upplýsingar úr viðtölum verða að einhverju leiti skráðar í heilsufarsskrá verðandi móðurinnar hjá geðteymi heimahjúkrunar. Allar upplýsingar verða meðhöndlaðar sem trúnaðarmál. Spurningalistar verða geymdir á öruggum stað á meðan á rannsókn stendur og mun þeim verða eytt í lok rannsókna.

Við gerum okkur grein fyrir því að okkur er frjálst að hafna þátttöku í þessari rannsókn. Ef af þátttöku verður ákveðum við sjálf hverju við viljum svara og hverju ekki. Ákvörðun okkar

mun ekki á neinn hátt hafa áhrif á þjónustu heilsugæslunnar við okkur. Einnig er okkur heimilt að hætta þátttöku hvenær sem er á rannsóknarferlinu. Ef, aftur á móti, kemur í ljós að við þurfum meiri stuðning mun okkur verða leiðbeint áfram innan heilbrigðiskerfisins.

Okkur er ljóst að rannsóknin hefur verið tilkynnt til persónuverndar og fengið leyfi vísindasiðanefndar og yfirmanna Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Við munum fá afhent undirrituð eintök upplýsts samþykkis auk kynningarbréfs. Vakni einhverjar spurningar er okkur heimilt að hafa samband við rannsakanda eða ábyrgðarmann rannsóknainnar eða við vísindasiðanefnd.

Dagsetning

Nafn þátttakanda (verðandi móðir)

Nafn þátttakanda (verðandi faðir/eða annar fjölskyldumeðlimur)

Undirskrift þess sem leggur yfirlýsinguna fyrir

Dr. Marga Thome prófessor

Hjúkrunardeild Háskóla Íslands

Viðauki II

EDS

Edinborgarkvarðinn: Spurningalisti um líðan foreldra á meðgöngutíma

Dagsetning: _____

Lengd meðgöngu í vikum _____

Vinsamlegast krossaðu við það svar sem kemst næst því að lýsa hvernig þér hefur líðið síðustu 7 daga, ekki bara hvernig þér líður í dag.

Hér er dæmi þar sem svar hefur verið valið:

Ég hef verið ánægð/ánægður:

- Já, alltaf
 Já, oftast
 Nei, sjaldan
 Nei, alls ekki

Þetta svar þýðir „Ég hef oftast verið ánægð síðustu vikuna.“ Vinsamlegast svarið eftirtöldum spurningum á sama hátt.

HERNIG HEFUR ÞÉR LÍÐIÐ SÍÐUSTU 7 DAGA?

1. Ég hef getað hlegið og séð spaugilegu hliðarnar á lífinu.

- Jafnmikið og ég er von/vanur
 Minna en ég er von/vanur
 Miklu minna en ég er von/vanur
 Alls ekki

2. Ég hef hlakkað til.

- Alveg jafnmikið og ég er von/vanur
 Minna en ég er von/vanur
 Töluvert minna en ég er von/vanur
 Eiginlega ekkert

3. Þegar hlutirnir ganga ekki nógu vel hef ég kennt sjálfri/sjálfum mér um það.

- Já, mjög oft
 Já, stundum
 Sjaldan
 Nei, aldrei

4. Ég hef verið áhyggjufull/ur eða kvíðin/n af litlu tilefni.

- Nei, alls ekki
 Næstum aldrei
 Já, stundum
 Já, mjög oft

5. Ég hef verið hrædd/ur eða skel fingur lostin/n af mjög litlu tilefni.

- Já, oft og mörgum sinnum
 Já, stundum
 Nei, sjaldan
 Nei, alls ekki

6. Mér finnst ég eiga erfitt með að takast á við daglegt líf.

- Já, mér finnst ég alls ekki ráða við hlutina
 Já, stundum finnst mér ég ekki ráða jafnvel við hlutina og venjulega
 Nei, oftast ræð ég við hlutina
 Nei, ég ræð jafnvel við hlutina og vanalega

7. Mér hefur líðið svo illa að ég hef átt erfitt með svefn.

- Já, oftast
 Já, stundum
 Sjaldan
 Nei, alls ekki

8. Ég hef verið döpur/dapur eða líðið ömurlega.

- Já, oftast
 Já, frekar oft
 Nei, sjaldan
 Nei, aldrei

9. Ég hef grátið því mér hefur líðið svo illa.

- Já, mjög oft
 Já, frekar oft
 Stöku sinnum
 Nei, aldrei

10. Ég hef hugsað um að skaða sjálfa mig

- Já, frekar oft
 Stundum
 Næstum aldrei
 Aldrei

Edinburgh Postnatal Depression Scale.

© Höfundar: J.L. Cox, J.M. Holden og R. Sagovsky, R.

Íslensk útgáfa: Marga Thom e hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir og Pétur Tyrkingsson sálfræðingur.

