

Barseldepresjon:

En kryss-seksjonell studie av psykososiale risikofaktorer

Heidi Kalkvik



Master of philosophy in psychology

Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2009

Forord

Først og fremst vil jeg takke min veileder Silje Marie Haga for at jeg fikk muligheten til å være med på og bruke data fra hennes doktorgradsprosjekt ”Barseldepresjon, hvem rammes og kan intervensjonsprogram hjelpe?” som er et samarbeid med Ullevål universitetssykehus. Jeg ønsker også å takke henne for tålmodig og engasjert veiledning i alle faser av denne prosessen. Videre vil jeg takke Ellen Nordvang og Vigdis Kalkvik for innspill og korrekturlesning, samt mange av mine klassekamerater for hjelp, innspill og for at vi har kunne dele gleder og ikke minst frustrasjoner gjennom denne prosessen. Jeg ønsker også å takke de kvinnene som har deltatt i studien og som dermed har gjort det mulig å fullføre denne oppgaven i tide.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Innledning	2
Om barseldepresjon	2
Risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon	5
Konsekvenser av barseldepresjon	6
Sosial støtte	7
Mestringstro	9
Amming	11
Ammemestringstro	13
Forholdet mellom sosial støtte, mestringstro og depresjon	14
Problemstilling	16
Metode	17
Deltakere	17
Prosedyre	17
Instrumenter/målinger	18
<i>Edinburgh postnatal depression scale</i>	18
<i>Satisfaction with life scale</i>	19
<i>Positive and negative affect schedule</i>	19
<i>Berlin social support scales</i>	19
<i>General self-efficacy scale</i>	20
<i>Breastfeeding self-efficacy scale</i>	20
<i>Andre instrumenter/Målinger</i>	21
Resultater	21
Demografiske forskjeller på ulike velværeinstrumenter	21
Korrelasjon mellom skalaene	22
Ammemestringstro	23
Medieringsmodeller	25
Diskusjon	27
Økende forekomst	27
Risikofaktorer	28
<i>Ammemestringstro som risikofaktor</i>	30
<i>Sosial støtte som risikofaktor</i>	31
<i>Mestringstro som risikofaktor</i>	32
Demografiske forskjeller	33
Implikasjoner	33
Begrensninger	34
Videre forskning	35
Konklusjon	35
Referanser	36
Appendiks	42
Appendiks A, informasjonbrev	42
Appendiks B, spørreskjema	44

Sammendrag

Barseldepresjon (PPD) er globalt sett et vanlig fenomen. Tidligere studier har identifisert en prevalens på 13 % internasjonalt og ca 9 % i Norge. Av risikofaktorene som tidligere er funnet er flere upåvirkbare, som psykopatologiske problemer tidligere i livet eller betydelige livshendelser. Denne studien tar sikte på å se nærmere på psykososiale risikofaktorer som det kan være mulig å påvirke. Studien undersøker hvorvidt dimensjoner av sosial støtte, generell mestringstro og ammestringstro relaterer seg til barseldepresjonsymptomer. Deltakerne i studien var 246 kvinner som nylig hadde født barn på Ullevål Universitetssykehus. Ca 6 uker etter fødsel svarte de på et digitalt spørreskjema som kartla blant annet depresjonssymptomer, livstilfredshet, affekt, sosial støtte, mestringstro og ammestringstro. Det ble funnet en høy prevalens (16,7 %) av barseldepresjonsymptomer i utvalget. Opplevd tilgjengelig støtte var den dimensjonen ved sosial støtte som ble funnet å samvariere med depresjonssymptomer, sammen med mestringstro og ammestringstro. Disse tre variablene forklarte 30 % av variansen i depresjonssymptomer. I tillegg ble det funnet at opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro påvirket hverandre indirekte som mediatorer i predikering av livstilfredshet. Resultatene kan indikere at prevalensen av barseldepresjon i Norge er stigende. Mestringstro og ammestringstro er relativt nye som risikofaktorer og ser ut til å kunne bidra betraktelig til utvikling av PPD. Dette betyr at opplevd tilgjengelig støtte, generell mestringstro og ammestringstro kan være viktige og påvirkbare faktorer å fokusere på i eventuelle intervensjoner som tar sikte på å forebygge barseldepresjon.

Nøkkelord: Barseldepresjon, prevalens, risikofaktorer, sosial støtte, mestringstro, ammestringstro, mediering.

Innledning

Tiden etter at man har født barn forventes å være en av de lykkeligste periodene i livet. Dessverre er det ikke alle som opplever det slik. Flere kvinner føler seg nedfor og deprimerte i perioden etter å ha født barn. Slike følelser kan oppleves ekstra stigmatiserende og belastende akkurat i denne perioden fordi forventningen er at man skal være lykkelig, stolt og ha masse besøk for å vise frem den nyfødte. Mye forskning har forsøkt å undersøke hvorfor noen blir rammet av barseldepresjon og andre ikke. Denne studien tar sikte på å få en dypere forståelse av de psykososiale risikofaktorene sosial støtte, mestringstro og ammestringstro.

Om barseldepresjon

Postpartum depresjon (PPD) eller barseldepresjon er en av tre emosjonelle forstyrrelser som kan forekomme i barselperioden. De andre er barseltårer (maternity blues) og barselpsykose. Barseltårer er en tilstand som forekommer hos svært mange. Ca 60-80% av nybakte mødre rammes i dagene etter fødselen. Tilstanden kjennetegnes ved at mødrene er svært følsomme og lett tyr til tårer. Det antas at barseltårer kan ha hormonelle eller andre biologiske årsaker. Tilstanden varer bare i noen få dager. Barselpsykose derimot er en langt sjeldnere (0,2 %) og langt mer alvorlig tilstand som i de fleste tilfeller krever innleggelse ved psykiatrisk klinikk. For noen kan psykosen utvikle seg til bipolar lidelse. De fleste som utvikler barselpsykose har en historie som inneholder manisk-depressive lidelser (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Harris, 1994). I alvorlighetsgrad ligger barseldepresjon mellom disse to andre tilstandene, og er det som vil være fokuset i denne studien. Barseldepresjon er den av tilstandene som antas å ha færrest, om noen, biologiske eller hormonelle årsaker (Eberhard-Gran & Slinning, 2007) hvilket gjør den interessant å studere i et psykososialt perspektiv.

Depresjon i barselperioden er antakeligvis vanligere enn folk flest tror. I globalt perspektiv ser prevalensen ut til å ligge på ca 13 % (O'Hara & Swain, 1996). Ulike studier og ulike kulturer finner stor variasjon i forekomsten av PPD. Ulike kulturer imellom ser det ut til at andelen som opplever depresjon eller depresjonssymptomer varierer mye og ligger på alt fra 0 og til 60 %. Sverige har en antatt forekomst på 12,3 %, Storbritannia har 12,8 %, Finland 16,6 %, USA 15,4 %, mens fattigere land som Sør-Afrika, India og Chile har gjennomsnittelig forekomst på henholdsvis 36,5 %, 32,4 % og 37,4 % (Halbreich & Karkun, 2006).

Forekomsten av barseldepresjon er usikker i Norge. En metaanalyse viste at gjennomsnittet på de studiene som tidligere er gjennomført her ligger på ca 9 %, og er således noe lavere enn det

globale gjennomsnittet (Halbreich & Karkun, 2006). Disse norske studiene er gjennomført på slutten av 90-tallet. En helt fersk doktorgradsavhandling med utvalg fra Stavanger indikerer imidlertid en økt prevalens i Norge, studien fant at så mange som 16,5 % av mødrene hadde betydelige depresjonssymptomer omtrent 7 uker etter fødselen (Dørheim, 2009). Siden Dørheims nye studie finner atskillig høyere prevalens enn de eldre norske studienes er det et klart behov for å undersøke nærmere prevalensen av barseldepresjon i Norge i dag.

En norsk studie fant at depresjon i barselperioden var sjeldnere for kvinner enn depresjon utenom barselperioden for kvinner (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen, & Opjordsmoen, 2002). Således får kvinner barn når de har det bra, dette fordi det er en seleksjon av kvinnene med lavest risiko for å utvikle depresjon som får barn (Eberhard-Gran, 2003). Allikevel er risikoen for å utvikle depresjon for første gang større i denne perioden av livet enn ellers. Andelen med alvorlig depresjon kan være tre ganger høyere i barselperioden enn ellers i livet (Stewart, Robertson, Dennis, & Grace, 2004). Dette innebærer at det er viktig å forske videre på hvorfor kvinner er ekstra sårbare i denne perioden i livet.

Barseldepresjon defineres ut fra depresjonskriterier i diagnosemanualene DSM-IV eller ICD-10. Ifølge den europeiske ICD-10 (WorldHealthOrganization, 2007) kjennetegnes depressive episoder av en eller flere av følgende karakteristikker eller symptomer: dårlig sinnsstemning, lavt energinivå og lavt aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, interessere seg og konsentrere seg om noe svekkes, og man føler seg slapp selv etter få og små anstrengelser. Søvnproblemer er vanlig, og mange har dårlig appetitt. De fleste har lav selvtillit og en svekket trygghetsfølelse. Det er vanlig å ha tanker om skyldfølelse og lav følelse av egen verdi. Tilstanden er ofte stabil, og mange får også somatiske symptomer. Depressive episoder deles inn på et kontinuum fra milde, moderate til alvorlige. Mild depressiv episode kjennetegnes ved to eller tre av symptomene over. Personer som opplever dette er ofte i stand til å opprettholde sine vanlige aktiviteter. Moderat depressiv episode kjennetegnes ved fire eller flere av symptomene, og pasienten har ofte problemer med å opprettholde sine vanlige daglige aktiviteter. Alvorlig depressiv episode kjennetegnes ved at flere av symptomene er tydelige og forstyrrende for pasienten. I tillegg opplever alvorlig deprimerte personer ofte lav mestringsfølelse, lav selvtillit og følelser av skyldighet og lav selvverdi. I tillegg har mange som opplever den alvorligste formen for depressiv episode også selvmordstanker (WorldHealthOrganization, 2007). Det blir hevdet at barseldepresjon ikke skiller seg særlig fra diagnosen på depresjon med unntak av at starttidspunktet for depresjonen begrenses til

barselperioden (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Barseldepresjon er derfor ikke en egen diagnose i ICD-10 eller DSM-IV, men nevnes i diagnosemanualene i form av at depresjonen har postpartum starttidspunkt. Som med depresjon er det også stor variasjon i alvorlighetsgrad når det gjelder PPD. Det er viktig å merke seg at de aller fleste studier som ser på barseldepresjon, undersøker symptomer på depresjon, og ikke nødvendigvis diagnostisert klinisk depresjon. Dette er viktig å tenke på blant annet når det rapporteres prosentvis prevalens av depresjon. De færreste kan diagnostiseres som klinisk deprimerte ifølge diagnosemanualene. Allikevel kan depressive symptomer og generell nedstemthet være alvorlig og skadelig nok for nybakte mødre, deres barn og familier (Haslam, Pakenham, & Smith, 2006). I denne oppgaven vil fokus ligge på en betydelig grad av depressive symptomer, og begrepene depresjon, nedstemthet og depresjonssymptomer vil brukes om hverandre.

Ett aspekt er hvordan depresjon defineres ut fra diagnosekriterier, en ganske annen kan være hvordan depresjonen faktisk oppleves for mødrene. En oversikt av kvalitative studier som tok for seg mors opplevelser og følelser av depresjon i barselperioden fant at følelser av ensomhet, angst, håpløshet, forvirring, skyldfølelse, lav konsentrasjonsevne, trøtthet, rolleforandring, tap av kontroll og tap av tidligere identitet var til stede i den vanskelige tiden (Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Kvinnene beskrev at det var vanskelig og stigmatiserende å oppleve barseldepresjon. Stigmatisering og mangel på kunnskap om PPD gjorde at kvinnene følte frykt og unngikk å oppsøke hjelp. Dette forklarte de med at det var vanskelig å utlevere de tunge følelsene, både til profesjonelle og nære som familie og venner. Grunnen til at det opplevdes som vanskelig å utlevere seg ble oppgitt å være at mødrene opplevde dårlig respons på emosjonelle og praktiske behov, både fra profesjonelle og fra det nære nettverket. Mange fryktet i tillegg å bli oppfattet som mentalt ustabile. Mangel på kunnskap og myter knyttet opp mot depresjon i barselperioden gjorde at mødrene ikke alltid var i stand til å gjenkjenne sine egne symptomer som depresjon. Blant annet skam, stigmatisering, frykt for å bli kategorisert som mentalt syk og frykt for å miste barnet, ble oppgitt som årsaker til at mødre unngikk å utlevere seg eller oppsøke hjelp for sine problemer (Dennis & Chung-Lee, 2006). Edwards og Timmons (2005) fant at det å bli diagnostisert med depresjon var en lettelse for mødrene fordi de da var i bedre stand til å forstå sin egen situasjon og mottok mer støtte fra omverdenen enn før diagnostiseringen. Før mødrene forsto at de faktisk var deprimerte var det flere som følte seg som mislykkete eller dårlige mødre,

blant annet fordi de opplevde at de manglet den morskjærligheten og morsinstinkt som de på forhånd forventet å ha ovenfor barnet.

Risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon

Forskningen har lenge vært opptatt av å kartlegge ulike risikofaktorer for å utvikle barseldepresjon. To viktige metaanalyser fant at de viktigste faktorene er psykopatologiske forstyrrelser tidligere i livet eller under graviditeten, problemer i ekteskapet eller parforholdet, lav sosial støtte og stressende hendelser i livet (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). I tillegg ser det ut til at lav selvfølelse, forhold ved barnet og uønsket graviditet spiller en viss rolle. Andre potensielle risikofaktorer som det er funnet ulik grad av i forskjellige studier, er lav inntekt eller utdanning, alder under 26 eller over 40 år, flere enn to barn, tidligere mishandling, lav praktisk og emosjonell sosial støtte, lav mestringstro, hvilken sivil status mor har, fødselskomplikasjoner, nevrotisisme og negativ kognitiv attribusjonsstil (Beck, 2001; Howell, Mora, & Leventhal, 2006; Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996). Det er ikke funnet støtte for at noen av disse risikofaktorene kan gi utslag alene. Det ser heller ut til at jo flere risikofaktorer som er tilstede, jo større er sannsynligheten for å utvikle barseldepresjon (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Stewart et al., 2004). I tillegg er det blitt funnet en assosiasjon mellom høy skåre på depresjonsscreening og beslutningen om ikke å amme (Eberhard-Gran, 2003). Informasjon og kunnskap om risikofaktorer er viktig for å kunne identifisere kvinner som kan ha større behov for oppfølging i perioden etter fødsel.

Flere av disse risikofaktorene vil være vanskelig eller umulig å påvirke i en intervensjon som søker å forebygge barseldepresjon hos mødre. Dette fordi en del av faktorene er demografiske og/eller faktorer som hører fortiden til. Noen av faktorene ser imidlertid ut til å fungere slik at dersom de er svake, så kan de påvirke utviklingen av barseldepresjon. Høye nivåer av de samme faktorene vil en dermed kunne anta at har en beskyttende effekt. To av disse er sosial støtte og mestringstro. Dette er psykososiale risikofaktorer som potensielt kan påvirkes eller forbedres. Forskning har vist at god sosial støtte forebygger depresjon gjennom å påvirke blant annet stressmestring og dermed beskytte mot stress (Schwarzer & Knoll, 2007). Redusert mestringstro antas å være både determinant for, og konsekvens av, depresjon fordi mestringstro virker inn på emosjoner, og emosjoner virker inn på mestringstro (Kavanagh, 1992). Lav mestringstro kan også føre til lav selvfølelse (Bandura, 1992) som igjen kan være en risikofaktor for depresjon (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996). Siden mestringstro og

sosial støtte er påvirkbare og foranderlige faktorer, og dersom de ser ut til å være viktige faktorer for utvikling av barseldepresjon, kan det på sikt tenkes at man kan være i stand til å utforme forebyggende tiltak rettet mot disse faktorene.

