

Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen

Lisbeth Valla



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og
helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

April 2010



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Lisbeth Valla	Dato: 12. 04.2010
Tittel og undertittel: Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen	
Sammendrag: Formål: Studiens hensikt er å evaluere effekten av intervensjonen kurs i depresjonsmestring (KID) på helsestasjonen. Kurs i depresjonsmestring (KID) er beskrevet som en effektiv evidensbasert intervensjon for personer med milde til moderate depresjoner. Teoretisk referanseramme: Denne studien anvender teori og forskningslitteratur om depresjon, risiko for utvikling av depresjon, sårbarhet og stress, mestring og mestringsforventning. Det gis en beskrivelse av intervensjonen kurs i depresjonsmestring (KID) og manualen som er benyttet. Metode: Tredve deltagere som alle er mødre med milde til moderate depresjonssymptomer ble rekruttert til tre grupper, etter at de hadde gitt skriftlig informert samtykke til å delta i studien. Studien anvender et kvasiekperimentelt design og gjennomføres som en pilotstudie med måletidspunkt ved pretest, posttest, og 4 måneder etter avsluttet intervensjon. Studien har ingen kontrollgruppe. Grad av depresjon og mestringsforventning måles med Beck Depression Inventoty (BDI) og General Self-Efficacy scale (GSE). Det anvendes også et evalueringsskjema som deltagerne besvarer etter avsluttet intervensjon. Data analyseres i SPSS. Resultat: Resultatet viser at deltagerne fikk en signifikant reduksjon i depresjonssymptomer og en signifikant økning i mestringsforventning etter gjennomført intervensjon. Varighet av endring var stabil 4 måneder etter avsluttet intervensjon. Intervensjonen svarte til deltagerne forventninger. Deltagerne opplevde at de fikk utbytte av undervisningen. De anvendte kunnskapen og mange av deltagerne fikk en økt tro på fremtiden. Flere deltagere ønsket økt fokus på forholdet til sine barn. Konklusjon: Denne studien indikerer at det er en sammenheng mellom kurs i depresjonsmestring (KID) på helsestasjonen, reduserte depresjonssymptomer og økt mestringsforventning hos en gruppe mødre. Evalueringen viser at kurs i depresjonsmestring (KID) på helsestasjonen kan være et viktig tiltak for den deprimerte mor. Nøkkelord: Mild til moderat depresjon, kurs i depresjonsmestring (KID), helsestasjon	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Lisbeth Valla	Date: 12.04.2010
Title and subtitle: Evaluation of coping with depression course at the child health service	
Abstracts:	
Purpose: The purpose of the study is to try out and evaluate the effectiveness of the intervention coping with depression course at the child health service. Coping with depression course is described as efficient evidence based treatment for people with mild to moderate depressions.	
Literature Review: This study is using theory and research literature about depression, risks for development of depression, vulnerability and stress, coping and self efficacy. A description of the intervention coping with depression course and the manual is also included.	
Method: Thirty participants, which all are mothers with mild to moderate depression symptoms was recruited into three groups after giving written consent. The study applies a quasi – experimental design, and is a pilot study with a pretest, posttest and 4 months after design. The study lacks a control group. The degree of depression and self efficacy is measured with Becks Depression Inventory (BDI) and General Self Efficacy scale (GSE). It has also required an evaluation from which the participants had to answer after ended intervention. Data is analyzed in SPSS.	
Results: The result shows that the participants got a significant reduction in depression symptoms and a significant increase in self efficacy after completion the intervention. The degree of change was stable four months after completion of the intervention. The intervention met the participants expectations. The participants experienced that they got payback from the training. They used the knowledge they acquired and many of the participants got an improved belief in the future. The participants asked for an increased focus on the relationship to their children.	
Conclusion: The study indicates that there is a correlation between coping with depression course at the child health service, reduced depression symptoms and increased self efficacy within the groups of mothers. The evaluation shows that coping with depression course can be an important offering for depressed mothers at the child health services.	
Keywords: Mild to moderate depression, coping with depression course, child health service.	

Forord

Som helsesøster på helsestasjonen har jeg fått anledning til å møte foreldre som strever med depresjon. Jeg har stor respekt for den enkelte og hvilke utfordringer man møter når en sliter med en depressiv lidelse.

Disse opplevelsene har vekket min nysgjerrighet for depresjonen og hvordan en med ulike tilrettelagte metoder utrunder den deprimerte med hensiktsmessige verktøy som kan bidra til å lindre lidelsen og øke opplevelsen av mestring.

Jeg ønsker å takke alle deltagerne på KID kursene som har gjort det mulig å gjennomføre denne studien ved å dele sine erfaringer, opplevelser og sin deltagelse i studien.

Jeg vil også takke min venn og kollega Bodil Greaker Flø for trofast samarbeid og hjelp til å gjennomføre KID kurs.

Jeg er spesielt takknemlig for all hjelp og støtte jeg har fått av min veileder førsteamanuensis II og forskningsleder i sykepleie, Nina Aarhus Smeby.

Takk til Odd Steffen Dalgard for hans imøtekommenhet og positive bidrag.

Lisbeth Valla

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn og presentasjon av tema.....	2
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3	Studiens betydning	4
1.4	Avklaring og avgrensning av studien.....	5
2	Litteraturgjennomgang og teori	6
2.1	Helsesøstertjenesten og helsestasjonsarbeidet.....	6
2.2	Depresjon	8
2.2.1	Mødres psykiske helse i småbarnstiden	9
2.3	Depresjonssymptomer	10
2.4	Den depressive opplevelse	14
2.5	Risikofaktorer og mulige årsaker til depresjon	16
2.5.1	Sårbarhet og stress.....	18
2.5.2	Kognitiv sårbarhet	20
2.5.3	Motstandskraft og beskyttende faktorer	21
2.6	Mestring	22
2.7	Foreldrefungering ved depresjon.....	27
2.8	Psykoedukasjon	29
2.9	Kurs i depresjonsmestring (KID)	30
2.9.1	Opplæring og veiledning av kursledere.....	35
3	Design og metode	36
3.1	Design.....	36
3.2	Valg av datainnsamlingsmetode.....	38
3.3	Utvalg og rekruttering	39
3.4	Instrumenter	40
3.5	Manual for intervensjonen.....	42
3.6	Reliabilitet og validitet	45
3.7	Tilgang til forskningsfeltet og etiske refleksjoner.....	49
4	Dataanalyse og funn	51
4.1	Dataanalyse	51
4.2	Demografiske data.....	52

4.3	Endring i depresjonssymptomer	52
4.4	Endring i mestringsforventning	55
4.5	Funn fra evalueringsskjema.....	57
4.6	Hvilke endringer mener deltagerne kan forbedre intervensjonen?	61
5	Diskusjon.....	62
5.1	Redusert grad av depresjonssymptomer	62
5.2	Økt mestringsforventning	69
5.3	Varighet av endring	74
5.4	Deltagernes evaluering av intervensjonen.....	76
5.5	Forbedring av intervensjonen	78
5.6	Utprøving og evaluering.....	79
6	Konklusjon og anbefalinger	82
6.1	Studiens begrensning.....	83
6.2	Anbefaling til klinisk praksis og videre forskning	83
7	Litteraturliste.....	85

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1 Forespørsel til avdelingsleder om gjennomføring av studien	
Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen	
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring	
Vedlegg 4 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)	
Vedlegg 5 Regional etisk komite (REK)	
Vedlegg 6 Beck Depression Inventory (BDI)	
Vedlegg 7 General Self-Efficacy scale (GSE)	
Vedlegg 8 Evalueringsskjema for deltagerne	

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1 Gj.Snitt, standardavvik ved pretest, posttest og 4 mnd etter intervensjon-BDI.....	53
Tabell 2 Multivariate test - BDI	53
Tabell3 Parvise sammenligninger mellom ulike måletidspunkt- BDI.....	54
Tabell 4 Endring i prosent på kognitive og fysiologiske depresjonssymptomer - BDI	55
Tabell 5 Gj.snitt, standardavvik ved pretest, posttest og 4 mnd etter intervensjon – GSE.....	56
Tabell 6 Multivariatetest- GSE.....	56
Tabell 7 Parvise sammenligninger mellom ulike måletidspunkt – GSE.....	57
Tabell 8 a Evalueringsskjema for deltagerne- undervisningsdel.....	58
Tabell 8 b Evalueringsskjema for deltagerne- forventning og påvirkningsdel.....	59

OVERSIKT OVER FIGURER

Figur 1 Banduras sosial kognitive teori.....	24
Figur 2 ABC modellen.....	43
Figur 3 ABC-D modellen.....	43
Figur 4 Mestringsmodellen.....	44
Figur 5 Nettverksirkel.....	45

1 Innledning

Psykiske plager og lidelser er på grunn av sin relativt store utbredelse, plagsomme symptomer og tendens til lang varighet et betydelig folkehelseproblem.