DAS-samskiptakvarði

Ágreiningur kemur upp í flestum samböndum. Vinsamlegast merktu við svarmöguleika hér að neðan eftir því hversu mikið þú og maki þinn eruð sammála eða ósammála um atriðin í listanum sem fer hér á eftir:

	Alltaf sammála	Næstum því alltaf sammála	Stundum ósammála	Oft ósammála	Næstum því alltaf ósammála	Alltaf ósammála
1. Fjármál fjölskyldunnar	1	2	3	4	5	6
2. Hvað eigi að gera sér til skemmtunar	1	2	3	4	5	6
3. Trúmál	1	2	3	4	5	6
4. Sýna ástúð og væntumþykju	1	2	3	4	5	6
5. Vinir	1	2	3	4	5	6
6. Kynlíf	1	2	3	4	5	6
7. Siðir (rétt eða viðeigandi hegðun)	1	2	3	4	5	6
8. Lífsviðhorf	1	2	3	4	5	6
9. Samskipti við foreldra eða tengda foreldra	1	2	3	4	5	6
10. Markmið og það sem skiptir máli í lífinu	1	2	3	4	5	6
11. Hversu miklum tíma er varið saman	1	2	3	4	5	6
12. Mikilvægar ákvarðanir	1	2	3	4	5	6
13. Heimilisstörf	1	2	3	4	5	6
14. Frístundaiðja og áhugamál	1	2	3	4	5	6
15. Ákvarðanir um náms- eða starfsframa	1	2	3	4	5	6

	Alltaf	Næstum alltaf	Oft	Stundum	Sjaldan	Aldrei
16. Hversu oft ræðir þú eða hugleiðir að skilja eða að binda endi á samband þitt?	1	2	3	4	5	6
17. Hversu oft ferð þú eða maki þinn út af heimilinu eftir rífilði?	1	2	3	4	5	6
18. Almennt séð, hversu oft finnst þér að vel gangi hjá þér og maka þínum?	1	2	3	4	5	6
19. Trúir þú maka þínum fyrir hlutum?	1	2	3	4	5	6
20. Sérðu einhvern tíma eftir því að hafa gífst (eða byrjað sambúð með) maka þínum?	1	2	3	4	5	6
21. Hversu oft rifast maki þinn og þú?	1	2	3	4	5	6
22. Hversu oft fara þú og maki þinn „í taugamar hvort á öðru“?	1	2	3	4	5	6

	Daglega	Næstum daglega	Stundum	Sjaldan	Aldrei
23. Kyssir þú maka þinn?	4	3	2	1	0
24. Stundar þú og maki þinn sameiginlegt áhugamál utan heimilis?	4	3	2	1	0

Hversu oft myndir þú segja að eftirfarandi atvik eigi sér stað hjá þér og maka þínum:

	Aldrei	Sjaldnar en 1 sinni í mán.	1-2 sinnum í mánuði	1-2 sinnum í viku	1 sinni á dag	Oftar en 1 sinni á dag
25. Áhuga verð eða skemmtileg skoðanaskipti.	0	1	2	3	4	5
26. Hlæið saman.	0	1	2	3	4	5
27. Ræðið yfirveguð saman.	0	1	2	3	4	5
28. Vinnið saman að einhverju verkefni.	0	1	2	3	4	5

Hér eru atriði sem makar eru stundum sammála um og stundum ekki. Merktu við *já* eða *nei* eftir því hvort ágreiningur hefur komið upp á milli ykkar um eftirfarandi:

29. Verið ofþreytt fyrir kynlíf Nei Já

30. Sýna ekki ástúð eða væntumþykju Nei Já

31. Tölurnar hér að neðan lýsa því hversu hamingjuríkt samband ykkar er. Miðpunkturinn „*hamingjusamt*“ er lýsandi fyrir flest sambönd. Vinsamlegast dragðu hring utan um þá tölu sem best lýsir því hversu hamingjuríkt samband þitt og maka þíns er þegar þú hefur tekið tillit til allra aðstæðna.

0	1	2	3	4	5	6
Mjög óhamingjusamt	Frekar óhamingjusamt	Dæmlið óhamingjusamt	Hamingjusamt	Mjög hamingjusamt	Ákafllega hamingjusamt	Fullkomið

32. Dragðu hring utan um töluna fyrir framan þá fullyrðingu sem lýsir best skoðunum þínum á framtíð sambandsins.

5. Eg vil fyrir alla muni að sambandið gangi upp og *er tilbúin að að gera næstum hvað sem er* til að viðhalda því.
4. Eg vil mjög gjaman að sambandið gangi upp og *vil gera allt sem ég get* til að viðhalda því.
3. Eg vil mjög gjaman að sambandið gangi upp og *mun standa við mitt* til að viðhalda því.
2. Það væri ágætt ef sambandið gengi upp en *ég get ekki gert mikið meira en ég geri nú þegar* til að viðhalda því.
1. Það væri ágætt ef sambandið gengi upp en *ég vil ekki gera meira en ég geri nú þegar* til að viðhalda því.
0. Sambandið mun aldrei ganga upp og *það er ekkert meira sem ég get gert* til að viðhalda því.

Dyadic Adjustment Scale.

Spanier, G.B. (1986, 1989). Dyadic Adjustment Scale. North Tonawanda, NY: Multi-health Systemes, INC.