Konsekvenser av barseldepresjon

Risikofaktorer for barseldepresjon er viktig å identifisere og kartlegge fordi slik depresjon kan ha negative konsekvenser for barnets sosioemosjonelle og kognitive utvikling på et senere stadium i livet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Det er blant annet funnet at mors depresjon kan påvirke interaksjonen mellom mor og barn i barnets første leveår ettersom deprimerte mødre ikke er like gode til å fange opp tegn og signaler fra barnet som ikke-deprimerte mødre (Beck, 1995). En metaanalyse viste at barn av mødre med depresjon hadde redusert sannsynlighet for å vise trygg tilknytningsstil og noe økt sannsynlighet for unngående og ustrukturert tilknytningsstil i forhold til barn av ikke-deprimerte mødre (Martins & Gaffan, 2000). I tillegg tyder en annen metaanalyse på at barseldepresjon kan ha en liten, men signifikant effekt på barnets utvikling også etter barnets første leveår. Effekten ser imidlertid ut til å avta med barnets alder (Beck, 1998).

Å bli foreldre, særlig for første gang, involverer en stor omveltning i livet til både mor og far. Man går fra å ha en kjærestereelasjon til i tillegg å bli foreldre for et lite og fullstendig avhengig barn. Dette kan blant annet involvere en endring i arbeids- og rollefordeling i hjemmet og en mer presset økonomisk situasjon, da utgiftene stiger som følge av familieførøkelsen. I tillegg til de konsekvensene barseldepresjon kan ha for mor og det nyfødte barnet kan det også være negative konsekvenser for parforholdet mellom mor og far, og fars psykiske helse. Fedre som opplever partnerens barseldepresjon rapporterer blant annet en svekkelse i ekteskapet eller parforholdet i barselperioden. Bruddraten er også høyere for par som opplever barseldepresjon (Milgrom & McCloud, 1996). Menn med deprimerte partnere viser høyere stressnivå, særlig koblet til jobb og økonomisk situasjon. De rapporterer også lavere støtte fra svigerfamilie, andre slektninger og venner, enn menn uten deprimerte partnere. Økt stress og lavere sosial støtte var koblet til flere psykologiske symptomer for menn i denne perioden (Zelkowitz & Milet, 1997). Det har blitt gjort funn som tyder på at menn som har partnere med PPD står i større fare for å utvikle psykiatriske lidelser, og at starttidspunktet for fars problemer kommer i etterkant av utviklingen av mors symptomer eller lidelse (Lovestone & Kumar, 1993). Frykt for skam og stigmatisering som følge av

barseldepresjon anses i tillegg å være en viktig barriere for å oppsøke hjelp (Dennis & Chung-Lee, 2006). Jo færre som oppsøker hjelp for problemene sine, jo større og mer alvorlige vil også konsekvensene av barseldepresjonen være for kvinnen og de rundt. Ved å være i stand til å fange opp kvinner som står i faresonen kan en, med tilstrekkelig forskning og metoder, forhåpentligvis i fremtiden være i stand til å forebygge depresjon i større grad enn i dag.

Sosial støtte

Sosial støtte er et komplekst fenomen, med flere dimensjoner, funksjoner og effekter. Sosial støtte operasjonaliseres på mange ulike måter, blant annet som en utveksling av mellommenneskelige ressurser. Disse ressursene kan være innenfor affekt (det være seg uttrykk for at noen liker, elsker eller beundrer en), innenfor bekreftelse (som kan være at noen gir uttrykk for at man er enig eller anerkjenner noe en gjør, sier eller står for) og innenfor hjelp (som kan være å motta direkte hjelp som penger, råd og assistanse til noe man ikke er i stand til å klare på egen hånd) (Kahn & Antonucci, 1980). Denne oppdelingen av sosial støtte i ulike kategorier basert på innholdet i støtten ligner mye på den mer kjente oppdelingen av sosial støtte i kategoriene emosjonell, informasjonell og instrumentell støtte (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981). Informasjonell støtte er den av disse funksjonene som skiller seg mest fra de foregående, affekt, bekreftelse og hjelp. Informasjonell støtte handler om mottatt informasjon, råd eller tips som kan hjelpe en person til å løse problemer eller motta feedback på noe. En annen definisjon på sosial støtte er at det er informasjon som får oss til å tro at noen bryr seg om oss og elsker oss, at vi er verdsatt og anerkjent og at vi tilhører et sosialt miljø hvor vi kan kommunisere og ha gjensidige forpliktelser (Cobb, 1976). Totalt sett regnes sosial støtte som en evaluering av det relasjonelle innholdet i nettverkene våre, i motsetning til nettverkets struktur, størrelse, sammensetning og bånd innad i nettverket. Sosial støtte refererer dermed i større grad til det funksjonelle og kvalitetsmessige ved menneskene vi har rundt oss som støtte, enn det rent synlige og kvantitative ved nettverket (Schwarzer & Leppin, 1991).

Det ble tidlig funnet og har vist seg gjennom flere studier at høy grad av sosial støtte har en beskyttende funksjon for diverse ulike helseutfall, både fysiske og psykologiske (House, Landis, & Umberson, 1988; Schwarzer & Leppin, 1991). Dette gjelder både lav fødselsvekt, død, alkoholisme, tuberkulose og ikke minst depresjon (Cobb, 1976; Howell et al., 2006). Ulike dimensjoner av sosial støtte og behovet for støtte forventes å påvirke ulike helse mål

forskjellig (Collins et al., 1993; Schwarzer & Leppin, 1991). I tillegg til den vanligste oppdelingen av sosial støtte i emosjonell støtte, instrumentell støtte og informasjonstøtte som kategoriseres på bakgrunn av innholdet i støtten (Collins et al., 1993; Schaefer et al., 1981) skiller man også mellom oppfattet tilgjengelig støtte og faktisk mottatt eller aktivert støtte. Opplevd tilgjengelig støtte er en forventning om noe fremtidig, mens faktisk mottatt støtte er en evaluering tilbake i tid til da behovet for støtte var reelt (Schwarzer & Knoll, 2007; Schwarzer & Leppin, 1991). Disse to konstruktene har vist seg å korrelere dårlig med hverandre, noe som kan tyde på at det er vanlig å over- eller undervurdere de sosiale ressursene man har (Collins et al., 1993; Schwarzer & Knoll, 2007).

Sosial støtte kan påvirke helseutfall via to ulike prosesser: buffereffekt eller hovedeffekt (Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Knoll, 2007). Buffereffekten fungerer slik at sosial støtte kun beskytter når vi har behov for det, altså når vi er i krise, under mye stress eller lignende. Når vi ikke opplever mye stress, vil sosial støtte ha liten eller ingen effekt i følge buffereffekthypotesen. Hovedeffektmodellen forutsettes å fungere slik at sosial støtte har en positiv effekt uavhengig av om personene er stresset eller ikke (Cohen & Wills, 1985). Det ser ut til at studier som undersøker funksjoner ved sosial støtte finner støtte for buffereffekten, mens studier som finner hovedeffekter egentlig måler sosial integrering (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Særlig gjennom stress i forbindelse med graviditet, svangerskap og barselperiode kan det antas at sosial støtte kan være en buffer gjennom å øke velvære, personlig kontroll og positiv affekt. Dette til tross for at det kan være forskjeller når det gjelder hvem støtten kommer fra og hvem støtten er ment for (Tjetjen & Bradley, 1985). Vi kan dermed anta at store endringer i livet i forbindelse med graviditet og fødsel kan føles mindre stressende for de med god sosial støtte. Dette kan igjen gjøre at risikoen for å utvikle depresjon er lavere ettersom stress er en sterk risikofaktor for å utløse depresjon og det å få barn må kunne anses som en stressende hendelse.

Oppfattet tilgjengelig støtte og faktisk mottatt støtte har også vist seg å ha ulik funksjon, blant annet ble det funnet at tilgjengelig støtte hadde både en buffer- og en hovedeffekt, mens mottatt støtte hadde ingen slik effekt (Cohen & Wills, 1985). Faktisk støtte kan sjelden assosieres med psykologiske symptomer, i motsetning til opplevd tilgjengelig støtte. Oppfattet tilgjengelig støtte antas å være kognitiv av natur, og er dermed være mer stabil, global og trekkliknende enn faktisk støtte som i større grad er en observasjon av støtten man mottar (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Lakey & Drew, 1997).

En annen kategorisering av dimensjonene ved sosial støtte er den som gjøres av Berlin social support scales (BSSS) (Schwarzer & Schulz, 2000). Skalaen har seks underskalaer som søker å måle distinkte aspekter ved sosial støtte. Disse aspektene er opplevd tilgjengelig støtte (perceived available support), behov for støtte (need for support), tendensen til å oppsøke støtte (support seeking), faktisk mottatt støtte (actually received support), gitt støtte (provided support) og beskyttende buffer (protective buffering). De fire første av disse vil bli brukt i denne studien. Skalaen forventes å fange opp noe av kompleksiteten og de ulike dimensjonene ved sosial støtte.

Lav sosial støtte er funnet som en av de sterkeste risikofaktorene for barseldepresjon i to store metaanalyser (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). Slike store metaanalyser gir imidlertid lite detaljkunnskap om hvilke komponenter og dimensjoner ved sosial støtte som virker inn. I en studie som undersøkte sosial støtte i et utvalg mødre med lav inntekt i USA ble det funnet at mødre med god sosial støtte under svangerskapet hadde lavere forekomst av barseldepresjon enn andre mødre. I denne studien var det instrumentell støtte som ble funnet å være den mest beskyttende dimensjonen innenfor sosial støtte (Collins et al., 1993). Schaefer og kolleger (1981) var tidlig ute med å forske på hvilken relasjon de tre forskjellige komponentene instrumentell, emosjonell og informasjonell støtte hadde å si for ulike helseutfall, blant annet depresjon. Det ble funnet at lav instrumentell og emosjonell støtte var sterke prediktorer for depresjon, mens informasjonell støtte ikke ble funnet å være en signifikant prediktor, men ble rapportert å korrelere sterkt med emosjonell støtte. Lav partnerstøtte før fødsel ble funnet å være relatert til utviklingen av PPD i en studie (Milgrom et al., 2008), mens en annen fant at det var støtte fra mors foreldre og ikke partneren som var det viktige (Cutrona & Troutman, 1986). I tillegg er lav sosial støtte funnet å påvirke utvikling av depresjon og barseldepresjon både direkte og gjennom en mediator i flere studier (Cutrona & Troutman, 1986; Haslam et al., 2006; Saltzman & Holahan, 2002). Dette er en av relasjonene som skal undersøkes nærmere i denne studien.

Mestringstro

Self-efficacy eller mestringstro ble introdusert av Bandura på 70-tallet og defineres som at tro på egen mestring bestemmer om vi initierer mestrende atferd, hvor mye innsats vi legger ned i atferden og om vi vil fortsette med atferden selv om vi møter motstand. Mestringstro er altså

egen forventning om egen evne til å mestre en oppgave eller atferd på tilstrekkelig god måte. Forventninger om mestring og forventninger om utfall er ikke det samme i følge Bandura. Utfallsforventninger dreier seg om tro på at spesifikk atferd vil føre til spesifikt utfall, mens forventninger om mestring handler om vår tro på egen evne eller kompetanse til å utføre spesifikk atferd i spesifikke situasjoner. Bandura legger vekt på at mestringstro er kontekstspesifikk og at vi dermed kan ha ulike mestringsforventninger i ulike situasjoner (Bandura, 1977). Han mener at mestringstroen utvikles gjennom fire informasjonskilder: prestasjonsgjennomføring (performance accomplishments), fysiologiske og emosjonelle tilstander, vikarierende læring (vicarious experience) og muntlig overtalelse. De to sistnevnte må kunne sies å være avhengig av at andre enn en selv er tilstede. Læring gjennom andres erfaring innebærer at noen fungerer som modell for egen atferd, eller i dette tilfellet mestringstro for en gitt atferd. Et eksempel på slik modellering kan være at en mor observerer at andre mødre er i stand til å mestre en vanskelig eller utfordrende oppgave knyttet til morsrollen. Selv om slik læring også kan foregå uten at andre er fysisk tilstede, kan en anse det som at det er en form for sosial støtte å lære mestring gjennom for eksempel observasjon av andre. Muntlig overtalelse avhenger av at noen overbeviser oss og endrer våre oppfatninger om egen mestringsevne. Denne kilden kan derfor også innebære en form for sosial relasjon og dermed sosial støtte, ofte informasjonell i form av råd eller tips. Det er imidlertid også mulig å påvirke i negativ retning. Ved å bli utsatt for historier om vansker og problemer som følger med morsrollen, eller også solskinnshistorier som føles uopnåelige, kan interaksjon med andre svekke mestringstroen i forhold til morsrollen (eller andre kontekster). En fiasko kan ha sterkere påvirkningskraft enn flere vellykkede skrytehistorier fordi det raskt bryter ned forestillingene om at ting er enkelt og greit (Bandura, 1977).

Som nevnt er ikke mestringstro funnet å være blant de sterkeste prediktorene for utvikling av barseldepresjon. Mestringstro er imidlertid stadig koblet til depresjon utenfor barselperioden. Sammenhengen kan være på tre mulige måter; lav mestringstro kan gjøre folk deprimerte, depresjonen kan senke folks mestringstro eller depresjon kan påvirke mestringstro indirekte (Kavanagh, 1992). Enkelte koblinger til barseldepresjon er også funnet. En studie fant at mødre med depressive symptomer blant annet hadde lavere mestringstro enn andre mødre. Mestringstroen i studien var kontekstspesifikk gjennom at itemene til dels dreide seg om morsrollen og var dermed ikke mål på generell mestringstro (Howell et al., 2006). Mestringstro har også vist seg viktig i andre studier som mediator mellom andre variabler (særlig sosial støtte) og depresjon eller depressive symptomer (Cutrona & Troutman, 1986;

Fiori, McIlvane, Brown, & Antonucci, 2006; Haslam et al., 2006; Hong & Mayo, 1988; McFarlane, Bellissimo, & Norman, 1995; Saltzman & Holahan, 2002; Teti & Gelfand, 1991). I tillegg er mestringstro en av de viktigste komponentene og prediktorene for de fleste helsemål og positive helsevaner (Conner & Norman, 2005; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, & Cannella, 2004).