Depresjon rammer i dag 121 millioner mennesker på verdensbasis (World Health Organization WHO, 2001a), og forekomsten av depressive symptomer rammer alle aldersgrupper i den vestlige kultur (Klerman & Weissman, 1992). WHO antar at depresjon innen 2020 blir den nest største årsak til sykdom på verdensbasis (Murray & Lopez, 1996). I en studie fra fem Europeiske land (ODIN) ble det funnet en prevalens på 9 % av klinisk depresjon hos voksne mellom 18 og 65 år. I den norske del av studien lå tallene omtrent på gjennomsnittet (Ayuso-Mateos, Vazques- Barquero, Dowrick, Lehinen, Dalgard, Casey, 2001). Flere undersøkelser viser til bekymringen for fremveksten av depresjonssymptomer i befolkningen (Cuijpers, De Graaf, Van drosselaer, 2004), og spesielt milde, moderate former for depresjon blant unge mennesker (Clark & Beck, 1999; Gotlib & Hammen, 2002).

Å leve med depresjon kan være en stor belastning for personen som er rammet og det kan bety tap av sosiale relasjoner, funksjon og livskvalitet (Murray & Lopez, 1996). Mange som strever med depresjon er foreldre. Nyere forskning viser en forekomst av depresjon på 10,1 % i forbindelse med svangerskap og fødsel i to norske kommuner (Glavin, Smith og Sørnum, 2009). TOPP studien til Mathiesen et al (2007) viser at 12% av mødre med barn under 18 måneder i Norge, hadde betydelige depresjonsplager. Videre vet vi at minst 15000 barn i Norge under 18 år lever med foreldre som får behandling innen psykisk helsevern, og et ukjent antall barn bor sammen med foreldre med psykiske lidelser som ikke behandles (Folkehelseinstituttet, 2009). I tillegg til store lidelser på individnivå for både foreldre og barn, representerer psykiske plager og lidelser en vesentlig økonomisk belastning for samfunnet (Cuijpers, Smit, Oostenbrinc, De Graaf, Ten Have, Beekman, 2007). Beregninger som er gjort av Folkehelseinstituttet tyder på at psykiske lidelser koster omtrent 100 milliarder kroner hvert år i Norge (Holte, 2006). Denne summen ser ut til å være økende. Kunnskapen vi i dag har, tyder på at det er et stort behov for fokus på den forebygging og behandling som tilbys. I denne sammenheng påpekes det at tradisjonelle tilbud til deprimerte har hatt for lite fokus på læring, mestring og egenaktivitet (Snyder og Lopez, 2005). I juni 2009 la regjeringen frem St.meld 47 -samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009), hvor det anbefales at psykisk helsetilbud møtes med en sterkere satsing på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon i årene som kommer. For å

møte de store utfordringene vil styrking av lavterskeltilbud i kommunene, herunder forebygging, tidlig avdekking av sykdom, tidlig intervensjon og behandling være sentralt.

1.1 Bakgrunn og presentasjon av tema

Det er i dag mange mennesker med depressive plager som kommer sent til behandling eller ikke får behandling (Wang et al, 2007). I Levekårsundersøkelsen 2005, oppgir 9 % av befolkningen at de har søkt hjelp for psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene, et tall som er langt under det som regnes som forekomst av psykiske plager i befolkningen (Dalgard, Stjetne, Bjertnas og Helgeland, 2008:6). Årsaken kan være at deprimerte sjeldent oppsøker behandlingstilbud eller fordi tilbudet i dag ikke er dekkende (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007). Vi kan derfor stå overfor en betydelig utfordring både når det gjelder forebygging, tidlig intervensjon og behandling av depresjonssymptomer. Fra et klinisk synspunkt er det viktig å forebygge og behandle depresjonssymptomer tidlig av flere grunner. For det første kan man redusere lidelse og øke livskvalitet hos den deprimerte. I tillegg kan man forebygge utvikling av alvorlige depresjoner og fremme helse og oppvekstmiljø til den deprimertes barn.

Interessen for psykiske plager hos foreldre i forbindelse med fødsel og i småbarnsperioden har økt kraftig det siste tiåret. En av årsakene kan være at forskning fra flere fagområder viser at det er en risiko for barnet å leve med psykisk syke foreldre. Tidlige opplevelser hos spe- og småbarn har stor betydning for barns utvikling og risiko for selv å utvikle egne problemer. Selv om det er vanskelig å sette tall på den økende risikoen for barna, oppsummerer Skerfving (2005) at barn til psykisk syke har en større risiko enn andre barn for å utvikle følelsesmessige problemer, atferds og utviklingsforstyrrelser, samt psykiske og somatiske sykdommer. I tillegg har de en øket risiko for å få nedsatt selvfølelse og minsket tiltro til egne ressurser (Leverton, 2003). Spesielt har depresjoner hos mor vist seg å ha langvarige negative effekter på barnets emosjonelle og kognitive utvikling (Beardslee, 2002; Bijl, Cuijpers, Smith, 2002; Wickberg og Hwang, 2003; Mathiesen et al, 2007). Det vektlegges derfor nå i større grad å identifisere risikofaktorer hos foreldrene på et tidlig stadium og sette inn tiltak som forebygger utvikling av alvorlige plager hos foreldrene og barnet. Når helsestasjonen har nær 100 % oppslutning blant småbarnsforeldre i kommunen (Paulsen, 1990; Dalgard, 2006:2), er det en unik mulighet for helsesøster til å nå mange familier, og sette inn tidlige forebyggende og helsefremmende tiltak i familien. Helsesøstere kan med de nye modellene for behandling av

depresjoner, som er fokusert på pedagogikk, kunnskap og mestring, kunne samarbeide med grupper som har milde til moderate depresjoner.

Å gi informasjon og opplæring, inngår som et område innenfor sykepleiens domene (Orem, 2001). Et undervisende sykepleiesystem benyttes når pasienten får opplæring og kunnskap om egen sykdom og hensiktsmessige mestringsstrategier (Orem, 2001). Lover som helsepersonelloven og pasientrettighetsloven vektlegger pasientens rett til informasjon og opplæring samt helsepersonells plikt i forhold til oppgaven (Norge, 2007; Norge, 2006). Det er også en anbefaling i veileder for helsestasjonstjenesten, at helsestasjonen skal tilrettelegge for at brukeren erverver ny kunnskap og nye ferdigheter som kan øke brukerens kontroll og helse (SHdir, 2004).

Ulike psykoedukative lavterskeltilbud som kurs i depresjonsmestring (KID), gir deltagerne opplæring i sykdom og mestringsstrategier, og kan være til hjelp på lavest effektive omsorgsnivå. Metodene vil dermed kunne være et viktig tiltak i det forebyggende og helsefremmende arbeid på helsestasjonen. Psykoedukative lavterskeltilbud er i dag i sterk fremvekst og har vært grundig beskrevet og dokumentert i mange år. Metodene anbefales i de kliniske retningslinjer fra Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn, 2000).

Kurs i depresjonsmestring har ikke vært prøvd ut og evaluert i helsestasjonstjenesten. Det har tidligere vært lite klinisk fokus på tiltak til deprimerte foreldre på helsestasjonen, og tiltakene som har vært tilbudt har vært lite strukturerte og i liten grad evidensbaserte. Det har vært vanligere at deprimerte foreldrene har vært overlatt til psykisk helsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten. Noe som kan medføre at flere ikke søker behandling eller kommer senere til behandling, slik at de psykiske plagene får utvikle seg og gi flere komplikasjoner både for foreldre og barn. Når tema for denne studien er "Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen" er det fordi det er behov for evaluering og videre utvikling av de forebyggende tiltak som i dag tilbys i helsestasjonstjeneste.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Denne studiens hensikt er å evaluere og prøve ut gruppeintervensjonen kurs i depresjonsmestring (KID) som i dag tilbys på helsestasjonen. Deltagerne i denne studien er mødre med depresjonssymptomer. Studien vil måle effekt av intervensjonen ved å kartlegge en endring i depresjonssymptomer og mestringsforventning hos deltagerne. Da det ikke

tidligere er utprøvd lignende tiltak til denne gruppen på helsestasjonen, vil hensikten også være at deltagerne evaluerer tilbudet etter gjennomførelse. Deltagernes evaluering kan blant annet få frem hvilken kunnskap som er nødvendig for å oppnå ønsket effekt og hvilke faktorer som kan forbedre tilbudet til denne gruppen.

I et klinisk perspektiv er det viktig å gjennomføre intervensjonsstudier. Denne forskningen kan komme brukeren til gode gjennom forbedret praksis. Ved økt kunnskap om nytteverdi av ulike tiltak og eventuelt kjennskap til endringer som kan gi forbedringer kan en tilrettelegge de beste tiltak til brukeren. Studien gjennomføres som en pilotstudie med pretest og posttest design uten kontrollgruppe.

For å få svar på problemstillingen vil følgende hypoteser og forskningsspørsmål bli undersøkt.

Hypoteser:

H1: Mødre med depresjonssymptomer som får intervensjon, har redusert grad av depresjonssymptomer etter intervensjonen.

H2: Mødre med depresjonssymptomer som får intervensjon, vil få en økt forventning om mestring etter intervensjonen.

Forskningsspørsmål:

1: Hvordan evaluerer mødrene intervensjonen?

2: Hvilke endringer mener mødrene kan forbedre intervensjonen?

1.3 Studiens betydning

Kurs i depresjonsmestring har blitt en del av det ordinære tilbudet i kommunen hvor jeg arbeider som helsesøster. Erfaringsmessig er både deltagerne og helsesøstrene tilfredse med tilbudet. Det å systematisk evaluere dette tilbudet som i dag tilbys vil kunne bekrefte vår erfaring om at implementeringen av intervensjonen i helsestasjonen er vellykket. Studien vil også kunne gi helsesøster en kunnskap om effekt av intervensjonen på deprimerte mødre, og om det er et godt arbeidsredskap og tiltak på helsestasjonen. Dette vil videre kunne ha stor betydning for fremtidige prioriteringer av tiltak som iverksettes i kommunens forebyggende helsetjeneste. Ved gode evidensbaserte tiltak og tidlig intervensjon hos foreldre med

depresjonssymptomer vil man kunne forebygge alvorligere og mer langvarige depresjoner. På lengre sikt vil tidlig intervensjon og reduksjon av depresjonssymptomer kunne ha stor betydning for barnas helse og utvikling (Beardslee & Wheelock, 1994; Beardslee, 2002; Hwickberg et al, 2003; Skerfving, 2005; Mathiesen et al, 2007). Ved å kunne tilby tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, kan man også bidra til å styrke tilbudet til mennesker med psykiske plager.

1.4 Avklaring og avgrensning av studien

Alle deltagerne er småbarnsmødre som har selvrapporterte depresjonssymptomer. De fleste av mødrene i denne studien har ikke fått diagnostisert en klinisk depresjon, men har før deltagelse i intervensjonen skåret på selvrapporteringskjema Beck Depression Inventory (BDI), for milde til moderate depresjonssymptomer. Kurs i depresjonsmestring er åpent også for menn, men det har hittil vært få fedre som har vist interesse. Når studien omtaler småbarnsmødre, er det hovedsakelig mødre med barn i alderen fra 0 til 6 år. Noen av deltagerne er barselkvinner, men hovedvekten av kursdeltagerne er småbarnsmødre. Det velges å ikke spesifikt omtale barseldepresjon, da symptomene er de samme som depresjon som oppstår i andre faser. Selv om det kliniske bildet kan være farget av omstendighetene. Barseldepresjon kan også øke sjansen for senere depresjoner (Halbreich og Karkun, 2006). Noen av mødrene som deltar i studien har tidligere hatt fødselsdepresjon og strevet med nedstemthet siden barseltid. Og for enkelte har symptombelastningen vært økende i småbarnstiden.

Når mødrene kommer til helsestasjonen er det vanlig å bruke betegnelsen ”bruker”. Når de deltar i depresjonsmestringskurset er de ”kursdeltagere”. For å veksle språkbruken veksles det mellom å bruke betegnelsene mødre, foreldre, bruker og kursdeltager. Intervensjonen som blir evaluert i denne studien kalles kurs i depresjonsmestring. Forkortelsen for ”kurs i depresjonsmestring” er KID kurs. Både KID og kurs i depresjonsmestring vil bli benyttet. Kurs i depresjonsmestring er egnet for den unipolare depresjon. Med betegnelsen unipolar depresjon ønskes det å avgrense mot depresjon som ledd i den bipolare sykdom. Da disse depresjonene krever helt spesielle problemstillinger. Unipolar depresjon er en stemningslidelse med kun depressive symptomer uten maniske episoder. I den unipolare depresjon kan det være enkeltstående depressive episoder (F32), eller tilbakevendende depressive episoder (F33) (WHO, 2000).

2 Litteraturgjennomgang og teori

I dette kapittelet presenteres den teoretiske referanserammen og tidligere forskning av temaet. Tidligere forskning har fremkommet gjennom søk i databaser. Søkene er utført fra mai 2008 til august 2009. Det er søkt etter systematiske oversikter i CDSR og Dare. Det er også søkt etter studier i primærdatabaser som Cochrane, Cinahl, Pubmed, Psycinfo, Medline, Swemed og HaPi. De viktigste søkeord som er brukt er: public health nursing, community health nursing, child health services, mild to moderate depression, depression, depressed parents, depressed mother, parenting, vulnerability, risks for development, preventing depression, interventions for treating depression, intervention, depression intervention and nursing ,cognitive group, cognitive therapy, Coping with depression course, coping, self efficacy, Beck Depression Inventory og General Self Efficacy scale. Søkestrategien var tilpasset den enkelte database.

2.1 Helsesøstertjenesten og helsestasjonsarbeidet

Helsesøstertjenesten er en del av den samlede sykepleietjeneste i kommunen og er hjemlet i Lov om helsetjenester i kommunen av 19.nov.1982.

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelse”.

Helsesøster har en grunnutdanning i sykepleie med en ettårig videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid for barn, unge og deres familier. Gjennom sin utdanning har helsesøster utviklet en forståelse for hvordan ulike faktorer av samfunsmessige, miljømessig og personlig karakter kan skape vilkår for helse og vurdering av risiko for sykdom og skade. Videre har helsesøster et kunnskapsgrunnlag for å vurdere samspill i familien og familiens forhold til sitt miljø (Utdanning og forskningsdepartementet, 2005). Helsesøster driver i sin tjeneste forebyggende og helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet. Med forebyggende tiltak forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skade eller for tidlig død (SHdir, 2004). Det er vanlig å dele det forebyggende arbeidet inn i tre områder; *Primærforebyggende* områder som retter seg mot alle. *Sekundærforebyggende* arbeid i tilfelle der problemet, skaden eller sykdommen

foreligger. Målet her er å oppdage dette så tidlig som mulig slik at videreutvikling eller tilbakefall kan unngås eller holdes under kontroll. *Tertiærforebyggende* arbeid retter seg mot personer som har sykdom, skade eller lyte, med sikte på å forhindre forverring av eksisterende problem (SHdir, 2004). Helsesøsters helsefremmende arbeid er tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet (SHdir, 2004).

Kommunehelsetjenesten skal planlegge sin helsetjeneste, ha oversikt over helsetilstand og foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak ut fra befolkningens behov (Glavin & Kvarme, 2003; Kommunehelsetjenesteloven, 1982). Hensikten med arbeidet er å sikre barn gode oppvekstvilkår og understøtte og fremme ressurser hos barn og barnefamilier. Muligheten til å påvirke små barns helse er avhengig av et samarbeid med barnets omgivelser, spesielt foreldrene. For å kunne jobbe mot dette mål må hele familien i fokus. Det fremheves at gjennom å styrke foreldrenes egenverd og opplevelse av mestringskompetanse i foreldrerollen, kan helsestasjonen bidra til å skape gode oppvekst, utvikling og læringsmiljø (SHdir, 2004). Helsestasjonstjenesten utøver planmessig helsefremmende og forebyggende helsearbeid mot barn 0-6 år og deres familie (SHdir, 2004). Metoder i det helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonen omfatter hjemmebesøk, helseopplysning, rådgivning, veiledning, helseundersøkelse, vaksinasjon og oppfølging av barn og foreldre med spesielle behov for utvidet støtte (SHdir, 2004). Arbeidet på helsestasjonen kan organiseres gjennom individuelle konsultasjoner eller gruppekonsultasjoner. Veilederen beskriver brukermedvirkning som et sentralt element i det forebyggende helsearbeid. Helsesøster bør derfor ha økt fokus på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til å selv kunne påvirke faktorer som fremmer deres helse, trivsel og mestring (SHdir, 2004).

Det understrekes i Nasjonal Strategiplan at helsestasjonen har en viktig rolle når det gjelder tidlig innsats for barn og unge (St.meld nr 20, 2006-2007). Veilederen fremhever også at helsestasjonen er en viktig arena for tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon innebærer å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt der omfattende problemer ennå ikke har fått utvikle seg og kan således minske behov for behandlende tiltak senere (SHdir, 2007). I dette arbeidet har helsestasjonen en unik mulighet fordi nær 100 % av alle barn og unge har kontakt med helsestasjonen i distriktet der de bor (Paulsen, 1990; Dalgard, 2006: 2).

Det anbefales i veilederen for helsestasjonstjenesten at helsesøster skal vektlegge psykososialt arbeid og tidlig intervensjon til grupper med spesielle behov (SHdir, 2004). Dette gjelder

både barn og familier i risiko, og familier som allerede har psykiske lidelser og problemer (SHdir, 2004). Videre anbefales det at psykisk syke foreldre skal sikres oppfølging og hjelp, samt at deres behov bør avdekkes så tidlig som mulig (SHdir, 2007).