Mestringstro og til dels sosial støtte opererer, dog under ulike begrep og forståelser, også i de fleste helseatferdsmodellene, blant annet i sosial kognitiv teori, health belief model og teorien om planlagt atferd. Sosial støtte er ingen egen komponent i modellene, men passer inn under både sosiokulturelle faktorer, normutvikling, motivasjon og opplevd sårbarhet og barrierer. Sosial kognitiv teori bygger på Banduras begreper om sosial læring og mestringstro. I denne teorien ses mennesker på som de som handler, men også som produkter av omgivelsene rundt. Ifølge denne teorien kan atferd endres ved å utøve en form for personlig kontroll. Det som påvirker atferden vår er i stor grad mestringstro og utfallsforventninger. I tillegg spiller målsettinger og strukturer i form av barrierer og muligheter en viss rolle. Teorien erkjenner også at sosial støtte både kan være en sterk determinant for atferd og også en potensielt stor ressurs (Conner & Norman, 2005). Et spørsmål man dermed kan stille seg er om mestringstro kan være undervurdert som prediktor for PPD, og om den kan fungere som en beskyttende faktor i større grad en tidligere antatt blant annet på grunn av sin sterke relasjon med sosial støtte.

Amming

Amming står sterkt i Norge, hele 70 % av spedbarn fullammes til de er tre måneder gamle og 80 % ammes fremdeles ved seks måneders alder (i tillegg til annen føde) (Statistisk-sentralbyrå, 2003). Dette er høye tall i forhold til andre land. I USA er det funnet at kun 32,5 % ble ammet ved seks måneders alder, inkludert både fullamming og delvis amming. I Italia ble kun 37 % fullammet ved tre måneders alder, mens 19 % fremdeles ble ammet ved seks måneders alder, mange også med annen føde i tillegg. Også her varierte ratene geografisk innad i landet. I Sverige ble kun 21 % fremdeles ammet ved seks måneders alder, mens i København ammet 52 % fremdeles på denne tiden i barselperioden; men kun 10 % ble fullammet (Callen & Pinelli, 2004). Verdens helseorganisasjon (WorldHealthOrganization, 2001) anbefaler morsmelk som eneste næringskilde de første seks månedene av barnets liv, allikevel følger ikke alle denne anbefalingen. Det finnes mange ulike årsaker til at mødre ikke

ammer. Den hyppigste årsaken til at mødre gir opp amming, eller supplerer med annen føde i tillegg, er følelsen av at de ikke produserer nok melk til å kunne fullamme (Blyth et al., 2002). Andre årsaker til at noen mødre introduserer annen føde i tillegg til morsmelk tidligere enn anbefalt, er demografiske variabler som ung alder, lav inntekt og tilhørighet i etnisk minoritetsgruppe. Andre viktige og mer påvirkbare årsaker er negative holdninger til amming, liten tro på egen evne til å amme og sen beslutning om å avstå fra amming. Mange oppgir også at det å føle seg nedfor og trist er årsaker til ammeproblemer (Dennis, 2002). At amming står så sterkt i Norge gjør at for mange blir ikke valget om å amme eller ikke et reelt valg. Amming er så sterkt knyttet til en norm og vellykkethet som mor at de som ikke ammer, ofte blir stigmatisert, presset og føler at det ikke er noe alternativ til amming. Flere har til og med blitt kalt udugelige og egoistiske av personell på barselavdelinger fordi de har valgt å avstå fra amming. Det er lite informasjon og veiledning om flaskeføde og morsmelksubstitutt fra helsestasjon og andre som nybakte mødre er i kontakt med. Dette kan føre til at mødre ikke opplyser om at de ikke ammer og dermed ikke får den hjelpen de trenger til å gi tilstrekkelig og riktig flaskeføde. Det skal være et fritt valg å amme, men for mange føles det ikke slik. En årsak til at noen mødre ikke ønsker å amme kan være at de ønsker å føle seg mer fri fra barnet (deLange, 2009).

I en norsk studie ble det funnet samvariasjon mellom amming og depresjon eller nedstemthet. Forholdet var slik at negativ affekt og mestringsstro i graviditeten predikerte ammeproblemer (Ystrøm, Niegel, Klepp, & Vollrath, 2008). I en tilsvarende amerikansk studie predikerte vedvarende depressive symptomer i graviditeten eller tidligere, hvilke kvinner som ville gi opp ammingen i løpet av den første barselmåned (Pippins, Brawarsky, Jackson, Fuentes-Afflick, & Haas, 2006). Misri, Sinclair og Kuan (1997) studerte mødre som var diagnostisert med PPD og ønsket å finne ut om deres ammestopp hang sammen med depresjonen. Flesteparten (83 %) av mødrene utviklet depresjon før de sluttet å amme, mens 17 % utviklet depresjon etter å ha sluttet med ammingen. Studien viste at kvinner som ikke var i stand til å opprettholde ammingen, oppfattet seg selv som at de mestret den nye omsorgssituasjonen dårlig. Det ser altså ut til at amming og PPD henger sammen, men det er usikkert hvilken retning årsaksforklaringen går. Spørsmålet er om ammeproblemer i seg selv kan sees på som en risikofaktor for depresjon eller om det er andre faktorer i forbindelse med ammingen som kan være med på å forklare utvikling av PPD.

Ammemestringstro

Man tror at årsakene til ammeavbrudd ikke er at mor selv ønsker å slutte, men at hun føler seg utrygg og usikker på flere ting i forbindelse med ammingen, som for eksempel om barnet får nok næring. I denne sammenheng er det blitt utviklet et kontekstspesifikt mestringstrobegrep som dreier seg om ammetrygghet, eller ammemestringstro, og som ser ut til å være den viktigste prediktoren for hvor lenge barn blir ammet (Dennis, 1999). Ammemestringstro defineres som mors trygghet til å mestre de ulike oppgavene, teknikkene og atferdene som hører med for å gjennomføre vellykket amming (Dennis & Faux, 1999). Ifølge Banduras (1977) fire informasjonskilder til utvikling av mestringstro antar vi dermed at ammemestringstro utvikles gjennom de samme fire kildene. To av disse antas å være avhengig av komponenter ved sosial støtte og interaksjon med andre. Disse to er informasjon fra vikarierende erfaring og muntlig overtalelse. Læring gjennom andres erfaring eller observasjonslæring kan være spesielt viktig for førstegangsmødre siden de ikke har egen ammeerfaring fra før. Ved å ha vært observatør til og ha hørt på erfaringer om vellykket amming fra bekjente, er det mer sannsynlig at man vil ha høyere tro på egen evne til å gjennomføre vellykket amming. Læringen avhenger av at moren kan kjenne seg igjen i rollemodellen. Informasjon gjennom verbal overtalelse, både om amming som teknikk og evaluering av egen evne til å amme, kan være nyttig for å øke mestringstroen til mødre. Gjennom tilbakemeldinger på at ammingen utføres hensiktsmessig vil mødre føle seg tryggere på at ammingen foregår riktig. Denne evalueringen og informasjonen kan komme fra helsepersonell, ammeveiledning, familie og venner. Tilbakemeldinger fra pålitelige objektive kilder vil kunne ha større verdi for egen mestringstro enn tilbakemelding fra personlige nære kilder (Dennis, 1999). Noen av prediktorene for ammemestringstro en uke etter fødsel er sosial støtte fra andre kvinner med barn, tilfredshet med oppfølging etter fødsel, forventninger om ammeforløp, planlagt ammemetode og moderlig angst (Dennis, 2006). I forbindelse med utviklingen av begrepet ammemestringstro ble også en skala for måling av mestringstro spesifikt i forhold til amming utviklet: Breastfeeding self-efficacy scale (BSES). Skalaens hovedmål er å predikere ammevarighet og eksklusiv amming samt å identifisere kvinner med både vellykkete og mislykkete ammeopplevelser. Skalaen gjør dette i stor grad samtidig som den samvarierer godt med barseldepresjonsskårer (Dennis, 2003).

Forholdet mellom sosial støtte, mestringstro og depresjon

I tillegg til skillet mellom buffereffekt og hovedeffekt antas sosial støtte å virke på to måter når det gjelder utvikling av depresjon: direkte og gjennom den medierende variabelen mestringstro (Cutrona & Troutman, 1986; Haslam et al., 2006; Saltzman & Holahan, 2002; Schwarzer & Knoll, 2007). Ifølge Fiori og kolleger (2006, p. 228) kan forholdet beskrives som en prosess “by which the beliefs of a supportive other about an individual are transferred to that individual, thereby influencing the individual’s self-efficacy”. Det er dermed grunn til å tro at mestringstro er en av mekanismene som gjør at sosial støtte påvirker velvære, og i dette tilfelle depressive symptomer. Forholdet kan imidlertid også fungere den andre veien. Schwarzer og Knoll (2007) skiller mellom to hypoteser når det gjelder forholdet mellom sosial støtte, mestringstro og helseutfall. Disse er ”The enabling hypothesis” og ”The cultivation hypothesis”. Enabling hypotesen sier at mestringstro medierer forholdet mellom sosial støtte og et utfall, altså at sosial støtte fasiliterer mestringstro som igjen promoterer hvordan vi takler utfordringer og situasjoner. Ifølge denne hypotesen kan sosial støtte muliggjøre økt mestringstro på tre ulike måter. En måte er at sosial støtte kan gi individet mulighet til å involvere seg i vikarierende erfaringer når det gjelder hvordan man takler stress. For det andre kan sosial støtte representere en symbolsk erfaring når støtten kommer i form av verbale bekreftelser på at mottakeren har de evner og kvaliteter som skal til for å takle situasjonen man står oppe i eller er på vei inn i. En siste måte sosial støtte kan øke mestringstro på er at negativ affekt og aktivert stress kan bli redusert, og støtten kan dermed være en kilde til økt mestringstro. Dette kobler enabling hypotesen med den stressreduserende funksjonen av sosial støtte. Cultivation hypotesen sier at det like gjerne kan være sosial støtte som medierer mellom mestringstro og forskjellige utfall som depresjon. En av disse funksjonene kan dermed være at mestringstro fungerer som et grunnlag for støtte gjennom at de med høy mestringstro tar større initiativ til sosiale aktiviteter og sosial kontakt. Jo bedre mestringstro, jo bedre vil de sosiale ressursene bli. Det trenger ikke være slik at den ene av disse hypotesene automatisk ekskluderer den andre, begge kan antas å være gjeldende avhengig av konteksten (Schwarzer & Knoll, 2007).

Det har ved flere anledninger blitt funnet at sosial støtte og mestringstro virker sammen i å påvirke ulike (helse)utfall. Blant annet ble det tidlig funnet at sosial støtte primært virket beskyttende for utvikling av barseldepresjon gjennom den medierende variabelen mestringstro knyttet til foreldrerollen (parenting self-efficacy) (Cutrona & Troutman, 1986). Studien konkluderer med at det er sannsynlig at mekanismen som gjør at sosial støtte virker

beskyttende for utvikling av PPD er at den fungerer gjennom å styrke mestringstro. Dermed har kvinner med sterk sosial støtte en større og bedre trygghet når det gjelder sine evner som mor, og denne tryggheten er igjen en beskyttende faktor for utvikling av depresjon. En annen studie fant at sosial støtte og mestringstro var relatert til depresjon hos collegestudenter (Saltzman & Holahan, 2002). Studien fant at sosial støtte fra foreldre og venner påvirket utvikling av depresjon gjennom variabelen mestringstro som igjen fungerte gjennom variabelen adaptive mestringsstrategier. I Saltzman og Holahan (2002) sin studie har sosial støtte i tillegg til å fungere gjennom disse variablene, også en direkte effekt på depressive symptomer. Haslam og kollegaer (2006) fant lignende resultater i sin studie. God rapportert støtte fra foreldre og høy mestringstro knyttet til morsrollen var assosiert med lavere nivåer av depresjonssymptomer. Resultatene foreslo at støtte fra foreldre fungerer gjennom å øke mestringstro knyttet til morsrollen. Studien fant ikke at partnerstøtte var relatert til verken depressive symptomer eller til mestringstro. Støtte fra foreldre derimot hadde både en direkte effekt på depresjonssymptomer og den indirekte effekten gjennom mestringstro. Studien forklarte resultatene med at støtte fra egne foreldre kan gjøre at moren føler seg mer forberedt på hvilke evner og ressurser som behøves når et barn settes til verden. Mors foreldre kan også påvirke gjennom verbal oppmuntring. Slik oppmuntring kan være i form av å bli påminnet situasjoner man har taklet tidligere. Slik kan vi dermed anta at foreldre øker mors mestringstro gjennom å øke hennes kontrollfølelse og trygghet på egne evner. Alle disse studiene er støttende for den tidligere nevnte enabling hypotesen. Hypotesen hevder at mestringstro medierer mellom sosial støtte og diverse utfall. Færre studier finner støtte for cultivating hypotesen og ingen er funnet som støtte for denne hypotesen i forhold til barseldepresjon. To studier (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005; Schwarzer, Hahn, & Schröder, 1994) fant støtte for cultivation hypotesen. Den ene studien fant at depressivt humør var negativt relatert til mestringstro, men at denne relasjonen delvis ble mediert av mottatt støtte. Denne studien tok for seg jobbstress hos fabrikkarbeidere i Costa Rica (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005). Det blir foreslått at den instrumentelle og adaptive effekten her er at mestringstro påvirker depresjon eller emosjonell tilstand gjennom å gi trygghet til å aktivt opprette nye støttende sosiale relasjoner. Det antas da at for å aktivt opprette slike relasjoner vil man måtte ha en god tro på egen evne som relasjonsdanner, altså en god mestringstro. Den andre studien nevnt er en studie som ble gjort før og etter (tre målepunkt) Berlinmurens fall i 1989 (Schwarzer et al., 1994). Studien fant at sosial støtte på andre tidspunkt predikerte depressivt humør på tredje tidspunkt, mestringstro på første tidspunkt predikerte også depressivt humør på tredje

tidspunkt og mestringstro var relatert til mottatt støtte. Sosial støtte medierte dermed delvis effekten av mestringstro på depresjon.

I tillegg til relasjonen mellom sosial støtte, mestringstro og depresjon har også sosial støtte vist seg å være en viktig prediktor for ammestringstro (Dennis, 2006). Undersøkelsen baserte seg på data fra mødre en uke etter fødselen. Sosial global støtte og relasjonsspesifikk støtte fra partner og andre mødre var de viktige dimensjonene av sosial støtte relatert til god ammestringstro. Dersom kvinnene rapporterte at de var i konflikt med sine egne mødre, var dette derimot en av prediktorene for lavere ammestringstro. Andre og sterkere prediktorer for hvordan ammingen hadde gått de første dagene, var hvor tilfredse kvinnene var med fødselsomsorgen samt mors utdanning.

Problemstilling

På bakgrunn av tidligere funn og teori vil det i denne studien undersøkes om faktorene generell mestringstro, spesifikk mestringstro i form av ammestringstro og ulike dimensjoner ved sosial støtte kan relateres til utvikling av barseldepresjon samt andre mål på velvære. Vi ønsker å se om mestringstro, ammestringstro og sosial støtte kan predikere utviklingen av barseldepresjon og nedstemthet i barselperioden. Lav sosial støtte er tidligere funnet å være en sterk risikofaktor for barseldepresjon (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Det er ønskelig å undersøke nærmere hvilke dimensjoner ved sosial støtte som kan være viktige. Amming er en atferd spesifikt knyttet til barselperioden, det ønskes dermed å se om manglende tillit til egen ammeevne (ammestringstro) kan bidra til å forklare utvikling av PPD. Resultater fra tidligere studier indikerer at det fins en relasjon mellom barseldepresjon og ammestringstro, men årsaksretningen på relasjonen er usikker (Dennis, 2003). Schwarzer og Knoll (2007) har funnet at det kan være mediering tilstede mellom sosial støtte, mestringstro og depresjon. Medieringen kan fungere i to retninger; mestringstro kan mediere forholdet mellom sosial støtte og barseldepresjon (enabling-hypotesen) og sosial støtte kan mediere mellom mestringstro og barseldepresjon (cultivating-hypotesen). De nevner behovet for flere studier for å teste ut hypotesene om mediering. Denne studien vil undersøke om medieringen også gjelder for barseldepresjon. På sikt kan disse resultatene nyttiggjøres i forbindelse med utvikling av eventuelle intervensjoner rettet mot forebygging av barseldepresjon.