Helsestasjonens oppgaver vil justeres etter samfunnsutvikling og befolkningens generelle behov (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007). Å avdekke risikofaktorer på et tidlig tidspunkt, samt bidra til tidlig intervensjon er viktige ansvarsområder i det forebyggende arbeidet rettet mot risikogrupper. Dette innebærer at helsepersonell ved helsestasjonen må ha kunnskap som gir kompetanse til å vurdere intervensjon etter bekymringens alvorlighetsgrad, samt i forhold til helsestasjonens mandat og rolle (Glavin et al, 2007)

2.2 Depresjon

Depresjon er en sammensatt lidelse, og det kan være en lidelse uten sterk avgrensning til normal sorg, svingninger i stemningsleie eller nedstemthet. Forskjellige følelsesmessige reaksjoner og lettere tilstander av nedstemthet er vanlig. Behov for hjelp og behandling vil kunne variere med helsetilstand. Depresjonen kan bli behandlingstrengende når symptombelastningen hindrer en i å leve det livet en selv ønsker, eller at man ikke klarer å leve innenfor samfunnets normer. Det som kjennetegner depresjonen er senket stemningsleie, nedtrykthet, opplevelse av lite mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker, nedsatt motivasjon, lite initiativ, kognitive og somatiske symptomer (WHO, 2000). Selve kjernen i depresjonen er beskrevet som en følelse av håpløshet og likegyldighet som omfatter hele livssituasjonen (WHO, 2000). Depresjon kan påvirke følelser, atferd og vil variere i intensitet og varighet (WHO, 2000). Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse. En studie i primærhelsetjenesten viser at det er mer vanlig enn uvanlig med tilbakevendende perioder med depresjon (Coyne, Flynn & Pepper, 1999). Depresjon blir beskrevet som den lidelsen etter koronare hjertelidelser, der forebygging trolig vil ha størst effekt på folkehelsen målt i sykdomsbyrde (Dalgard og Sog Bøen, 2008). Det vises høy komorbiditet mellom depresjon og andre diagnoser. Særlig ser man at mange pasienter som sliter med angst, eller kroniske sykdommer har økt sjanse for å utvikle depresjon (Rush, Zimmermann, Wisniewski, Fava, Hollon & Warden, 2005). Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Mens de psykiske plagene vanskelig lar seg avgrense, lar de psykiske lidelsene dele inn etter diagnostiske systemer som ICD-10 (WHO, 2000) og

DSM- IV(American Psychiatric Assosiation, 1994). I diagnosesystemene vil man definere pasienten som deprimert eller ikke deprimert. I forebyggende arbeid er en slik distinksjon lite hensiktsmessig. Helsestasjonens mål er å fange opp og forebygge tidlige tegn på depresjon slik at symptomene ikke blir flere og mer alvorlige.

2.2.1 Mødres psykiske helse i småbarnstiden

Kvinner har en høyere risiko for å utvikle en depresjon enn menn (Horton, 1995; Folkehelseinstituttet, 2009). Mye tyder også på at depresjonen er vanligst hos kvinner i alderen 25-44 år, som er den livsfasen hvor kvinner føder og har ansvar for barn (Horton, 1995; Weismann & Olfsson, 1995). Flere studier har undersøkt mødres psykiske helse. En depresjonsforekomst på 10,1 % i forbindelse med svangerskap og fødsel er funnet i to norske kommuner (Glavin et al, 2009). I en befolkningsbasert longitudinell studie av 700 barn og deres mødre, TOPP- studien (Mathiesen et al, 2007) har 12 % av mødre i Norge med barn på 18 måneder betydelige depresjonsplager. Andelen sank til 7-8 % da barna var i skolealder. Dette betyr at 6-9000 småbarnsmødre i Norge til en hver tid plages med depresjon og at like mange barn dermed er involvert. Resultater fra en stor dansk registerprøve viser også at kvinner har mer enn dobbelt risiko for å trenge psykisk helsehjelp de første tre måneder etter fødsel og tredobbelt risiko de fem første måneder etter fødselen sammenlignet med ett år senere (Munk- Olsen, Laursen, Pedersen, Mors og Mortensen, 2006).

Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor fordi den er knyttet til utvikling av alle typer psykiske vansker hos barna og fordi forekomsten av depresjon hos mødre er høy (Mathiesen og Sanson, 2000). Omsorg for barn kan gi mange gleder, men til tross for de gleder barna gir, er en del mødre med småbarn utsatt for mentale helseproblemer i denne perioden. Tiden med småbarn er en periode som innebærer forandring og utvikling. Det kan også være en fase merket med fysiske og mentale påkjenninger. Bäck-Wiklund (1999) sier at moderskapet ikke lenger entydig kan forstås i forhold til omsorg for barn og familie. Mange andre faktorer spiller inn i kvinnens moderskap, slik som yrkesrolle, kvaliteten av hennes parforhold og deres mulighet for å delta i det moderne liv innenfor familiens rammer. Betydningen barn har for foreldrenes depresjon antas å være størst når barna er små og vil avta ettersom de blir eldre. Når barna er små er de særlig avhengig av sin primære omsorgsgiver. Noen mener at mødrenes forpliktelser ovenfor barnas behov kan svekke mødrenes fysiske og mentale helsetilstand og at det første leveåret er spesielt krevende

(Small, Astbury, Brown & Lumley, 1994). Andre studier har beskrevet perioden mellom ett og to år som den mest krevende for mødre (Olson & DiBrigida, 1994).

Årsaken til at småbarnsmødre har risiko for mentale helseplager omhandler hovedsakelig de generelle modeller for psykisk helse, herunder genetiske, biologiske og psykososiale faktorer. Det er lite som tyder på at det finnes noen enkeltstående årsaksfaktor som forklarer hvorfor en del kvinner blir rammet av depresjon i denne tidsperioden, mens andre ikke blir det.

Gjennomgående er det slik at jo flere risikoforhold som er til stede, jo større risiko for å få en depresjon. Hvor mange risikofaktorer som må være tilstede er avhengig av kvinnens grad av sårbarhet. Til tross for dette kan det trekkes frem flere risikofaktorer som går igjen i studier av kvinner som opplever depresjon i forbindelse med å føde barn eller tiden etterpå. Det nevnes depresjoner tidligere i livet eller under svangerskapet (Beck, 2002). Negative livshendelser som sykdom, død, arbeidsledighet, økonomiske problemer eller problemer i parforholdet. Forskning har også belyst betydningen av mor selv, som dårlig selvfølelse, aleneansvar for barnet, uventet graviditet (Beck, 2001), og at kvinnens opplevelse ikke stemmer overens med forventningene hun har om å få barn (Buist et al, 2004). Ulike forhold ved barnet blir også nevnt som en risiko for at mor utvikler depresjon (Hahn & Schone, 1996). Nyere norsk og svensk forskning bekrefter funnene fra disse internasjonale studiene (Eberhard-Gran, Eskild & Tambs, 2002; Rubertsen, Walderstrom & Wickberg, 2005).

2.3 Depresjonssymptomer

Mødrene i denne studien har alle depresjonssymptomer. De har skåret på selvrapporteringsskjema Beck Depression Inventory som refererer til forekomst av symptomer som er vanlig ved depresjon, men som ikke er et diagnostisk verktøy alene. Et viktig spørsmål kan derfor være om en klinisk depresjon er annerledes følelsesmessig enn opplevelsen av å føle seg nedtrykt enkelte dager (Gotlib et al, 2002). Med andre ord er det kvalitative og kvantitative forskjeller i symptomer som utgjør forskjellen? Forståelsen av en diagnostisk tilnærming til depresjon, har i den tradisjonelle medisinske modell en kategorial tilnærming hvor man oppfyller mulige kriterier for eksempel 4 av 9 symptomer. I henhold til et kategorialt perspektiv, er klinisk depresjon kvalitativt forskjellig fra ikke klinisk (Gotlib et al, 2002). Ofte referert som støtte til dette perspektivet er flere studier som har vist at moderate og høye skår på selvrapporteringsskjema ikke nødvendigvis indikerer kliniske depresjoner når de etterpå blir fulgt opp av kliniske intervju (Gotlib et al, 2002). Men med

selvrapporteringskjema kan en med forholdsvis god treffsikkerhet identifisere sannsynlige tilfeller av lidelser som depresjon, selv om man ikke kan stille en diagnose (Bjelland, Dahl, Haug og Neckelman, 2002).

Generelle trekk ved depresjon

Når det drøftes depresjonssymptomer ut fra ICD-10 (WHO, 2000) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), beskrives tre hovedsymptomer. Det er nedsatt stemningsleie, interesse og gledesløshet, og energitap som fører til tretthet og nedsatt aktivitet (WHO, 2000).

Foruten hovedsymptomene beskriver begge diagnosesystemer tilleggssymptomer. Disse tilleggssymptomene kan være redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om og, eller utføring av selvskade eller selvmord, søvnforstyrrelser og redusert appetitt. ICD-10 har i tillegg redusert selvtillitt eller selvfølelse som et tileggs symptom (WHO, 2000).

For å stille diagnosen depresjon må personen ifølge ICD-10 og DSM IV være plaget av symptomer i minimum 2 uker. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig. Mild depresjon (F32/3.0), innebærer at minst to av de vanlige symptomene og to av tilleggssdiagnosene må være tilstede.

Moderat depresjon (F32/3.1), kjennetegnes av minst to av de tre vanlige symptomene og minst tre eller fire av tilleggssymptomene er til stede. Ved alvorlig depresjon (F32/3.2), viser den deprimerte betydelig bekymring eller agitasjon. Tapt selvfølelse, unyttighet og skyldfølelsen er fremtredende (WHO, 2000).

Det kan være individuelle, sosiale og kulturelle påvirkninger som kan forstyrre forholdet mellom symptomene og alvorlighetsgraden (WHO, 2000). Det kan bety at også personer med milde depresjoner kan ha vansker med å fortsette sine daglige aktiviteter. Det påpekes derfor at alvorlighetsgrad ikke alltid er noe godt kriterium for hvordan hver enkelt fungerer (WHO, 2000).

Ved forebygging og behandling bør man i tillegg til symptomer, kartlegge pasientens situasjon og funksjonstap. Dette kan bli tydeligere når man undersøker noen av de psykologiske mekanismene som ligger bak tilleggssymptomene som beskrives nedenfor.

Tilleggssymptomer på depresjon

Redusert selvfølelse og selvtillit: Det er et markert trekk ved depresjonen at selvbilde og selvtilliten har blitt endret (WHO, 2000). Mange mennesker med depresjon sliter med redusert egenverdi som kan være årsak til redusert selvfølelse og selvtillitt (WHO, 2000). Man tilegner seg tanker om seg selv gjennom sitt oppvekstmiljø, selv om noen former for depresjon er genetisk betinget (WHO, 2000; Heltema, Prescott, Myers, Neal, Kendler, 2005). I den tradisjonelle psykoanalytiske teori beskrives hvordan trygg tilknytning i barndommen kan gi en grunnleggende tro på egen verdi senere i livet. Ved en depresjon har man ofte lav egenverdi som kan resultere i tankestrømmer som er negative om seg selv, sin fremtid eller i forhold til andre. Noen av antagelsene kan være realistiske, men tendensen er klar, man tar det negative for gitt uten å gjøre nærmere undersøkelse (Beck, 1967).

Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse: Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse er symptomer på depresjon som handler om den deprimertes forhold til andre mennesker (Wormnes & Manger, 2005). Man endrer selvoppfatning gjennom samvær med andre mennesker. Mange deprimerte føler seg veldig ensomme og alene. Dette gjelder selv om de er omgitt av mennesker som bryr seg om dem, fordi deres opplevelse er at ingen virkelig er der (Wormnes et al, 2005). Deprimerte mennesker har en tendens til å velge sammenligningsobjekter, som er mye bedre enn seg selv. Dermed har de lett for å komme dårligst ut. Beck (1976) sier at opplevelsen av å ikke være god nok og ikke strekke til er depresjonens kjerne. Den deprimerte tar ansvar for det som går galt. Beck (1976) kaller dette personalisering. Deprimerte har en tendens til å forklare negative hendelser med stabile karaktertrekk ved seg selv. Like systematisk positive hendelser til flaks og tilfeldigheter (Beck, 1976).

Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet: Ved en depresjon vil konsentrasjon og oppmerksomhet kunne svekkes i den depressive periode. Normalt normaliseres dette igjen når man kommer ut av depresjonen (WHO, 2000). Konsentrasjonsvanskene kan føre til at man ikke lenger klarer daglige gjøremål som krever konsentrasjon og oppmerksomhet. Det kan

bety at prestasjoner blir svakere når oppgavene blir mer anstrengende. Slik vil selv mild depresjon kunne påvirke mental kapasitet på vanskelige oppgaver (WHO, 2000). Beck (1976) sier at det er årsaken til at deprimerte engasjerer seg i færre aktiviteter som krever oppmerksomhet. Seligmans (1975) teori er at mennesker med depresjon husker like godt som andre, men de er mindre villige til å rapportere hva de husker. Seligmans teori er at deprimerte bruker all sin konsentrasjon på å fokusere på depresjonsrelaterte tema, slik at det er mindre kapasitet igjen til andre impulser. Den deprimerte vil fungere dårligere i daglige prosesser som krever økt konsentrasjon og oppmerksomhet enn oppgaver som krever mer automatiserte responser (Seligman, 1975).

Triste og pessimistiske tanker om fremtiden: Håpløshet og negative tanker om fremtiden er sentralt i følelsen av depresjon (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). En følelse av håpløshet og fortvilelse kan framstå som uutholdelig og gjerne være fulgt av kroppslige reaksjoner som søvnløshet, mangel på matlyst og nedsatt aktivitet (WHO, 2000). Depresjonen kan oppleves slik at den farger over andre følelser som gir glede. Hvis depresjonen blir langvarig kan man bli mindre mottagelig for positive impulser og opplevelser enn det som ellers er vanlig. En vil lettere se å fortolke verden på en måte som bekrefter og vedlikeholder depresjonen, mens gode og positive forventninger ikke får slippe til (Beck, 1967). Situasjoner kan oppleves som håpløse og man mangler mening, kraft eller mulighet til å komme ordentlig ut av det. Seligman (1975) mener at de pessimistiske og triste tankene ikke bare "skjer" men stammer fra en følelse av hjelpeløshet som er lært, forsterket og rettfærdiggjort av individet selv.

Forsterkningen skjer når mennesket blir utsatt for hendelser de ikke kontrollerer, da generaliserer de denne kontrollmangelen over til andre situasjoner. Det vil føre til fremtidig forventning om at man ikke har kontroll eller bare begrenset kontroll i forhold til krav. Lært hjelpeløshet er en alvorlig hindring for medvirkning i eget liv. På det emosjonelle plan kan det føre til tristhet og depresjon. For Seligman ble lært hjelpeløshet sett på som en forklaring på depresjon (Seligman, 1975).

Søvnforstyrrelser: Mange mennesker med depresjon strever med søvnproblemer. Søvn vil lett kunne bli påvirket hvis man ikke har det bra og det kan være et av de hyppigste symptomene på depresjon. Søvnvansker inkluderer både innsøvn på kveld og oppvåkning på natt. Dette resulterer i at man blir ekstra trett på dagen. I tillegg kan søvnvansker være en risiko for utvikling av depresjon (Ivaneko, Crabtree, Gozal, 2005). Det mest vanlige søvnproblem blant voksne deprimerte er å sove mindre, men det finnes også dem som har et

økt søvnmønster ved depresjon (Ivaneko et al, 2005). Dette kan forstås som en flukt, initiativløshet og inaktivitet (Ivaneko et al, 2005).

Endret appetitt: Endret appetitt i depressive perioder kan forekomme. Ved å ikke innta mat, kan dette forsterke følelsen av manglende energi og initiativ som igjen kan forsterke den depressive følelsen. En økt appetitt kan oppfattes som en regulering av vanskelige følelser (WHO, 2000).

Selvskaide/selv mord: Flere undersøkelser viser en sammenheng mellom depresjon og selvmord. Og det er godt dokumentert at depresjon forkorter forventet levetid (Cuijpers, Smit, Van Stratten, 2006). Årsaken til selvmord finnes i et komplisert samspill mellom sårbarhetsfaktorer, utløsende årsaker og personlighetsrelaterte mestringsstrategier (Cuijpers et al, 2006).

2.4 Den depressive opplevelse

Det er viktig å ha fokus på deltagerens opplevelser i KID. Den deprimertes egen opplevelse kan være forskjellig fra hva omgivelsene opplever. Kunnskap om den depressive opplevelse er helt avgjørende for å få innsikt i personenes egne aktive rolle i å mestre, men også i å leve med psykiske problemer. Videre er pasientens opplevelser viktige for å klargjøre hva som oppleves som virksom hjelp og virksomme hjelpearenaer. Pasientens opplevelser og behov bør derfor være utgangspunkt for all behandling og pleie (Sosial og helsedepartementet, 1997).

Den depressive opplevelse er en grunnleggende menneskelig tilstand som er velkjent gjennom tidene og gjenkjennbar på tvers av kulturforskjeller (Beck, 1967). Depresjonsopplevelsen har individuelle uttrykk og er en naturlig konsekvens av at vi er forskjellige mennesker med egenartede følelser og reaksjonsmåter. Men likevel kan det finnes noen fellestrekk i opplevelsene. Det unike er noe som prinsipielt ikke kan fanges inn av et diagnosesystem og derfor vil en person aldri kunne bli forstått ut fra diagnose alene.