Metode

Denne studien er en del av et større doktorgradsprosjekt ("Barseldepresjon, hvem rammes og kan intervensjonsprogram hjelpe" v/Silje M. Haga). Hovedprosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Ullevål universitetssykehus (UUS). Studien baseres på et stort spørreskjema rettet mot kvinner som nylig har født barn. Kvinnene ble bedt om å svare på spørreskjema på tre tidspunkt etter fødselen og studien tar derfor sikte på å måle endringer i ulike psykologiske variabler i barselperioden. Dessverre har det av tidsbegrensende årsaker og at prosjektet er pågående, kun vært mulig å se på data fra første tidspunkt som er omtrent seks uker etter fødsel. Studien er derfor en tverrsnittstudie og ikke longitudinell.

Deltakere

Studien inkluderer 246 nybakte mødre som har født barn ved Ullevål universitetssykehus (UUS) i perioden 26.mai 2008 til 29.januar 2009. Inklusjonskriteriene til kvinnene som deltar i undersøkelsen er at de må ha født levende barn, barnet må ikke være innlagt på intensivavdeling, kvinnen må ha tilgang til internett hjemme og hun må kunne lese og skrive norsk. Kvinnene ble rekruttert fra følgende avdelinger ved UUS: barselavdelingene, observasjonsposten for gravide, "barselhotellet" og ABC fødeenheten. Kvinnene er fra 20 til 43 år og gjennomsnittsalderen er 31,66 år. Responsraten ved første måling er 56 % (ca 6 uker etter fødsel). Tabell 1 viser hvordan utvalget fordeler seg på utdanningsnivå, sivilstatus og alder.

Tabell 1: Demografisk fordeling av utvalget

	Utdanningsnivå			Sivilstatus			Alder				
	Grunnskole inkl vdg	Høyere utd 3 år	Høyere utd 5 år	Gift	Sam- boer	Enslig	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 43
n	38	112	96	126	112	8	10	63	113	50	10

Note: N=246

Prosedyre

Kvinner som fødte levende og friske barn på Ullevål Universitetssykehus i den aktuelle tidsperioden ble forespurt om å være med på undersøkelsen mens de fremdeles befant seg på sykehusets barselavdelinger. Jordmødrene ved avdelingene sto for utdeling av informasjon. Mødrene mottok et informasjonsskriv der det kom klart fram at det var frivillig å delta og at

de når som helst kunne trekke seg fra studien. Ved å samtykke og oppgi sin egen e-postadresse stilte kvinnene seg åpne til å delta i undersøkelsen og mottok en e-post med lenke til det første elektroniske spørreskjemaet omtrent 4-6 uker etter fødsel. Kvinnene ble aidentifisert ved hjelp av et studiedeltakernummer, og koblingen mellom navn/e-postadresse og studiedeltakernummeret ble oppbevart og nedlåst på et trygt sted. Deltakerne vil bli fullstendig anonymisert etter datainnsamlingen. Dersom kvinnene ikke responderte på undersøkelsen, mottok de en purremail. Dersom kvinnene trakk seg fra undersøkelsen underveis, ble det naturlig nok ikke sendt noen purring eller forespørsel om videre deltakelse i studien. Informasjonsbrevet kvinnene mottok er i appendiks A.

Instrumenter/målinger

Velvære (well-being) måles ved Edinburgh postnatal depression scale, Satisfaction with life scale og Positive and negative affect schedule.

Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Når det gjelder PPD finnes ulike screeningverktøy, det mest brukte og mest studerte er Edinburgh postnatal depression scale. EPDS er et selvrapporteringskjema som måler emosjonelle og kognitive symptomer på barseldepresjon. Skjemaet ble utviklet av John Cox og hans kollegaer (1987) og har ingen kroppslige symptomer med i skalaen fordi slike symptomer naturlig kan relateres til fødsel og omsorg for et spedbarn. Kvinnen skal respondere på hvordan hun har følt seg de siste syv dagene, og hvert svar rangeres på en skala fra 0 til 3. Skalaen har ti spørsmål og summen kan derfor variere fra 0 til 30. Skalaen har en forutbestemt terskelpunkt der de som skårer over antas å ha utviklet en grad av PPD. Det har imidlertid vist seg at det ikke er fullstendig enighet om hva denne terskelskåren skal være og den har variert fra 8,5 til 12,5. I denne studien ble det valgt et terskelpunkt på 10 for å påvise depresjon. Dette er det hyppigst brukte og anbefalte terskelpunktet for kartleggingsstudier og screening (Cox et al., 1987). Skalaen er også validert og oversatt til norsk (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl, & Holsten, 2003; Boyd, Le, & Somberg, 2005; Cox et al., 1987; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei, & Opjordsmoen, 2001). Eksempler på item er ”Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?”, ”Har du de siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?” og ”Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?”. Hvert item har fire svaralternativer som går fra f. eks ”like mye som vanlig” til ”ikke i det hele tatt”, eller fra det ”ja for det meste” og til ”nei, aldri”.

Satisfaction with life scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). SWLS måler global og generell livstilfredshet. Skalaen måler altså tilfredshet og ikke positiv affekt, ensomhet eller andre konstrukter. Sammen med positiv og negativ affekt ble livstilfredshet tidlig tenkt på som komponent i eget velvære. Livstilfredshet er dermed den kognitive og evaluerende komponenten involvert i følelser av velvære. Skalaen er bygget på tanken om at man må spørre deltakerne om å vurdere livet sitt som helhet for å være i stand til å måle livstilfredshet (Diener et al., 1985). I denne studien benyttes Satisfaction with life scale som en avhengig variabel og som et alternativt mål på velvære som supplement til EPDS. Skalaen har 5 item og måles på en skala fra 1 (svært usant) til 7 (svært sant). Itemene er ”på de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt”, ”livssituasjonen min er utmerket”, ”jeg er fornøyd med livet mitt”, ”så langt har jeg oppnådd de verdifulle tingene jeg ønsker i livet” og ”dersom jeg kunne levd livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandre noe”. Skalaen er også tidligere brukt på norsk (Vittersø, Biswas-Diener, & Diener, 2005).

Positive and negative affect schedule (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). De andre to komponentene brukt som mål på subjektivt velvære, er positiv og negativ affekt. Positiv og negativ affekt har vist seg å være to uavhengige dimensjoner i stedet for to motstående poler på et kontinuum. Positiv affekt handler om i hvor stor grad en person føler seg entusiastisk, aktiv og årvåken. I tillegg er man full av energi, har god konsentrasjonsevne og føler behag når man har høy positiv affekt. Ved lav positiv affekt føler man seg trist. Negativ affekt dreier seg om å føle ubehag og spenner over et spekter av humør, blant annet sinne, skyld, frykt, forakt, avsky og nervøsitet. Hvis man skårer lavt på negativ affekt antas man å være avslappet og rolig (Watson et al., 1988). PANASskalaen består av 10 ord eller beskrivelser for hver av de to affektive tilstandene, altså 20 ord til sammen. Hvert ord/beskrivelse skal vurderes på en skala fra 1 (svært lite, eller ikke i det hele tatt) til 5 (mye) på hvor mye deltakeren har følt seg slik den siste tiden. Eksempler på beskrivelsene er ”nedtrykt”, ”sterk”, ”uvennlig”, ”aktiv”, ”nervøs” og ”inspirert”.

Berlin social support scales (BSSS) (Schwarzer & Schulz, 2000). BSSS er en av mange skalaer som måler aspekter ved sosial støtte. Skalaen har som mål å måle både kognitive og atferdsmessige trekk, kvantitet, type og funksjon ved sosial støtte. Skalaen består av 6 underskalaer, i denne studien brukes 4 av disse. Underskalaene er opplevd tilgjengelig støtte (8 item), behov for støtte (4 item), søke etter støtte (5 item), faktisk mottatt støtte (15

item). To av underskalaene ble ekskludert, disse er gitt støtte og beskyttende buffer. Disse underskalaene ble valgt bort fordi de ikke ble forventet å ha spesifikk innflytelse på barseldepresjon, og fordi det var ønskelig å begrense spørreskjema så mye som mulig. Fire ulike mål på sosial støtte ble også sett på som tilfredsstillende. Skalaen vurderes på en 4 punkts skala fra ikke riktig/sant (1) til helt riktig/sant (4). Skårene på skalaen blir inndelt i de ulike subskalaene og det lages dermed ikke en totalskåre for hele BSSS. Skalaen har også spesifisert hvilke item som måler emosjonell, instrumentell og informasjonell støtte og har et eget item som måler hvor tilfredse deltakerne er med støtten de mottar (Schwarzer & Schulz, 2000). Eksempler på norske item i de fire underskalaene er henholdsvis ”noen personer liker meg ordentlig godt”, ”når jeg føler meg nede så trenger jeg noen som kan muntre meg opp”, ”i vanskelige situasjoner foretrekker jeg å spørre andre om råd” og ”denne personen har vist meg at han/hun er glad i meg og aksepterer meg”.

General self-efficacy scale (GSE) (Jerusalem & Schwarzer, 1993)). Den generelle mestringstroskalaen ble utviklet av Jerusalem og Schwarzer i 1979. Skalaen er oversatt til minst 26 andre språk enn den opprinnelige tyske. Skalaen måler generell oppfatning av opplevd mestringstro. Målet er at skalaen skal kunne predikere mestring (coping) av hverdagslige problemer i tillegg til tilpasning etter å ha opplevd ulike stressende hendelser. GSE består av 10 item som er oversatt til norsk av Røysamb (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998). Itemene rates på en 4-punkts skala fra helt galt (1) til helt riktig (4). Svarene summeres til en summert skalaskåre som dermed vil variere fra 0 til 40. Målingen er mye brukt internasjonalt og brukes på et bredt spekter av områder. Skalaen måler generell mestringstro, et begrep som er omdiskutert fordi Bandura mente at mestringstro kun kunne knyttes direkte til spesifikk atferd (Jerusalem & Schwarzer, 1993). Eksempler på norske item er ”jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok”, ”jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min” og ”hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut”.

Breastfeeding self-efficacy scale (BSES) (Dennis & Faux, 1999). BSES forventes å måle spesifikk mestringstro i forhold til amming. Skalaen er bygget på at det finnes tre underliggende dimensjoner av vellykket amming. Disse er teknikk, intrapersonlige tanker og støtte. Teknikk er det moren rent fysisk gjør for å gjennomføre vellykket amming. Intrapersonlige tanker er mors oppfattelse av amming som involverer blant annet hennes holdninger. Støtte bygger på hvordan mor oppfatter støtten rundt seg og gjelder hennes

evaluering av informasjonsstøtte, emosjonell, støtte og instrumentell støtte. Den opprinnelige skalaen besto av 40 item, etter hvert så man seg nødt til å slette hele støtte dimensjonen i skalaen fordi den teoretisk sett ikke fremsto enhetlig nok (Dennis & Faux, 1999). I denne undersøkelsen vil det benyttes en kortversjon bestående av 14 item (Dennis, 2003). Svarene på skalaen rates på en 5-punkts likert skala fra sjelden (1) til alltid (5). Eksempler på norske item er ”jeg klarer alltid å avgjøre om barnet mitt får nok melk”, ”jeg klarer alltid å amme” og ”jeg takler alltid at ammingen kan være tidkrevende”.

Andre instrumenter/Målinger. Det webbaserede spørreskjemaet består også av andre skalaer. I tillegg til de omtalte skalaene som er aktuelle for denne studien består skjemaet av følgende skalaer: Vulnerable personality style questionnaire (VPSQ), Relationship questionnaire (RQ), the experience in close relationship questionnaire (ECR), Emotion regulation questionnaire (ERQ) og Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Til sammen består webskjemaet av 155 item fra skalaene og 11 demografiske item. Det komplette skjemaet finnes i Appendiks B.

Resultater

Det var høy forekomst av barseldepresjon i utvalget, 16,7 % av mødrene skåret 10 eller høyere på EPDS-skalaen. Dette anses som at de har betydelig grad av barseldepresjonssymptomer. De utvalgte skalaene i spørreskjemaet korrelerte signifikant med hverandre, dette gjelder både velværemålene (EPDS, SWLS, positiv og negativ PANAS) og de antatte prediktorene mestringstro, opplevd tilgjengelig støtte og ammestringstro (tabell 2). Disse tre prediktorene forklarer en stor andel av variansen i EPDS (30 %) og også i SWLS (28 %). Med livstilfredshet (SWLS) som avhengig variabel ble det funnet medieringseffekter; mestringstro medierte mellom opplevd tilgjengelig støtte og livstilfredshet, og opplevd tilgjengelig støtte medierte mellom mestringstro og livstilfredshet.

Demografiske forskjeller på ulike velværeinstrumenter

Prevalensen av depresjon i utvalget var 16,7 %, det vil si at informantene skåret 10 eller høyere på EPDS-skalaen. Depresjonsskårene fordeler seg ulikt på ulike grupper relatert til utdanning, alder og sivilstatus. De med høyest utdanning (høyere utdanning 5 år) har lavest prevalens (10,4 %). Av de med 3 års høyere utdannelse var hele 22,3 % deprimerte, mens

15,4 % av de med grunnskole inkludert videregående var deprimerte. Når det gjelder de ulike aldersgruppene så hadde den midterste aldersgruppen 30-34 år lavest prevalens (12,4 %), mens andelen ble gradvis høyere både for yngre og eldre mødre. Av både de yngste (20-24 år) og de eldste (40-43 år) mødrene var 30 % deprimerte. Når det gjaldt grupper med ulik sivilstatus, har gifte og samboende mødre omtrent lik prevalens av PPD, henholdsvis 17,5 % og 16,1 %, mens enslige mødre var det for få ($n=8$) i undersøkelsen til å kunne kommentere nærmere.

Livstilfredshet var det andre viktige målet på velvære som ble brukt i studien. Her skårer utvalget som helhet høyt ($M=5.93$, $SD=.89$, $N=239$). De deprimerte skåret lavere på livstilfredshet ($M=5.57$, $SD=1.09$, $n=40$) enn de ikke-deprimerte ($M=6.00$, $SD=.83$, $n=199$). De med høyere utdanning over 5 år skåret høyest på SWLS av utdanningsgruppene ($M=6.14$, $SD=.68$, $n=93$). Av de ulike aldersgruppene skåret de yngste (20-24 år) høyest ($M=6.11$, $SD=.83$, $n=9$), skårene blir gradvis noe dårligere jo eldre mødrene blir. De eldste (40-43 år) skårer lavest på SWLS av aldersgruppene ($M=5.7$, $SD=1.63$, $n=8$). Gruppen med lavest skåre på livstilfredshet var enslige mødre ($M=4.53$, $SD=1.98$, $n=6$). I følge Diener (2006) reflekterer gjennomsnittskårer på 6-7 svært høy livstilfredshet, 5-6 høy livstilfredshet og 4-5 gjennomsnittelig livstilfredshet.