For mange deprimerte mødre kan den depressive opplevelse gi en følelse av hjelpeløshet og utilstrekkelighet i morsrollen. Det vil kunne føles som et fall i selvverd, som knytter seg til den deprimertes opplevelse av å utfylle rollen som dårlig mor. Det vil igjen kunne bety skyldfølelse, selvbepreidelser og hypersensitivitet overfor kritikk som gjør seg gjeldene (Anthony, 1983). Det er ikke uvanlig at deprimerte opplever følelser som skam og skyld

(Gilbert, 2007). Typisk for mennesker med depresjon er en attribusjonsstil med en tendens til å bebreide seg selv. Opplevelse av skam og sosial sammenligning med andre kan føre til en følelse av mindreverdighet og annerledeshet. Velfungerende deprimerte tror ofte at negative hendelser skjer fordi de fortjener det, og de kan da nøytralisere egen skyld med velgjørenhet for andre (Gilbert, 2007). Usikkerhet, frykt og skyldfølelse for ikke å være god nok, er gjennomgående opplevelser for mange deprimerte. Mødre er ofte bekymret for at de ikke kan tilby barna den trygghet som de trenger, og at de derfor ikke gjør det rette eller er gode nok som foreldre. Mødrenes identitet som mødre er knyttet til hva de selv kan bidra med for å gi barna trygge oppvekstforhold. Når mødre erfarer at de ikke kan leve opp til egne og andres idealer for godt moderskap, lever de med kontinuerlig dårlig samvittighet og i frykt for at barna kan ta skade (Bäck- Wiklund, 1999). Usikkerhet og skyld blir av mange forsterket av frykten for andres fordommer. Den deprimerte kan da oppleve følelser som håpløshet og verdiløshet. Disse opplevelsene kan fra sykepleier eller kursholders side lett omtales som brudd med virkeligheten eller bli bortforklart. Når deprimerte blir møtt med holdninger som bortforklarer følelser kan de føle seg oversett. I studien til Borg (2007), snakket informantene om hvor viktig det var å kunne føle seg normal og vanlig når man hadde psykiske problemer. Deprimerte er sårbare for kritikk og opplever seg ofte stigmatisert av andre mennesker. Stigmatiserende holdninger kan bidra til å svekke den deprimertes identitet. Å bli stigmatisert kan oppleves som at en ikke blir tatt på alvor og sammen med egen skamfølelse forsterkes følelsen av å være lite verdt og satt utenfor. Dette kan forsterke følelsen av marginalisering og den opplevde fremmedgjøring gjør terskelen for deltagelse i det vanlige sosiale liv vanskeligere (Lauveng, 2006). Det er derfor viktig at vi som helsepersonell møter den deprimerte med en forståelse og bekreftelse på deres virkelighet. Personlige faktorer og forståelse av den depressive opplevelse er viktig i arbeidet med depresjonsmestringskurs og den depressive opplevelse vil aldri bortforklares. Det som er viktig i KID er å tilstrebe at den enkelte skal bli i stand til å ytre sine egne opplevelser og få redusert sin egen byrde.

2.5 Risikofaktorer og mulige årsaker til depresjon

Utvikling av depresjon har vært forsøkt forklart på ulike måter. Fordi depresjon oppstår på bakgrunn av en rekke samvirkende risikofaktorer, vil det ikke finnes enkelttiltak som kan fjerne eller redusere alle. Men enkelte risikofaktorer er imidlertid enklere tilgjengelig for forebygging enn andre. Forebygging og behandling av depresjon fordrer kjennskap til faktorer og prosesser som er involvert i etablering og opprettholdelse av problemer og symptomer. I noen tilfeller kan depresjonen utløses tilsynelatende uten grunn og i andre tilfeller som en følge av en konkret eller belastet hendelse (Folkehelseinstituttet, 2009). De fleste risikofaktorer for psykiske lidelser virker additivt. Det betyr at jo flere risikofaktorer som er samlet jo mer sannsynlig for utvikling av lidelsen (Folkehelseinstituttet, 2009). Men generelt kan en si at kroniske risikofaktorer er av større betydning enn risikofaktorer av kort varighet (Rutter, 2000). I hvor stor utstrekning påkjenningene skal føre til depresjon eller andre psykiske plager vil være avhengig av flere faktorer (Folkehelseinstituttet, 2009).

Genetiske og biologiske risikofaktorer

Det kan synes å være en arvelig komponent i mange tilfeller av depresjon. Selv om genetiske faktorer i bipolar depresjon er sterkere enn i unipolare lidelser (Heltema et al, 2005). Ved angst og unipolar depresjon er 20-50% genetisk betinget, men selv om en lidelse har høy arvelighet er dette ikke ensbetydende med at barn av syke foreldre eller søsken vil arve lidelsen (Rutter, 2002). Den genetiske predisposisjonen er imidlertid sjeldent deterministisk, i den forstand at et optimistisk miljø vanligvis kan redusere den genetiske risiko (Rutter, 2002; Heltema et al, 2005). Det finnes ulike vitenskapelige studier som viser hvordan genetiske forhold ved en depresjon er knyttet til risiko. Ut fra genetiske studier i familie, tvilling og adoptiv forskning er det solid dokumentasjon for at genetiske forhold kan spille en vesentlig rolle (Heltema et al, 2005). Den individuelle sykdomsrisiko bestemmes således av et komplekst samspill mellom genetisk og ikke genetisk risikofaktorer. I en metaanalyse fant man en heritabilitet på omkring 40 % (Heltema et al, 2005). Heritabiliteten er et uttrykk for hvor stor del av den fenotypiske variasjon som skyldes arv. Både nedsatt funksjon av enzymet TPH2 og kjemiske ubalanser i hjernen, da med serotonin og noradrenalin er således funnet. En studie viser at 10 % av gruppen med alvorlig depresjon hadde genvariant THP2. Det viser åpenbart at nevrotransmittere er involvert i utviklingen av en depresjon, men sammenhengen er langt fra

klar. Denne kunnskap har ført til fremstilling av ulike medikamenter som kan binde serotonin opptaket i synapsen som kan gi relativt god effekt på depresjon (Heltema et al, 2005).

Det er også ved depresjon blitt påvist unormal regulering av thyroid hormoner, melatonin og B- vitaminet folat som er linket til neurotransmittersyntesen (Musselman, Nemeroff, 2006). Studier som undersøker folatets betydning på depresjonen antar at lav folat status er assosiert med depresjon, spesielt med enkeltepisoder og ved liten respons på behandling. En klar tendens er likevel at arvelighet er sterkere observert ved alvorligere enn lettere psykiske lidelser (Heltema et al, 2005).

Nyere undersøkelser tyder på at selve risikofaktorene som tradisjonelt har vært oppfattet som utelukkede miljøbetingende også kan være under genetisk innflytelse. Det gjelder for eksempel hvor ofte man utsettes for betydningsfulle livsbegivenheter og stressende omstendigheter, hvordan de oppleves og hvilke mennesker som utvikler depresjon i slike forhold (Kendler et al, 2007).

Miljømessige og personlighetsrelaterte risikofaktorer

Miljøet kan ikke alltid forklare årsaken til sykdommen, men kan ofte være med på å påvirke forløp og resultat. Miljøriskoen kan inkludere alle påvirkningsfaktorer som ligger utenfor individet, både i de umiddelbare omgivelser og i totalmiljøet. Både mellommenneskelige, økonomiske og samfunnsstrukturelle forhold kan påvirke på forskjellige nivåer. Det er godt dokumentert at sosioøkonomisk posisjon, målt gjennom utdanning, yrke og inntekt har sammenheng med psykisk helse (Muntaner, Eaton, Miech og Ocampo, 2004). En norsk studie viser at høyere utdanning beskytter mot angst og depresjon (Bjelland, Krokstad, Mykletun, Dahl, Tell og Tambs, 2008). Det er også dokumentert at opplevelsen av lav sosial støtte og ensomhet er en betydelig risikofaktor for psykisk helse (Dalgard 2006:2). Lav tro på egen mulighet til mestring og opplevelsen av maktesløshet sammen med lite sosial støtte, økonomiske problemer og somatisk sykdom forklarer noe av sammenhengen mellom sosioøkonomiske posisjoner og psykisk helse (Dalgard, 2006:2). Vanskelige livshendelser generelt kombinert med opplevelsen av lav sosial støtte og ensomhet, vil det være en av de mest betydelige risikofaktor for psykiske lidelser som vi i dag kjenner til (Dalgard, 2006:2 ; Myklestad, Rognerud og Johansen, 2008). I flere undersøkelser med fokus på vanskelige livshendelser har man funnet økt forekomst av miljømessige belastninger 3-12 mnd før

personen ble rammet av depresjonen. Det er særlig ved første gangs depresjon at sammenhengen mellom ytre belastninger og depresjonen er sterk (Zuckerman, 1999). Ved de utløsende psykososiale faktorene, kan det dreie det seg om barndomsopplevelser som tap av foreldre, foreldrenes psykopatologi, foreldrenes aggresjon eller psykisk og seksuelt misbruk. Også opplevelser i det voksne liv som arbeidsløshet, vold, skilsmisser, og tap av sosial status kan være risiko for utvikling og opprettholdelse av depresjon (McEwan, 2003; Myklestad et al, 2008). At man er fysisk inaktiv kan forsterke, men også utløse risiko (Helsedirektoratet, 2009).

Når det gjelder de personlighetsrelaterte faktorer spiller evne til mestring en sentral rolle. Med mestring menes da den enkeltes evne til å ta i bruk tilpassede tanke- og atferdsmessige reaksjonsmønstre for å hankses med krevende ytre og/eller indre situasjoner og forhold (Weiseth & Dalgard, 2000). Vellykket mestring fører til opplevelse av kontroll som er av stor betydning for personers funksjonsevne. Risikoen for at belastningen kan føre til stress og helseproblemer øker, dersom personen har en forventning om at en selv ikke kan gjøre noe med problemene. I hvor stor utstrekning påkjennningene skal føre til en depresjon vil ikke bare være avhengig av de individuelle mestringsressurser, men også av personens motstandskraft (Weiseth et al, 2000).