Korrelasjon mellom skalaene

Tabell 2 viser samvariasjon mellom de ulike variablene. EPDS har moderat samvariasjon med de forventede prediktorene mestringstro ($r=-.36$, $p<.01$), ammestringstro ($r=-.37$, $p<.01$) og sosial støtte (opplevd tilgjengelig støtte) ($r=-.35$, $p<.01$). Av de fire underskalaene i Berlin Social Support Scales (BSSS) er det opplevd tilgjengelig støtte som korrelerer signifikant med EPDS. Tabell 2 viser også hvordan velværemålene EPDS, SWLS, positiv affekt og negativ affekt korrelerer, og den viser gjennomsnitt, standardavvik og cronbach's Alpha for de forskjellige skalaene. Alle skalaene med unntak av behov for støtte ($\alpha=.619$) viser god reliabilitet, med alpha på over .78.

Tabell 2. Korrelasjoner mellom aktuelle skalaer (Pearsons r), reliabilitetskoeffisienter (Cronbachs alpha), gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Total EPDS	-									
2 Total SWLS	-.31**	-								
3 Total Positiv affekt	-.48**	.37**	-							
4 Total Negativ affekt	.65**	-.26**	-.24**	-						
5 Mestringstro	-.36**	.30**	.29**	-.30**	-					
6 Ammemestringstro	-.37**	.19**	.32**	-.27**	.19**	-				
7 Opplevd tilgjengelig støtte	-.35**	.48**	.34**	-.28**	.28**	.05	-			
8 Behov for støtte	.06	.11	.03	.10	.18**	.02	.19**	-		
9 Søken etter støtte	-.11	.23**	.22**	-.11	.03	.15*	.35**	.54**	-	
10 Faktisk mottatt støtte	-.03	.27**	.18**	-.02	.02	-.08	.42**	.21**	.20**	-
M	15.97	29.65	35.86	18.37	3.12	4.20	3.76	3.09	3.09	3.21
SD	3.93	4.47	6.51	5.64	.38	.86	.35	.53	.55	.47
α	.799	.877	.837	.809	.863	.947	.878	.619	.782	.838
N	246	239	244	246	245	235	245	243	242	238

*p<.05, **p<.01

Note: EPDS (Edinburgh postnatal depression scale), SWLS (Satisfaction with life scale)

Ammemestringstro

Ammemestringstro er den av prediktorene som samvarierer sterkest med EPDS ($r=-.37$, $p<.001$) (Tabell 2). Ammemestringstro korrelerer også med SWLS ($r=.19$, $p<.001$), Positiv affekt ($r=.32$, $p<.001$) og Negativ affekt ($r=-.27$, $p<.001$). Det ble gjort hierarkiske regresjonsanalyser for å se hvor mye ammemestringstro bidro til å forklare variansen i EPDS når opplevd sosial støtte og mestringstro ble kontrollert for. Opplevd sosial støtte ble inkludert i steg 1, mestringstro i steg 2 og ammemestringstro i steg 3, med EPDS som avhengig

variabel. Tabell 3 viser at ved å inkludere ammestringstro i steg 3 blir ytterligere 10 % av variansen i EPDS forklart. Totalt forklares 30 % av variansen i EPDS av prediktorvariablene opplevd tilgjengelig støtte (beta=-.27, $p<.001$), mestringstro (beta=-.23, $p<.001$) og ammestringstro (beta=-.32, $p<.001$). I en annen regresjonsmodell ble også opplevd tilgjengelig støtte, mestringstro og ammestringstro inkludert som henholdsvis steg 1, 2 og 3, med livstilfredshet (SWLS) som avhengig variabel. Ammestringstro har her lavere prediktorverdi (beta=.14, $p<.01$) og forklarer kun ytterligere 2 % av variansen når opplevd sosial støtte (beta=.43, $p<.001$) og mestringstro (beta=.16, $p<.001$) er kontrollert for. Totalt forklarer de tre prediktorvariablene 28,3 % av variansen i Satisfaction with life. For Positiv og Negativ affekt derimot ser det ut til at de tre prediktorvariablene bidrar i omtrent like stor grad til å forklare variansen. For Positiv affekt bidrar ammestringstro (beta=.27, $p<.001$) til å forklare 7 % av variansen når opplevd sosial støtte (beta=.29, $p<.001$) og mestringstro (beta=.16, $p<.01$) er kontrollert for. Totalt forklarer variablene 23,4 % av variansen i Positiv affekt. For Negativ affekt bidrar ammestringstro (beta=-.22, $p<.001$) til 4,8 % av variansen når opplevd sosial støtte (beta=-.21, $p<.001$) og mestringstro (beta=.20, $p<.001$) er kontrollert for. Totalt forklarer prediktorene 17,6 % av variansen i Negativ affekt.

Tabell 3. Multipl regressjon med EPDS som avhengig variabel

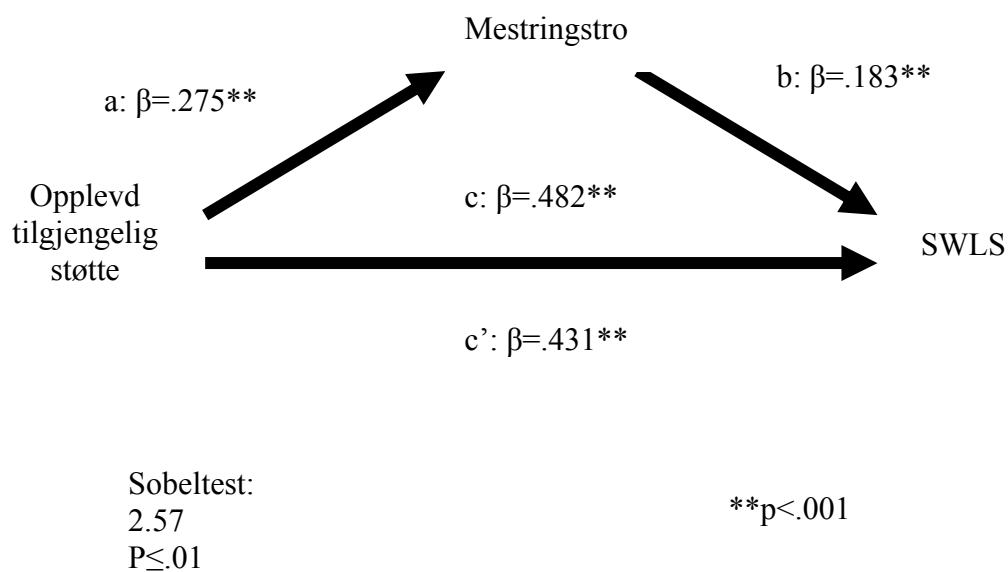
		B	SE B	β
Steg 1				
	Opplevd tilgjengelig støtte	-3.97	.70	-.35*
Steg 2				
	Opplevd tilgjengelig støtte	-3.07	.70	-.27*
	Mestringstro	-3.01	.64	-.29*
Steg 3				
	Opplevd tilgjengelig støtte	-3.07	.65	-.27*
	Mestringstro	-2.38	.61	-.23*
	Ammestringstro	-1.45	.26	-.32*

Note. $R^2 = .12$ for steg 1; $\Delta R^2 = .08$ ($ps < .001$) for steg 2; $\Delta R^2 = .10$ ($ps < .001$) for steg 3

* $p < .001$

Medieringsmodeller

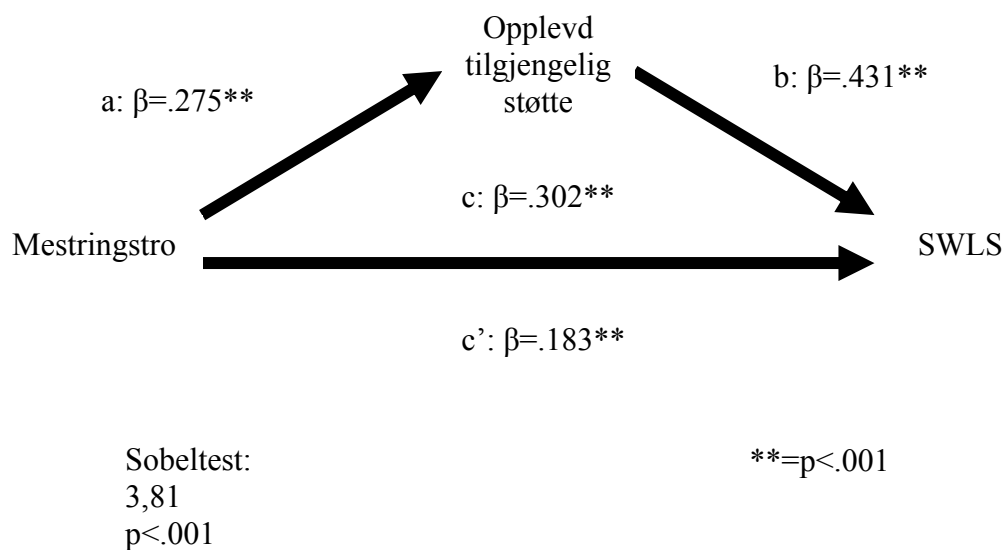
Sobel-testen ble benyttet for å teste medieringseffekter mellom opplevd tilgjengelig støtte, mestringstro og de avhengige variablene livstilfredshet (SWLS) og barseldepresjonssymptomer (EPDS). Sobeltesten benyttes for å undersøke om den indirekte effekten av den uavhengige variabelen på den avhengige variabelen medieres av en tredjevariabel. Sobel testen er kjent for å være svært konservativ (Kenny, 2008), den gjøres ved å benytte denne kalkulatoren: (<http://www.danielsoper.com/statcalc/calc31.aspx>). Analysene ble utført i både enabling og cultivating retning som vist i figur 1 og 2. De ustandariserte koeffisientene og standardfeilene for bane a og b var grunnlaget for Sobel-testen. Begge medieringseffektene med livstilfredshet som avhengig variabel kom signifikant ut som partielle medieringer. Figur 1 viser betaverdier og sobeltest for enabling hypotesen med livstilfredshet som avhengig variabel. I enabling retning, det vil si hvor det ble undersøkt om mestringstro medierte mellom opplevd tilgjengelig støtte og SWLS, ble det først gjennomført regresjonsanalyse for å teste om opplevd tilgjengelig støtte korrelerte med SWLS, (bane c). Så ble det undersøkt om opplevd tilgjengelig støtte korrelerte med mediatorsen mestringstro (bane a) før både opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro tilslutt ble inkludert i den samme regresjonsanalysen med SWLS som avhengig variabel. Dette ble gjort for å undersøke om opplevd tilgjengelig støtte korrelerte med SWLS (bane c') når vi kontrollerte for mestringstro (bane b). Sobeltesten var signifikant ($p \leq .01$) for enabling hypotesen, noe som tilsier at det er medieringseffekt.



FIGUR 1. Medieringsmodell, enabling hypotesen

Figur 2 presenterer betaverdier og sobeltest for mediering i cultivating retning med livstilfredshet som avhengig variabel. Analysene for cultivating retning var slik at først ble samvariasjonen mellom mestringstro og SWLS (bane c) undersøkt, så ble korrelasjonen mellom mestringstro og mediatoren opplevd tilgjengelig støtte undersøkt (bane a), før både mestringstro og opplevd tilgjengelig støtte ble inkludert i samme regresjonsanalyse med SWLS som avhengig variabel for å undersøke om mestringstro korrelerte med SWLS (bane c') når vi kontrollerte for opplevd tilgjengelig støtte (bane b).

Cultivating hypotesen viste den sterkeste medieringen, noe en kan se både på lavere p-verdi på Sobel-testen og ved at bane c har større reduksjon i styrke i forhold til bane c' i cultivating retning ($c = \beta = .302, p < .001, c' = \beta = .183, p < .001$) enn i enabling retning ($c = \beta = .482, p < .001, c' = \beta = .431, p < .001$). Tilsvarende to sobeltester ble utført med EPDS som avhengig variabel, disse viste ingen signifikant mediering.



FIGUR 2: Medieringsmodell, cultivating hypotesen

Diskusjon

Resultatene antyder at prevalensen (16,7 %) av barseldepresjon ca seks uker etter fødsel i Norge stiger. Prevalensen ser ut til å være økende i forhold til ti år gamle studier hvor gjennomsnittlig prevalens var ca 9 % (Berle, 2004; Eberhard-Gran et al., 2002; Eberhard-Gran et al., 2001). Sosial støtte i form av opplevd tilgjengelig støtte, generell mestringstro og ammestringstro samvarierer alle godt med depresjonssymptomer. Til sammen forklarer disse variablene 30 % av variansen i depresjonsskårene. Medieringseffekter ble funnet mellom opplevd tilgjengelig støtte, mestringstro og livstilfredshet. Mestringstro medierte mellom opplevd tilgjengelig støtte og livstilfredshet i enabling retning, mens opplevd tilgjengelig støtte medierte mellom mestringstro og livstilfredshet i cultivating retning. Cultivating retning viste sterkere mediering enn enabling retning.

Økende forekomst

Den høye prevalensen (16,7 %) av barseldepresjon i utvalget er et overraskende funn med tanke på at tidligere norske studier fra omtrent ti år tilbake i tid viser atskillig lavere prevalens på omkring 9 % (Berle et al., 2003; Eberhard-Gran et al., 2002; Eberhard-Gran et al., 2001). En helt ny doktoravhandling fra Universitetet i Bergen har imidlertid funnet liknende økt

prevalens på 16,5 %. Studien sammenlikner mødre i Norge (Stavanger) og Nepal og finner økt forekomst i Norge og lavere forekomst i Nepal i forhold til tidligere studier (Dørheim, 2009). Eberhard-Gran og kollegers tidligere studier (2002; 2001) er gjennomført i noe mer landlige omgivelser enn inneværende studie. De baserer seg på data fra to kommuner, Nes og Sørumsund, som ligger omtrent seks mil utenfor Oslo og som blir betegnet som semiurbane og delvis rurale (Eberhard-Gran, 2003). Vår studie er imidlertid gjennomført på Ullevål Universitetssykehus midt i Oslo. Forskjellen mellom by og land kan være en bidragsgivende faktor til at variasjonen i prevalens er så stor. Dørheims studie (2009) er gjennomført i Stavanger, også en storby i norsk sammenheng. En annen mulig årsak til den sterke økningen i forekomst av PPD kan være økt fokus på og interesse for barseldepresjon over de siste ti årene (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Et slikt økt fokus kan ha ført til mindre stigmatisering og mer åpenhet rundt temaet, noe som igjen kan ha ført til at flere mødre gjenkjenner seg selv som deprimerte. Økt forekomst av depresjon kan muligens også forklares med at fokuset på graviditet, barselperiode og barn skaper en sterk norm om hva som er ”rett og riktig” i forhold til barneomsorg. For mødre kan det lede til et sterkt press om å leve opp til disse normene, noe som igjen kan føre til stress og engstelse.