2.5.1 Sårbarhet og stress

I arbeidet med deprimerte mennesker anvendes ofte en sårbarhet/stress modell som en forståelsesmodell for utviklingen av sykdommen. Det er nødvendig å ha kunnskap om sårbarhetsfaktorer for å forstå, forebygge og behandle depresjon. Mennesker er sårbare i den grad de er mottagelige for å bli skadet eller såret. Med sårbarhet forstår man disposisjon, øket risiko for å utvikle sykdom (Ingram, Miranda og Segal, 1998). Sårbarhet forklarer sykdomsdebut, forløp og sosial fungering som en interaksjon mellom de biologiske, miljømessige og adferdsmessige faktorer (Zubin & Spring, 1977). Den viser at ulike mennesker har ulik sårbarhet for å utvikle sykdom. En person med lav grad av sårbarhet krever høy grad av stress eller belastning for å utvikle depresjon. Sårbarheten kan både være nedarvet (eks. genetisk, familie historie med psykopatologi, temperament eller personlighet) eller være utløst av belastninger for eksempel traume, familie hendelser, eller andre livs belastninger (Zubin et al, 1977).

Hvordan de sosiale belastningene vil føre til sårbarhet vil avhenge av sammenhengen mellom de nedarvede faktorer og sosiale begivenheter. Det kan da sies at depresjonen er en konsekvens av en psykobiologisk sårbarhet kombinert med stress i miljøet (Ingram et al, 1998). Det skilles mellom sårbarhet som trait og state. Trait er karakteregenskaper som er stabile og vedvarende hos individet. Karakteregenskaper kan være personlige egenskaper ved personens karakter eller temperament. Det kan nevnes negative tanker, samarbeidsevne, toleranse, rettferdighetssans, håp, pessimisme, impulsivitet, beskjedenhet, grundighet, arbeidsomhet, engstelse, tilgivelse og perfektjonisme. State er situasjonsvariabler som kan påvirke sårbarhet (Ingram et al, 1998). Dersom sårbarhet blir begrunnet gjennom karakteregenskaper, noe som predisponerer individet til sykdom, forklarer situasjonsvariablene forekomsten av sårbarhet gjennom symptomer og situasjoner som utløser sykdommen.

Mens de karakteregenskapene variablene kan variere i forhold til genetiske komponenter, er det noen karakteregenskaper som er veldig stabile (eks bipolar sykdom), mens andre karakteregenskaper lettere kan forandres gjennom læring, erfaring og mestring (Ingham et al, 1998). Negative kognisjoner kan være eksempler på slike karakteregenskaper som kan endres gjennom læring og mestring. Ingham og Siegle (2002) skiller også mellom sårbarhet som er ”distal” som har blitt utviklet forutgående og ”proximale” som utvikles rett før utviklingen av den depressive episode. Sårbarhet predisponerer individet for sykdom, men påbegynner ikke sykdommen. Sårbarhet -stress sammenhengen forklarer derfor hvor latent sårbarhet kan aktiveres gjennom at opplevelser oppleves stressfulle av individet. Sårbarheten refererer til predisposisjonen for sykdom, mens stress refererer til individets subjektive oppfatning av en stressfull opplevelse (Ingram et al, 1998). Hvordan et individ opplever en hendelse som stressfull kommer an på tidligere opplevelser med lignende hendelser, som i tur har ført til sårbarheten (Ingham et al, 1998). Stress forekommer når man oppfatter fare for mentalt eller fysisk velvære. Slike farer kalles ”stressorer”. Lazarus og Folkman (1984) beskriver stress som forholdet mellom omgivelsene og individet:

” a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being” (Lazarus et al, 1984:19).

Utgangspunktet er da at det oppstår en relasjon mellom et sårbart individ og en belastet situasjon. I denne relasjonen finnes det et fortolknings og opplevelseselement.

Lazarus et al (1984) mener at det i en hver stressituasjon finnes en kognitiv vurdering av situasjonen. Det er i denne kognitive vurderingen at det er en mellomliggende variabel mellom situasjonen, hendelsen og handlingene. Det kan derfor være vanskelig å trekke klare grenser mellom risiko og utfordringer. Det som for enkelte kan være risiko kan for andre være utfordring. Når man omtaler stress som en utfordring kan det føre til at man øker motivasjonen, oppmerksomheten og yteevnen. Dette kaller Ursin (1984) for fasisk stress. For noen kan stresset da øke ytelsen, og være en nødvendig livsvekstmekanisme. Hvis man frykter at man ikke skal løse en oppgave eller ved en aktivering av stress over tid, blir ikke lenger stresset fasisk, men kan utvikles til tonisk. Det blir da en risiko for sårbarhet og utvikling av depresjon (Ursin, 1984).

2.5.2 Kognitiv sårbarhet

Ved undersøkelser av kognitive prosesser hos deprimerte mennesker, fremkommer det at deprimerte er kognitive sårbare for å utvikle depresjon (Ingram et al, 1998; Clark et al, 1999). Negative tanker, dysfunksjonelle holdninger, depressiv grubling og overgeneralisert hukommelse kan være kognitive komponenter som er assosiert med sårbarhet i forhold til utvikling, opprettholdelse og tilbakefall av depressive lidelser (Beck, 1967; Ingram et al, 1998; Segal, Williams og Teasdale, 2002). I en kognitiv forståelse er det de situasjonelle faktorer som anses som utløsende for depressive prosesser, mens kognitive faktorer er modererende for hvilken effekt de utløsende situasjonene vil ha.

Becks (1967,1976) mener at kognisjoner er basert på holdninger eller antagelser som er utviklet gjennom tidligere erfaringer og opplevelser. Begrepet skjema brukes om tidligere opplevelsen som kan danne grunnlag for dysfunksjonelle holdninger og som gjør individet sårbar for å utvikle depresjon. Negative skjema kan være utviklet fra barndommen og er tanker som er relativt stabile. Negative skjema vil dominere i depressive perioder og blir aktivert i stressende situasjoner eller ved stressende hendelser (Clark et al, 1999). Negativt skjema vil videre utløse negative automatiske tanker. De automatiske tankene inneholder en evaluering og vurdering, – positiv eller negativ antagelse om noe i oss selv eller i vår omverden (Beck, 1967, Beck, 1976). Beck (1967) beskriver det som en indre kommunikasjon eller dialog hvor man har synspunkter om seg selv, kritiserer seg selv, berømmer seg selv eller bedømmer og vurderer det som hender seg selv eller andre. De automatiske tankene oppstår ureflektert, utenfor den bevisste kontroll. Men de er i prinsippet tilgjengelige for

kontroll og forandring (Beck, 1976). Automatiske tanker får konsekvenser for hvordan vi reagerer følelsesmessig og hvilken atferd vi velger (Beck, 1976).

Den depressive tilstanden karakteriseres i kognitiv terapi som et samspill mellom negative tanker, følelser, kroppsopplevelser og atferd som gjensidig påvirker hverandre. Dette vil igjen bidra til den onde sirkel som vedlikeholder eller utløser nye depressive episoder (Clark et al, 1999). Etter en tilfriskning antas det at det har oppstått en innlært assosiasjon mellom lav sinnsstemning og negative tanker.

2.5.3 Motstandskraft og beskyttende faktorer

Overordnet blir motstandskraft sett som et interaktivt og systematisk fenomen, som er resultat av et komplekst samspill mellom et individs indre styrke og ytre hjelp. Dette samspillet finner sted gjennom livsløpet og gir individet styrke, mestring og håp (Nøvik, 2006). Mer spesifikt blir motstandskraft sett på som evnen til å utvikle seg positivt tross betydelig grad av eller hyppig motgang (Masten og Reed, 2002). Rutter (2000) utvider forståelsen av motstandskraft med å si at man oppnår motstandskraft når man har kontroll over eget liv og er aktiv med å skape sin egen fremtid. Ikke alle sårbare individer utvikler sykdom. Det er derfor rimelig å anta at det foreligger forhold som motvirker effekt av risiko og sårbarhet.

Motstandsforskningen opererer i denne sammenheng med risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (Coleman & Hagell, 2007). Fra å ha fokus på på hva som fører til risiko, er man blitt mer interessert i å se på hvorfor noen på tross av belastning klarer seg bra.

Beskyttende faktorer blir av Masten et al (2002) definert som målbare individuelle kjennetegn som predikerer positivt utfall til tross for belastninger eller risiko. Slike målbare kjennetegn inkluderer selvtillitt, tro på egne evner, følelse av trygghet og håp, samt evne til refleksjon som er med på å overvinne en vanskelig livssituasjon (Schofield & Beek, 2005). Generelt er det en kombinasjon av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som gir føring for hvilken retning et liv vil gå. Samtidig er det funnet et utviklingsspor (a pathway) som kan skifte retning ved enkeltstående hendelser. Slike hendelser er omtalt i litteraturen som ”turning points” og viser til situasjoner som kan snu en negativ utvikling (Coleman et al, 2007). En viktig del av det forebyggende arbeid vil derfor ikke bare være å finne risikofaktorene, men også å øke motstandskraften og beskyttende faktorer. Blant de viktigste beskyttende faktorer mot psykiske lidelser er sosial støtte (Cattan, White, Bond og Learmouth, 2005) og utviklet

mestringsevne i ulike situasjoner (Cuijpers et al, 2009). Forebyggende tiltak som sikter på øke dette kan derfor forventes å ha en god effekt (Dalgard, 2008.)