Terskelpunktet som blir brukt for indikasjon på barseldepresjon i EPDS varierer mye og alt fra 8 til 16 har tidligere blitt brukt (Halbreich & Karkun, 2006). Terskelpunkt på 10, som er valgt i inneværende studie, er en mye brukt terskel for å fange opp kvinner som viser betydelig grad av depressive symptomer. Denne terskelskåren er mest passende for rutineundersøkelse og kartlegging. For å påvise faktisk deprimerte kvinner anbefales terskelen å være på 12 eller 13 (Cox et al., 1987). Om det hadde blitt valgt en terskel på 12 ville prevalensen i utvalget endt lavere (9,35 %). Dette er fremdeles høy prevalens siden tidligere studier fant 5 % med 12 som terskelpunkt (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). En betydelig andel av deprimerte i den inneværende studien innehar dermed sannsynligvis en form for mild depresjon og ville ikke blitt diagnostisert med depresjon i en klinisk setting.

Risikofaktorer

De tre psykososiale faktorene, opplevd tilgjengelig støtte, mestringsstro og ammestringstro, forklarer nesten 30 % av variansen i EPDS (se tabell 3). Dette er et betydelig og sterkt bidrag siden vi vet at de fleste øvrige kjente risikofaktorene for å utvikle barseldepresjon er upåvirkbare og demografiske faktorer, som depresjon eller psykiske lidelser før eller i løpet

av svangerskapet, forhold ved barnet, problemer i parforholdet og livshendelser (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). Av de tre risikofaktorene identifisert i denne studien er lav mestringstro og særlig lav ammemestringstro relativt nye som risikofaktorer, mens lav sosial støtte er velkjent fra tidligere. Underskalaene opplevd tilgjengelig støtte, behov for støtte, søke etter støtte og faktisk mottatt støtte i Berlin social support scales ble vurdert hver for seg for å undersøke hvilke av disse underdimensjonene av sosial støtte som var mest sentrale som prediktorer for barseldepresjonsymptomer da dette er uklart fra tidligere studier. Som nevnt tidligere viste det seg at opplevd tilgjengelig støtte var den dimensjonen som var sterkest relatert til både barseldepresjon og livstilfredshet. Medieringseffektene mellom opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro tyder også på at mestringstro spiller en større rolle enn tidligere antatt, gjennom å påvirke opplevd tilgjengelig støtte eller bli påvirket av opplevd tilgjengelig støtte. Det kan tenkes at disse psykososiale risikofaktorene kan være noe av det som eventuelt kan skille barseldepresjon fra depresjon. Prediktorer som er identifisert for depresjon er blant annet lav utdanning, fysiske handikap eller kronisk sykdom, dårlig opplevd helsetilstand, usikkerhet, flytting, miste jobben, pengeproblemer og sosial isolasjon (Kaplan, Roberts, Camacho, & Coyne, 1987).

Medieringsanalyser ble gjennomført for å undersøke Schwarzer og Knolls (2007) to hypoteser, nemlig enabling hypotesen og cultivating hypotesen. Med livstilfredshet (SWLS) som avhengig variabel var begge disse hypotesene signifikante i følge Sobels test (figur 1 og 2). Det vil si at både opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro fungerer som partielle mediatorer for hverandre i relasjon til livstilfredshet. Enabling hypotesen viser mediering fra opplevd tilgjengelig støtte på livstilfredshet gjennom mediatoren mestringstro. En av Schwarzer og Knolls (2007) forklaringer på enabling hypotesen er at sosial støtte kan redusere stress som igjen kan være kilde til økt mestringstro. Stress er også en sannsynlig risikofaktor for barseldepresjon (Beck, 2001). Dersom god opplevd tilgjengelig støtte reduserer stressfølelsen gjennom å øke mestringstro, vil opplevd tilgjengelig støtte kunne sees på som en eventuell positiv forebygger for barseldepresjon på flere måter, både direkte og indirekte. Økt stressnivå er vanlig når man får barn blant annet fordi det er en sentral overgangsperiode i livet som bringer med seg rolle- og identitetsforandringer (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Dette knytter enabling hypotesen sammen med den velkjente buffereffekten. Buffereffekten sier at sosial støtte kun beskytter når vi har behov for det, for eksempel under mye stress (Cohen & Wills, 1985). Ved å involvere stressmomentet kan vi dermed se en tendens til at

enabling hypotesen, som buffereffekten, fungerer under stress og dermed altså for mange i en barselperiode fylt av ulike former for stress.

Cultivating hypotesen viser en noe sterkere medieringseffekt enn enabling hypotesen, det vil si at opplevd tilgjengelig støtte medierer noe sterkere forholdet mellom mestringstro og livstilfredshet. Cultivating hypotesen sier at mestringstro kan være en grunnlegger for sosial støtte (Schwarzer & Knoll, 2007). Mestringstro kan dermed bidra til initiativtaking til nye sosiale relasjoner og til opprettholdelse av allerede eksisterende relasjoner. Gjennom god mestringstro vil kvaliteten på de sosiale ressursene bli bedre ifølge denne hypotesen.

Medieringsrelasjonen ser dermed ut til å gå begge veier mellom opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro med livstilfredshet som avhengig variabel. Schwarzer og Knoll (2007) utelukker ikke at dette kan være mulig. Det er ikke uvanlig at flere modeller kan fungere på det samme datasettet, særlig når det, som i dette tilfellet, dreier seg om partiell mediering. Når det gjelder barseldepresjonssymptomer (EPDS) slo ingen av medieringene signifikant ut på Sobels-test, selv om alle regresjonsleddene i medieringsmodellen var signifikante. Det er vanskelig å spekulere i hvorfor det ikke ble funnet medieringseffekter med barseldepresjon som avhengig variabel. En årsak kan imidlertid være at opplevd tilgjengelig støtte ser ut til å være noe sterkere knyttet til livstilfredshet enn til barseldepresjon, noe som kan føre til at medieringsrelasjonen ikke blir signifikant.

Ammemestringstro som risikofaktor. Ammemestringstro ble funnet å være en tydelig samvarierende faktor med EPDS, og den bidrar noe overraskende til å forklare så mye som 10 % av variansen i EPDS når det kontrolleres for opplevd tilgjengelig støtte og mestringstro. Dette kan indikere at ammemestringstro er en viktig faktor som fortjener mer oppmerksomhet. Kun en tidligere studie har, så vidt oss bekjent, tatt for seg relasjonen mellom ammemestringstro og Edinburgh postnatal depression scale (Dennis, 2003). Dennis finner samvariasjon mellom ammemestringstro og depresjonssymptomer en uke, fire uker og åtte uker etter fødsel. Studien har imidlertid ikke fokus på denne samvariasjonen, og konkluderer ikke med hvilken årsaksretning relasjonen mellom ammemestringstro og depresjonssymptomer går (Dennis, 2003). Selve atferden amming og ammevarighet har tidligere blitt funnet å være relatert til vedvarende depressive symptomer. (Pippins et al., 2006). Det ble funnet at depressive symptomer før fødselen ikke kunne relateres til om mødre begynte å amme. Henderson og kolleger (2003) fant at PPD var signifikant relatert til tidlig

ammeavbrudd. Den norske studien av Ystrøm og kolleger (2008) fant det samme, bare med negativ affekt som mål på nedstemthet eller depresjon. I vår studie måles imidlertid ikke amming, men ammestringstro. Ammestringstro er tidligere vist å predikere ammeatferd (Dennis, 2003) og vi finner også samvariasjon mellom ammestringstro og PPD i vår studie. Få studier er gjennomført med tanke på ammestringstro som risikofaktor for PPD. På grunn av lite forskning er dermed relasjonen mellom ammestringstro og PPD foreløpig uklar og kan gå i begge retninger. Siden denne studien er en tverrsnittstudie kan det heller ikke her antydes noe om årsaksretningen. Det kan imidlertid konstateres at det ble funnet en relativt sterk korrelasjon mellom ammestringstro og EPDS, noe som innebærer at ett av tiltakene som kan fungere for å forebygge barseldepresjon er å øke kvinners tro på egen evne til å mestre amming.

Sosial støtte som risikofaktor. Sosial støtte er en velkjent risikofaktor for barseldepresjon (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). I denne studien var det derfor ønskelig å undersøke om ulike dimensjoner og underkategorier av sosial støtte var sterkere eller svakere relatert til PPD da dette er uklart fra tidligere forskning. Underdimensjonen opplevd tilgjengelig støtte er den av dimensjonene ved sosial støtte som kommer sterkest ut som samvarierende variabel med de fire velværemålene, EPDS, SWLS, positiv og negativ affekt (se tabell 2). De andre underdimensjonene av sosial støtte har relativt tvetydige og lave korrelasjoner med de samme velværemålene. Dette er årsaken til at opplevd tilgjengelig støtte er valgt som mål på sosial støtte i studien. Opplevd tilgjengelig støtte ser dermed ut til å være den viktigste funksjonen ved sosial støtte i barselperioden. Dette innebærer at det er opplevelsen av at støtten er tilgjengelig dersom behovet skulle være der som er viktig og ikke den faktiske støtten som mottas i barselperioden. Det kan bety at et lett tilgjengelig og responsivt nettverk er viktigere enn størrelsen på nettverket og hvor mye sosial omgang som faktisk foregår. Det er interessant å tenke at det er persepsjon av støtte som er viktig for utvikling av depresjonssymptomer. Også tidligere har persepsjon av tilgjengelig støtte og faktisk støtte vist seg å henge dårlig sammen. Over- eller undervurdering av den støtten vi faktisk mottar kan medvirke til at skillet mellom de to formene for støtte er relativt distinkt. Nybakte mødre kan både over- eller undervurdere faktisk mottatt støtte. Overvurdering kan skje i form av at noe av støtten forsvinner som følge av vanskeligheter med å trå støttende til i vanskelige og ukjente livshendelser og situasjoner. Dette kan blant annet skje når behovet for støtte er størst, for eksempel ved opplevelse av store kriser eller stressende livshendelser. Støtten som mottas i slike tider er ikke alltid like tilgjengelig eller av like høy kvalitet som

forventet. Dette er illustrert som ”offerperspektivet” (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Det kan være vanskelig å yte støtte i slike perioder fordi det er en balansegang mellom å yte riktig og nok støtte, og det å være invaderende. Dette gjør at støtten man forventer fort kan føles fraværende, unnvikende, avvisende. Ifølge Coyne (1976) er dette særlig vanlig for depressiv symptomatologi. Slik kan dette også være gyldig i barselperioden fordi omgivelsene kan tenke at familien skal få tid for seg selv til å bli kjent med det nye barnet, og ved symptomer på barseldepresjon fordi dette er en ukjent og truende situasjon. Undervurdering av tilgjengelig støtte kan skje som følge av uventet mottatt støtte i forbindelse med en positiv og gledelig livshendelse. Selv om det er blitt funnet få studier av dette spekulerer Dunkel-Schetter og Bennet (1990) i at man kan motta mer faktisk støtte enn forventet i situasjoner hvor det er enkelt å hjelpe, hvor den som sørger for støtte selv har erfaring med lignende situasjon og hvor situasjonen dreier seg om positive følelser eller positive livshendelser. En slik positiv livshendelse kan for eksempel være å få barn. Cronenwett (1985) finner at mange av mødrene i sin studie opplever økt mottatt støtte fra særlig fra partner, venner og familie, noe som i stor grad erstatter sosial kontakt med kolleger.

Mestringstro som risikofaktor. Generell mestringstro samvarierer signifikant med symptomer på barseldepresjon og de andre målene på velvære i den inneværende studien. Mestringstro bidrar til å forklare 8 % av variansen i EPDS når det kontrolleres for opplevd tilgjengelig støtte. Dette er et betydelig bidrag med tanke på at lav mestringstro ikke tidligere er vektlagt som en betydelig risikofaktor for PPD. Som Kavanagh (1992) viser, kan denne relasjonen potensielt sett operere på tre ulike måter: lav mestringstro kan gjøre folk deprimerte, depresjon kan senke folks nivå av mestringstro eller depresjon kan påvirke mestringstro indirekte gjennom en annen variabel. Gjennom medieringsanalysene har det blitt vist at mestringstro kan ha en indirekte effekt på livstilfredshet gjennom opplevd tilgjengelig støtte i cultivating hypotesen, og en effekt som mediator mellom opplevd tilgjengelig støtte og livstilfredshet i enabling hypotesen. Fordi dette ikke er en longitudinell studie, kan det imidlertid ikke konkluderes noe om retningen på relasjonen. Litteratursøk viser at mestringstro i mange tidligere studier er blitt ansett som en konsekvens av depresjon og at depresjon dermed predikerer mestringstro. Det er gjort færre studier på den motsatte relasjonen, hvor mestringstro predikerer depresjon. Saltzman og Holahan (2002) fant imidlertid gode indikasjoner på at mestringstro predikerte depressive symptomer hos collestudenter. Mestringstro i deres studie var en samlet variabel av generell mestringstro og sosial mestringstro. Mestringstro ble funnet relatert til depresjon sammen med andre

variabler som sosial støtte og adaptiv psykologisk funksjon. Inneværende studie finner lignende resultat ved at sosial støtte og mestringstro ser ut til å fungere sammen i predikering av livstilfredshet.

Demografiske forskjeller

Som tidligere undersøkelser (Milgrom et al., 2008) har antydnet, er andelen yngre og eldre mødre mer utsatt for barseldepresjon også i vår studie. Mødrene i den midterste aldersgruppen 30-34 år har lavest forekomst av depresjon, mens forekomsten av PPD er større både jo yngre og jo eldre mødrene er. Når det gjelder utdanning og sivilstatus er resultatene noe vanskeligere å tolke, blant annet på grunn av at få har grunnskole som høyeste utdanning og at det er svært få enslige mødre i utvalget. Allikevel har de med høyest utdanning (5 årig) også lavest forekomst av barseldepresjon, mens de med høyere utdanning på maksimalt tre år har atskillig høyere forekomst. Dette er et resultat som er vanskelig å forklare siden utdanning ikke tidligere har vist seg å være en særlig sterk prediktor for barseldepresjon (Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996). Vi anser dette derfor som et noe tilfeldig resultat da utvalget helst skulle vært større for å si noe sikkert om dette. Vi registrerer også at gjennomsnittsskåren på livstilfredshet (SWLS) er svært høy for utvalget som helhet, alle med gjennomsnitt på godt over fem (range 1-7). Unntaket er enslige mødre som viser gjennomsnittelig livstilfredshet ifølge hvordan SWLSskårer skal tolkes, ifølge Diener (2006). Ellers ser det ut til å være slik at jo høyere utdanning kvinnene rapporterte jo bedre livstilfredshet føler de at de har. Også for alder var det systematisk forskjell på livstilfredsheten, de yngste var mest tilfredse med livet, men livstilfredsheten sank gradvis jo eldre man ble.

Implikasjoner

Ettersom opplevd tilgjengelig støtte, mestringstro og ammemestringstro forklarer hele 30 % av variansen i PPD så kan det være svært nyttig og ikke minst kostnadseffektivt å forsøke å skape en intervensjon rettet mot å styrke disse psykososiale variablene for å forebygge barseldepresjon i større grad enn i dag. Dersom vi blir i stand til å identifisere tidlig de med lave nivåer av opplevd tilgjengelig støtte, mestringstro og ammemestringstro, altså de vi antar er i faresonen for utvikling av PPD, så kan intervensjoner mot disse kvinnene initieres og forhåpentligvis forebygge PPD. Dersom slik forebygging lykkes, kan dette ha positive

konsekvenser også for barnets utvikling (Beck, 1998), barnets tilknytningsstil (Martins & Gaffan, 2000) og interaksjon mellom mor og barn (Beck, 1995). Også for far vil en slik intervensjon kunne ha positive konsekvenser fordi barseldepresjon både kan gå ut over parforholdet (Milgrom & McCloud, 1996) og fars psykiske helse (Zelkowitz & Milet, 1997). Av de som utvikler PPD trenger mange behandling. Alvorlighetsgrad og kompleksitet av depresjonen er faktorer som vurderes når det skal tas beslutning om type behandling. Ikke-farmakologiske behandlingsmåter er vanligere for barseldepresjon enn for annen depresjon, for eksempel er kognitiv atferdsterapi, støttesamtaler og interpersonlig psykoterapi utbredt (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Uavhengig av type behandling utgjør behandling av deprimerte en stor kostnad for helsevesenet (Roberts et al., 2001). Forebygging og intervensjon rettet mot risikogruppen kan dermed tenkes å være en kostnadseffektiv måte å hindre utvikling av PPD på. Dette for å senke bruken av dyrere tiltak som innleggelse og psykologisk behandling og slik spare helsevesenet økonomisk, samt at alvorlig konsekvenser av barseldepresjon kan reduseres.

Begrensninger

Utvalget kommer fra Oslo og er ikke representativt for hele Norge, funnene kan derfor ikke generaliseres. I tillegg er utvalget skjevt i forhold til utdanningsnivå. Man kan også spekulere i hvem som velger å svare på slike undersøkelser. Det kan være slik at det er de som føler at de har overskudd, energi og tid til å svare, eller det kan være de som føler seg truffet av undersøkelsen i form av at de har nedstemte og deprimerte tanker.

I denne studien gjøres medieringsanalyser på krysseksjonelle data, men slike data kan ikke si noe sikkert om årsaksretningen mellom risikofaktorene og velværemålene EPDS og SWLS ettersom vi ikke kan antyde noe om hvor stabile variablene er over tid. For at en variabel skal kunne forårsake en annen variabel må det være forskjell i tid. Vi kan ikke anta at en variabel, f. eks sosial støtte, kan forårsake mestringsproblemer på det samme tidspunktet. Det advares derfor mot å ta medieringsanalyser på krysseksjonelle design som bevis på at slik mediering faktisk forekommer fordi bias eksisterer, og varierer både i styrke og retning (Maxwell & Cole, 2007). Ideelt sett burde slike analyser vært gjort på longitudinelle data, men gjøres ofte på krysseksjonelle data ettersom de allikevel kan si noe om trender og tendenser som er verdt å forske videre på (Maxwell & Cole, 2007).

En annen begrensning ved studien er at det ikke blir målt om mødre faktisk ammer. Hvordan dette påvirket ammestringstro og depresjonssymptomer ville være interessant å undersøke. På bakgrunn av tidligere studier ser amming ut til å være svært utbredt i Norge (Statistisk-sentralbyrå, 2003). Det er derfor naturlig å anta at de fleste mødre ammer 6 uker etter fødsel, da den innværende studien ble gjennomført.

Videre forskning

Det oppfattes å være et tydelig behov for en longitudinell studie av psykososiale risikofaktorer for barseldepresjon i Norge. Dette er viktig for å undersøke årsaksretningen mellom diverse psykososiale faktorer og barseldepresjon nærmere. Blant annet er ammestringstro sterkt relatert til PPD, men det er uklart om ammestringstro er relatert som prediktor for eller som konsekvens av PPD. Det er også behov for nærmere studier for å bekrefte eller avkrefte tendensen til økt prevalens av PPD i Norge, og hva som i tilfelle kan være årsaken til dette.

Konklusjon

Forekomsten av barseldepresjon blant kvinner i månedene etter fødsel ser ut til å være stigende i Norge. Hele 16,7 % av kvinnene i utvalget hadde en betydelig grad av depresjonssymptomer, noe som er langt høyere enn tidligere rapporterte studier fra Norge. Ammestringstro kan være en viktig psykososial risikofaktor for utvikling av barseldepresjon som har vært oversett tidligere. Opplevd tilgjengelig støtte og generell mestringstro er andre viktige psykososiale risikofaktorer som blir funnet i denne studien. I tillegg til å være direkte risikofaktorer, påvirker disse to faktorene hverandre indirekte som prediktorer for livstilfredshet i barselperioden. Resultatene kan bety at det kan være nyttig å intervenere mot kvinner i risikozonen for utvikling av barseldepresjon gjennom å øke deres nivåer av ammestringstro, generell mestringstro og opplevd tilgjengelig støtte.

Referanser

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington: Hemisphere.
- 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. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5), 297-303.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: a meta analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Berle, J. Ø. (2004). The challenges of motherhood and mental health. *World Psychiatry*, 3(2), 101-102.
- Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the norwegian version of the Edinburgh postnatal depression scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151-156.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C.-L., Moyle, W., Pratt, J., & Vries, S. M. D. (2002). Effects of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 8, 141-153.
- Callen, J., & Pinelli, J. (2004). Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe and Australia. *Birth*, 31(4), 285-292.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. M. (1993). Social support in pregnancy: psychological correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258.

- Conner, M., & Norman, P. (Eds.). (2005). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Maidenhead: Open University Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(2), 186-193.
- Cronenwett, L. R. (1985). Parental network structure and perceived support after birth of first child. *Nursing Research*, *34*(6), 347-352.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, *57*, 1507-1518.
- deLange, L. (2009, 23.03). Dette er tabu. Retrieved 23.03, 2009, from <http://www.side2.no/helse/article2581152.ece>
- Dennis, C.-L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, *15*, 195-201.
- Dennis, C.-L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, *31*(1), 12-32.
- Dennis, C.-L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, *32*(6), 734-744.
- Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*, *33*(4), 323-331.
- Dennis, C.-L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing and Health*, *22*, 399-409.
- Dennis, C.-L. E. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing and Health*, *29*, 256-268.
- Diener, E. (2006, 13.02.06). Understanding scores on the satisfaction with life scale. Retrieved 05.03, 2009, from <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: an interational view*. New York: Wiley.

- Dørheim, S. K. (2009). *Depression and sleep in the postnatal period: a study in Nepal and Norway*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Eberhard-Gran, M. (2003). *Depression in women: with focus on the postpartum period*. Faculty of Medicine, University of Oslo, [Oslo].
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 426-433.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B., & Opjordsmoen, S. (2001). The edinburgh postnatal depression scale: validation in a norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*, 113-117.
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*: Folkehelseinstituttet.
- Edwards, E., & Timmons, S. (2005). A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *Journal of Mental Health*, *14*(5), 471-481.
- Fiori, K. L., McIlvane, J. M., Brown, E. E., & Antonucci, T. C. (2006). Social relations and depressive symptomatology: self-efficacy as a mediator. *Aging & Mental Health*, *10*(3), 227-239.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *91*, 97-111.
- Harris, B. (1994). Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 288-292.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, *27*(3), 276-291.
- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A. Y., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, *30*(3), 175-180.
- Hong, S.-M., & Mayo, J. (1988). Prediction of depression-proneness. *Psychological Reports*, *62*, 122.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- Howell, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, *10*(2), 149-157.

- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1993, 14.04.07). The general self-efficacy scale (GSE). Retrieved 11.09, 2008, from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3). New York: Academic press.
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression. *American Journal of Epidemiology*, *125*(2), 206-220.
- Kavanagh, D. J. (1992). Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington: Hemisphere.
- Kenny, D. A. (2008). Mediation. Retrieved 1.12, 2008, from <http://www.davidakenny.net/cm/mediate.htm>
- Lakey, B., & Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality*. New York & London: Plenum Press.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, *21*(2), 91-100.
- Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 210-216.
- Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta analytic investigation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(6), 737-746.
- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological Methods*, *12*(1), 23-44.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *Amer J Orthopsychiat*, *65*(3), 402-410.
- Milgrom, J., Gemmil, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 147-157.
- Milgrom, J., & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, *12*, 177-186.
- Misri, S., Sinclair, S. A., & Kuan, A. J. (1997). Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 1061-1065.

- O'Hara, M., W., & Swain, A., . M. (1996). Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Pippins, J. R., Brawarsky, P., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E., & Haas, J. S. (2006). Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *Journal of Women's Health*, 15(6), 754-762.
- Roberts, J., Sword, W., Watt, S., Gafni, A., Krueger, P., Sheehan, D., et al. (2001). Costs of postpartum care: examining associations from the Ontario mother and infant survey. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(1), 19-34.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295
- Røysamb, E., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1998, 08.01.1999). Norwegian version of the General Perceived Self-Efficacy Scale. Retrieved 11.09, 2008, from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/norway.htm>
- Saltzman, K. M., & Holahan, C. J. (2002). Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: an integrative model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 309-322.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schwarzer, R., & Gutiérrez-Doña, B. (2005). More spousal support for men than for women: a comparison of sources and types of support. *Sex Roles*, 52(7/8), 523-532.
- Schwarzer, R., Hahn, A., & Schröder, H. (1994). Social integration and social support in a life crisis: effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 685-706.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process, a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). Berlin Social Support Scale (BSSS). Retrieved 12.08, 2008, from http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_e.htm
- Statistisk-sentralbyrå. (2003). *Norske mødre ammer mye*. Retrieved 1.09.08. from <http://www.ssb.no/emner/03/01/kostspe/main.html>.

- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry, 3*(2), 97-98.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929.
- Tjetjen, A. M., & Bradley, C. F. (1985). Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavior and Science, 17*(2), 109-121.
- Vittersø, J., Biswas-Diener, R., & Diener, E. (2005). The divergent meanings of life satisfaction: item response modeling of the satisfaction with life scale in Greenland and Norway. *Social Indicators Research, 74*, 327-348.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.
- WorldHealthOrganization. (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: WHO.
- WorldHealthOrganization. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Retrieved 08.09.08. from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., & Cannella, B. L. (2004). A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(2), 102-108.
- Ystrøm, E., Niegel, S., Klepp, K.-I., & Vollrath, M. E. (2008). The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the norwegian mother and child cohort study. *The Journal of Pediatrics, 152*, 68-72.
- Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal, 18*(4), 424-435.

Appendiks

Appendiks A, informasjonbrev



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Barseldepresjon, hvem rammes og kan intervensjonsprogram hjelpe?”

Bakgrunn

Du mottar dette skrivet fordi du nettopp har født barn ved Ullevål universitetssykehus. Alle kvinner som har født barn, som forstår norsk, og der barnet er sammen med mor på barselavdelingen (dvs ikke er innlagt på barneavdeling), vil motta denne forespørselen. Tiden etter fødsel er for mange kvinner svært følelsesladet. For mange kan dette innebære både positive og negative følelser. Noen få vil oppleve det vi kaller barseldepresjon eller nedstemthet. Vi vet imidlertid lite om hvor mange som rammes av dette og hvilke bakgrunnsfaktorer som finnes. For eventuelt å kunne sette inn effektive intervensjons- og behandlingstiltak mot dette trenger vi mer forskning. Derfor spør vi deg om du vil delta i en undersøkelse der vi ønsker å finne svar på hvilke faktorer som utgjør en risiko for utvikling av barseldepresjon.

Hva innebærer studien?

Hvis du samtykker i å delta i studien innebærer det at du fyller ut elektroniske spørreskjemaer på tre forskjellige tidspunkter i barselperioden (ca. 4-6 uker etter fødsel, ca. 3 måneder etter fødsel, ca 6 måneder etter fødsel). Spørreskjemaene omhandler bl.a. hvordan du følelsesmessig opplever perioden etter å ha fått barn. Skjemaene blir sendt til deg per e-post og fylles ut elektronisk av deg (tar ca.30 minutter hver gang).

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av å delta i studien, men resultatene fra denne studien av alle barselkvinner håper vi kan hjelpe oss i fremtiden til å gi de kvinnene som opplever nedstemthet og evt. barseldepresjon et bedre individuelt tilpasset behandlingstilbud. Vi planlegger å utvikle et nettbasert intervensjonsprogram basert på resultatene fra dette forskningsprosjektet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer og uten direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste, som oppbevares av prosjektlegerne på Kvinneklinikken. Lege fra Kvinneklinikken som deltar i studien vil hente inn opplysninger knyttet til ditt svangerskap, fødsel og barseltid fra din pasientjournal. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Etter at studien er avsluttet, senest i 2011, vil alle data anonymiseres, og da kan ingen finne tilbake til identiteten din.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Fordi studien er nettbasert, er det en forutsetning for å delta at du har e-postadresse vi kan nå deg på. Dersom du ønsker å delta i studien, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Vi vil da sende deg en e-post med første spørreskjema 3-4 uker etter fødselen. Selv om du nå sier ja til å bli kontaktet, kan du trekke deg når som helst på et senere tidspunkt uten å oppgi grunn. Har du noen spørsmål om studien kan du kontakte Silje Marie Haga på tlf 22845178 (e-post s.m.haga@psykologi.uio.no) eller lege Thorbjørn Steen på Kvinneklubben, Ullevål universitetssykehus, på tlf 22119800 (e-post thorbjorn.steen@uus.no).

<p>Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i denne studien, og har fått studienummer..... (av 1600):</p> <p>-----</p> <p>(Signert av prosjektdeltaker, dato)</p> <p>Min(e) e-post adresse(r) er:</p>	<p>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:</p> <p>-----</p> <p>(Signert, dato, KK, UUS: Barsel A, Barsel B, Observasjonspost for gravide, Barselhotellet, ABC - sett strek under rett barselavdeling)</p>
---	--

Appendiks B, spørreskjema

Briefing:

Første del av forskningsprosjektet Barseledepresjon, hvem rammes og kan intervensjonsprogram hjelpe?

Velkommen til forskningsundersøkelsen "Barseledepresjon, hvem rammes og kan intervensjonsprogram hjelpe?". Dersom du skulle ha mistet det informasjonsskrivet du fikk kopi av på barselavdelingen, kan du lese dette ved å klikke [her](#).

Etter at du har fylt ut dette første spørreskjemaet, vil vi kontakte deg igjen ca 3 og 6 mnd etter fødselen med nytt spørreskjema. Dersom du ikke fyller ut dette første spørreskjemaet, vil vi minne deg på studien i en ny e-post, og evt. i et brev til din hjemmeadresse. Dette fordi vi vet at det ikke er uvanlig å skifte e-post adresse, og fordi vi vil sikre at alle kvinner som samtykket til å delta i studien etter fødselen, virkelig har fått tilbud om å fylle ut skjemaene.

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst trekke deg ved for eksempel å sende e-post til prosjektleder, eller la være å svare på spørreskjemaene.

Etter endt studie vil vi sende deg (per e-post) et kort sammendrag av resultatene for hele studien!

Når du har aktivert spørreskjemaet er det viktig at du fullfører uten å lukke nettleseren da du ikke kan fortsette på undersøkelsen senere. For å registrere skjemaet som innlevert må du klikke "Avslutt" på slutten.

Det fins ingen gale eller riktige svar, og alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer og andre direkte personidentifiserbare opplysninger.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Hilsen Silje M. Haga (prosjektleder) og Thorbjørn Steen



Start besvarelsen

Bakgrunnsinformasjon 1

1. Studiedeltakernummer:

2. Når er du født?

19

3. I hvilket land er du født?

Norge

Annet, spesifiser:

4. I hvilket land er dine foreldre født?

Norge

Annet, spesifiser:

5. Hva er din høyeste, fullførte utdanning, eller hvilken utdanning er du i ferd med å fullføre?

Ikke fullført grunnskolen

Grunnskolen

Videregående skole

Høyere utdanning (Bachelor grad)

Høyere utdanning (Master grad)

6. Hva er din sivilstatus?

Gift

Samboer

Enslig

7. Bodde du sammen med barnets far før fødselen?

Ja

Nei

Bakgrunnsinformasjon 2

8. Røyker du for tiden?

Nei

Ja - hvor mange sigaretter per dag?

9. Hvor mange barn har du født (inkludert det siste)?

barn

10. Hva er ditt nyfødte barns kjønn?

Gutt

Jente

11. Hvor mange av de barna du har født er det som lever idag?

barn

Følelser

Her kommer noen ord for ulike følelser. Les hvert ord og merk av det svaret som passer ved siden av ordet. Merk av i hvilken grad du har følt det slik den siste tiden.

	Svært lite, eller ikke i det hele tatt	Litt	Middels	En del	Mye
12. Interessert	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
13. Nedtrykt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14. Opprømt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. Opprørt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. Sterk	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
17. Full av skyldfølelser	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
18. Skremt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
19. Uvennlig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	Svært lite, eller ikke i det hele tatt	Litt	Middels	En del	Mye
20. Entusiastisk	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
21. Stolt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
22. Irritabel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
23. Årvåken	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
24. Skamfull	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
25. Inspirert	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
26. Nervøs	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
27. Bestemt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
28. Oppmerksom	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
29. Skjelven	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
30. Aktiv	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
31. Redd	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Hvordan håndterer/takler du hendelser?

Alle opplever negative eller ubehagelige hendelser nå og da, og alle reagerer på disse hendelsene på sin egen måte. På spørsmålene som følger ber vi deg indikere hvordan du typisk tenker når du opplever noe negativt eller ubehagelig. Vennligst les setningene nedenfor og indiker hvor ofte du har slike tanker (når du har opplevd noe negativt/ubehagelig) ved å markere det mest passende svaret.

- | | (nesten)
aldri | noen
ganger | jevnl
ig | ofte | (nesten)
alltid |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 32. Jeg tenker at jeg må akseptere at dette har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Jeg tenker ofte på hva jeg føler om det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Jeg tenker at jeg kan lære noe av situasjonen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Jeg føler at jeg er ansvarlig for det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Jeg tenker at jeg må akseptere situasjonen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Jeg er opptatt av hva jeg tenker og føler om det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Jeg tenker på behagelige/positive ting som ikke har noe med saken å gjøre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | (nesten)
aldri | noen
ganger | jevnl
ig | ofte | (nesten)
alltid |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 39. Jeg tenker at jeg kan bli en sterkere person pga det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Jeg tenker stadig på hvor forferdelig det er det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Jeg føler at andre er ansvarlig for det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Jeg tenker på noe positivt i stedet for det som har skjedd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Jeg tenker på hvordan jeg kan endre situasjonen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Jeg tenker at det som skjedde ikke er så ille sammenlignet med andre ting | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Jeg tenker at det må være jeg som er årsaken (til det som har skjedd) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Jeg tenker ut en plan som jeg kan gjennomføre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Jeg sier til meg selv at det fins verre ting i livet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Jeg tenker hele tiden på hvor forferdelig situasjonen var | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Jeg føler at det er andre som er årsaken (til det som har skjedd) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Beskriv deg selv som person 1

Følgende spørsmål tar for seg hvordan du vil beskrive deg selv som person.

	Ikke i det hele tatt				Absolutt
50. Generelt sett, vil du beskrive deg selv som en person som takler/mestrer ting?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
51. Generelt sett, vil du beskrive deg selv som en nervøs person?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
52. Generelt sett, vil du beskrive deg selv som en tilbaketrukket person som syns selvhevdelse er vanskelig?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
53. Generelt sett, er du en person som bekymrer deg over hva andre syns om deg?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
54. Generelt sett, vil du si at du er en person som bekymrer deg mye?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
55. Generelt sett, er du en person som liker å ha mye orden i livet ditt (f.eks. rutiner, liker at det er ryddig)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
56. Generelt sett, er du en person som har vanskeligheter med å fullføre ting fordi så mye tid går med til å gjøre det helt perfekt?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
57. Generelt sett, vil du beskrive deg selv som en person som er veldig åpen om følelsene dine? (for eksempel klemmer folk når du treffer dem, eller gråter lett)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
58. Generelt sett, er du en person som har mye temperament og som lett kan miste besinnelsen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Beskriv deg selv som person 2

Vennligst indiker i hvilken grad du er enig eller uenig i de følgende påstandene

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
59. Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
60. Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
61. Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
62. Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
63. Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
64. Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
65. Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
66. Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
67. Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
68. Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Følelser siste uke

Ettersom du nylig har født barn er vi interessert i å vite hvordan du føler det om dagen. Marker det svaret som passer best for hvordan du har følt det den siste uka, altså ikke bare hvordan du føler det i dag.

69. Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
- Ikke riktig så mye som jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

70. Har du de siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
- Noe mindre enn jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Nesten ikke i det hele tatt

71. Har du de siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, av og til
- Ikke særlig ofte
- Nei, aldri

72. Har du de siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
- Nesten aldri
- Ja, iblant
- Ja, veldig ofte

73. Har du de siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
- Ja, noen ganger
- Sjelden
- Nei, aldri

74. Har du de siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
- Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

75. Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste
- Ja, iblant
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

76. Har du de siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden
- Ja, ganske ofte
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

77. Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, veldig ofte
- Ja, det har skjedd iblant
- Nei, aldri

78. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
- Ja, av og til
- Ja, såvidt
- Aldri

Dine sosiale relasjoner - 1

Vennligst indiker nedenfor i hvilken grad du er enig eller uenig i påstandene.

	Ikke riktig/sant	Nesten ikke sant	Litt sant	Helt riktig/sant
79. Noen personer liker meg ordentlig godt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
80. Når jeg ikke føler meg bra, viser andre at de bryr seg om meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
81. Når jeg er lei meg så er det noen som muntre meg opp.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
82. Det er alltid noen der for meg når jeg trenger trøst.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
83. Jeg kjenner noen som jeg alltid kan stole på.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
84. Når jeg er bekymret så er det noen som hjelper meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
85. Det fins personer som tilbyr meg hjelp/støtte når jeg trenger det.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
86. Når det blir for mye for meg så hjelper andre meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
87. Når jeg føler meg nede så trenger jeg noen som kan muntre meg opp.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
88. Det er viktig for meg å alltid ha noen som kan lytte til meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
89. Før jeg gjør en viktig beslutning trenger jeg andres mening.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
90. Jeg klarer meg best uten hjelp fra andre.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
91. I vanskelige situasjoner foretrekker jeg å spørre andre om råd.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
92. Når jeg er nedfor oppsøker jeg andre for at de skal muntre meg opp igjen.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
93. Når jeg er bekymret oppsøker jeg noen jeg kan snakke med.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
94. Hvis jeg ikke vet hvordan jeg skal takle en situasjon så spør jeg andre hva de ville gjort.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
95. Når jeg trenger hjelp så spør jeg om det.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Dine sosiale relasjoner - 2

Tenk på den personen som står deg nærmest, det kan være samboer, partner, barn, venn, forelder osv. Hvordan har denne personen vært mot deg i løpet av den siste uken?

Denne personen...

	Ikke riktig/sant	Nesten ikke sant	Litt sant	Helt riktig/sant
96. har vist meg at han/hun er glad i meg og aksepterer meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
97. var der for meg når jeg trengte han/henne.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
98. trøstet meg når jeg følte meg dårlig/nedfor.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
99. lot meg være i fred/alene.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
100. viste ikke mye empati for min situasjon.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
101. klaget over min væremåte.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
102. ordnet mange ting for meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
103. fikk meg til å føle meg verdsatt og viktig.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
104. uttrykte bekymring over min situasjon.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
105. forsikret meg om at jeg kan stole fullt og helt på han/henne.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
106. hjalp meg til å se noe positivt i situasjonen.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
107. foreslo aktiviteter som kunne distrahere meg.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
108. oppfordret meg til å ikke gi opp.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
109. ordnet opp i ting jeg ikke klarte å ordne på egen hånd.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
110. er jeg generelt svært fornøyd med hvordan har vært mot meg	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Amming

Her kommer noen påstander i forhold til amming. Vennligst indiker nedenfor i hvilken grad du er enig eller uenig.

	Sjelden	Noen ganger	Jevnlig	Ofte	Alltid
111. Jeg klarer å avgjøre om barnet mitt får nok melk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Jeg takler amming slik jeg alltid takler utfordrende oppgaver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Jeg ammer uten å bruke kunstig fremstilt morsmelk som et tillegg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Jeg føler at barnet mitt får god kontakt med brystet og suger ordentlig gjennom en amming.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Jeg klarer å amme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Jeg klarer å amme selv om barnet mitt gråter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Jeg klarer å beholde lysten til å amme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Jeg er komfortabel med å amme selv om andre i familien er tilstede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Jeg er fornøyd med ammeopplevelsen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Jeg takler at ammingen kan være tidkrevende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Jeg klarer å mate barnet fra et bryst før jeg bytter til det andre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Jeg klarer å amme barnet til hvert måltid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Jeg klarer å holde tritt med barnets behov for amming.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Jeg vet når barnet er forsynt/ferdig med å amme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvordan håndterer du følelser?

Vennligst indiker nedenfor i hvilken grad du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

	Svært enig			Verken enig eller uenig			Svært uenig
125. Jeg kontrollerer følelsene mine ved å endre på hvordan jeg tenker på situasjonen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Når jeg har ønske om å føle meg mer positiv endrer jeg hvordan jeg ser på situasjonen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Når jeg har positive følelser passer jeg på å ikke uttrykke dem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Jeg holder følelsene mine for meg selv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Når jeg har behov for å ha mindre negative følelser (f.eks., tristhet eller sinne) tenker jeg på noe annet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Når jeg er i en stresset situasjon tvinger jeg meg selv til å tenke på situasjonen på en måte som hjelper meg å holde meg rolig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Jeg kontrollerer følelsene mine ved å ikke uttrykke dem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132. Når jeg har negative følelser passer jeg på å ikke uttrykke dem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133. Når jeg har behov for å ha mer positive følelser (f.eks. glede eller begeistring) tenker jeg på noe annet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134. Når jeg har ønske om å føle meg mindre negativ endrer jeg på hvordan jeg ser på situasjonen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACTIVE DIALOGUE | POST@ACTIVE-DIALOGUE.COM

Litt om livet ditt

Vennligst indiker nedenfor i hvilken grad du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

	Svært usant	Usant	Litt usant	Verken sant eller usant	Litt sant	Sant	Svært sant
135. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136. Livssituasjonen min er utmerket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137. Jeg er fornøyd med livet mitt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138. Så langt har jeg oppnådd de verdifulle tingene jeg ønsker i livet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139. Dersom jeg kunne levd livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandre noe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACTIVE DIALOGUE | POST@ACTIVE-DIALOGUE.COM

Emosjonelt nære relasjoner

Dette spørsmålsskjema er dekkende for alle typer emosjonelt nære relasjoner, ikke bare romantiske. Ta deg litt tid og tenk over disse relasjonene og svar deretter på følgende spørsmål med dem i dine tanker:

140. Følgende er beskrivelser av fire generelle relasjonsstiler som ofte blir omtalt. Merk det utsagnet som du synes best beskriver deg, eller kommer nærmest til å beskrive den måten du er på.

- Stil A. Det er relativt enkelt for meg å være emosjonelt nær andre. Jeg har det godt med å være avhengig av andre, og at andre er avhengige av meg. Jeg bekymrer meg ikke om å være ensom, eller om at andre ikke aksepterer meg.
- Stil B. Jeg har noe vansker med å være nær andre. Jeg ønsker emosjonelt nære relasjoner, men det er vanskelig å helt stole på eller være avhengig av andre. Jeg bekymrer meg iblant for at jeg skal bli såret dersom jeg tillater meg selv å komme for nær andre.
- Stil C. Jeg ønsker å være helt emosjonelt intim med andre, men jeg føler ofte at andre ikke vil komme så nær som jeg skulle ønske. Jeg føler meg ikke godt tilpass med å være uten nære relasjoner, men jeg bekymrer meg iblant for at andre ikke setter like mye pris på meg som jeg på dem.
- Stil D. Jeg føler meg tilpass uten emosjonelt nære relasjoner. Det er meget viktig for meg å føle uavhengighet og at jeg er selv tilstrekkelig, og jeg foretrekker å ikke bli for avhengig av andre eller la andre bli for avhengige av meg.

I dette avsnittet skal du markere for hvordan hver enkelt av de ovenforstående stilene passer med din generelle relasjonsstil.

	Ikke lik meg i det hele tatt			Litt lik meg			Veldig lik meg
141. Stil A.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142. Stil B.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143. Stil C.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144. Stil D.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Romantiske relasjoner

De følgende utsagnene dreier seg om hvordan du føler det i romantiske relasjoner. Vi er interesserte i hvordan du generelt erfarer romantiske relasjoner, ikke bare hva som skjer i ditt nåværende forhold. Vennligst indiker i hvilken grad du er enig eller uenig i de følgende påstandene

	Helt uenig			Nøytral/ blandet			Helt enig
145. Jeg foretrekker å ikke vise min kjæreste hvordan jeg har det innerst inne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
146. Jeg bekymrer meg for å bli forlatt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147. Jeg føler meg veldig bekvem med å være nær en kjæreste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148. Jeg bekymrer meg en del om mine relasjoner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149. Når min kjæreste begynner å komme nær meg, trekker jeg meg unna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150. Jeg bekymrer meg for at mine kjærester ikke skal bry seg om meg like mye som jeg bryr meg om dem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
151. Jeg føler meg utilpass når en kjæreste ønsker å komme veldig nær meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152. Jeg bekymrer meg i rimelig grad for å miste min kjæreste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helt uenig			Nøytral/ blandet			Helt enig
153. Jeg føler meg ikke tilpass med å åpne meg for kjærester.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
154. Jeg ønsker ofte at kjærestens følelser for meg, var like sterke som mine er for henne/ham.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
155. Jeg ønsker å komme nær min kjæreste, men trekker meg stadig vekk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
156. Jeg ønsker ofte å sammensmelte fullstendig med mine kjærester, og det skremmer dem ofte vekk fra meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
157. Jeg blir urolig når kjærester kommer for nær meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
158. Jeg bekymrer meg for å være alene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
159. Jeg føler meg godt tilpass når jeg deler mine private tanker og følelser med min kjæreste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
160. Mitt ønske om å være veldig nær, skremmer ofte bort mennesker fra meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
161. Jeg prøver å unngå å komme for nær kjæresten min.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
162. Jeg trenger mye bekreftelse fra kjæresten min om at han/hun elsker meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Om kropp og utseende

Indiker i hvilken grad de følgende påstandene stemmer/ikke stemmer.

	Stemmer helt	Stemmer godt	Stemmer ganske godt	Stemmer noenlunde	Stemmer ikke særlig godt	Stemmer ikke i det hele tatt
163. Jeg er stort sett fornøyd med kroppen min.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
164. Det er en god del ved kroppen min som jeg ønsker var annerledes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
165. Det er en god del ved utseendet mitt som jeg ønsker var annerledes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
166. Jeg er stort sett fornøyd med utseendet mitt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>