Sosial støtte er viktig for psykisk syke fordi det representerer en mediator mellom utilstrekkelighetsfølelsen og depresjonen. Man opplever stress som belastende dersom man har lav selvfølelse og kontroll. Sosial støtte kan dempe belastninger både praktisk og emosjonelt. I tillegg gir mellommenneskelige forhold mestringskompetanse og kan forhindre at stresset blir kronisk (Bandura, 1997). Tidligere forskningen viser at sosial kontakt reduserer symptomer på depresjon (Sugisawa ,Shibata, Hougham, Sugihara & Liang, 2002). Mennesker med godt sosialt nettverk har også raskere tilfriskning og færre tilbakefall av depresjonen (Kawachi & Beckman, 2001; Sanderson, 2004).

Utviklet mestringsevne i ulike situasjoner vil ha stor betydning for hvordan man reagerer i ulike stresssituasjoner. Hvordan den enkelte vurderer ulike måter å håndtere situasjoner på er avhengig av tidligere erfaringer fra lignende situasjoner (Dalgard , Døhlle, Ystgaard,1995). For eksempel kan tap gi en sårbarhet som forsterker reaksjon ved nytt tap. Men det kan også gi styrke til å tåle nye tap dersom man mestrer det foregående tap på en god måte. Mestringsprosessen inneholder derfor læring av mestring og vil over tid nedfelles i personligheten som beredskap i nye stress-situasjoner. Mestring kan fungere som beskyttelse mot belastninger ved at man endrer negative kognisjoner rundt betydningen av disse. I tillegg vil aktiv mestring for å håndtere problemet gjøre konsekvensene mindre (Dalgard et al, 1995).

2.6 Mestring

Begrepet mestring brukes ofte i vår dagligtale om ferdigheter, situasjoner eller ”stressende” situasjoner som vi har løst på en brukbar måte. Mestring er også et ord som i de senere år er benyttet innen ulike forskningsgrener og som et vitenskapelig begrep.

I følge Olff (1991) finnes det innen vitenskapelig forskning minst tre ulike måter å bruke mestringbegrepet på:

1. Det blir benyttet i forbindelse med den strategi som individet bruker i en truende eller vanskelig situasjon.
2. Det blir brukt om resultatet av disse strategiene med henblikk på aktivering eller psykologisk stressrespons.

3. Det blir også benyttet i forbindelse med de forventninger som individet har vedrørende resultatene av dets handling.

I denne studien brukes Albert Banduras (1977a) mestringsbegrep self-efficacy som grunnlag for å kunne forstå, forklare og forutsi en endring i atferd. Denne teorien er også valgt fordi den er situasjonsspesifikk og som Olff (1991) beskriver benyttet i forbindelse med de forventninger som individet har vedrørende resultatet av ens handling. Situasjonen som skal beskrives og forstås i denne sammenheng, er mødrenes tro og forventning av bedre mestring etter intervensjonen. Etter at Banduras mestringsbegrep er utdypet, velges det å relatere Banduras teori til Lazarus og Folkmans (1984,1991) mestringsbegrep, fordi det anses som hensiktsmessig å ha et kjent begrepsystem som også vektlegger prosesser utover de Bandura fokuserer på.

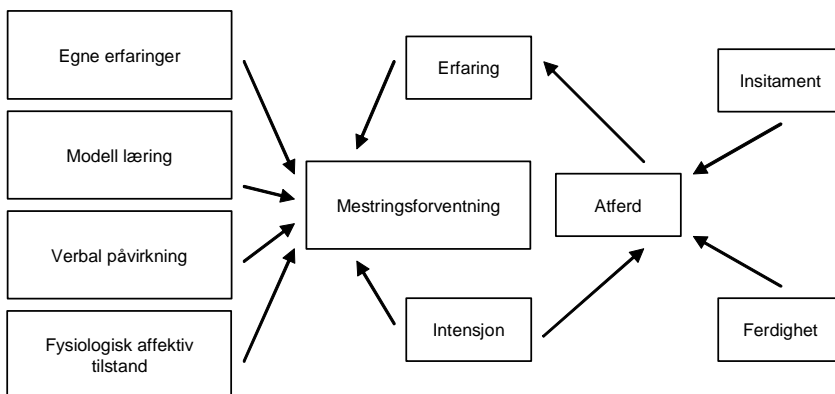
Self-efficacy

Den amerikanske psykologen Albert Bandura har vært en viktig person i utviklingen av begrepet "self-efficacy". Bandura presenterte sin teori om self-efficacy første gang i 1977, og teorien er brukt ved undersøkelser vedrørende selvoppfatning i mestringsatferd. Individets egen oppfattelse av mestringsevnen har vist seg å være avgjørende faktorer for helserelatert atferd (Bandura, 1977a). Det er i denne studien valgt å oversette self-efficacy med mestringsforventning. Mestringsforventning omhandler troen på egen mestring. Det er individets subjektive vurdering og opplevelse av egne evner og mestringsmuligheter som er viktige, ikke de faktiske evnene til å mestre. Det er individets kognitive vurdering av egne evner og om han eller hun er i stand til å utføre de handlinger som er nødvendig for å nå et visst resultat. Det innebærer at individets egen mestringsforventning har avgjørende betydning for hva man velger å gjøre, hvor mye innsats som legges ned, og hvor mye stress som oppleves på forhånd. Ikke minst er det avgjørende for prestasjonene og sluttresultatene. Denne troen på egne muligheter er ifølge Bandura også bestemmende for individets atferd, altså hvilken atferd man velger (Bandura, 1977b; 1997). Det understrekes av Bandura at det ikke er mestringsforventningen alene som bestemmer endret atferd. Men gitt at de nødvendige ferdigheter og adekvate mål er til stede, vil forventningene om egne muligheter til å nå gitte mål være en bestemmende faktor i individets valg. Overført til deltagerne i KID-kurset kan en da si at deltagerens tro på at de kan mestre daglige utfordringer, har betydning for situasjonen, måten de møter utfordringene på og til slutt om kurset får den ønskede effekt av atferdsendring.

Self-efficacy teorien har sin forankring i sosial læringsteori. Teorien ser ikke på menneskene som maktesløse objekter som kontrolleres av krefter i miljøet, men den forklarer menneskelig atferd som kontinuerlig interaksjon mellom kognitive, atferdsmessige og miljømessige faktorer (Bandura 1977a). Individet og miljøet påvirkes av hverandre gjensidig. I sosial læringsteori er det hele tiden en interaksjon mellom interne og eksterne faktorer. Kritikken mot teorien har hovedsakelig gått på at den overdimensjonerer viktigheten eller effekten av situasjonelle faktorer i atferd, og at den har oversett individuelle forskjeller. Fokuset i sosial læringsteori, har vært på sosiale strukturer og deres innvirkning på personlige utvikling og fungering (Fig 1). Selv om teorien ikke eksplisitt beskriver personlige forskjeller ligger det implisitt i en slik tenkning at individuelle forskjeller påvirkes av atferd. Dette kommer til syne i Banduras teori i vektleggingen av at det er individets subjektive persepsjon av en situasjon og muligheten i den som predikerer atferd og at denne persepsjonen vil variere med individets predisposisjoner.

Fig 1

Banduras sosial-kognitiv teori



Bandura skiller mellom forventninger til egne muligheter (efficacy expectations) og resultatforventning (outcome efficacy). Førstnevnte står for de forventninger man har i forhold til å utføre en bestemt oppgave. I teorien beskriver Bandura (1997) forventning til egne muligheter som situasjonsspesifikk. Bandura (1977 b) mener at slike følelser er generaliserbare til lignende situasjoner. Det betyr for eksempel at når en mor har utviklet en sterk tro på at hun kan gi sitt barn den omsorgen det har behov for, vil hun også kunne ha tro på at hun kan takle omsorgen til et annet barn. Et individs tro på egne evner blir gjerne koblet sammen med uttrykk som selvtillitt og følelse av egenverd (Bandura, 1990,1997).

Bandura understreker at den opplevde kompetansen dreier seg om vurdering av personlig evne i gitte situasjoner, mens selvtillitt og selvfølelse er mer generelle følelser koblet til individets holdning til seg selv. Det synes som om Banduras teori befinner seg på to nivåer. På det ene nivået er individets opplevde mestringsforventning en kognitiv vurdering knyttet til den enkelte situasjon, mens på et annet nivå blir mestringsforventning mer en egenskap som individet tillegger seg selv og som vil påvirke opplevelse og situasjonsvurdering. Resultatforventning er motivasjonen og gir retning til handling (Bandura, 1997; Wormes et al, 2005).

Personer som oppfatter deres egen suksess som personlig dyktighet og nederlag som utfall av utilstrekkelig innsats vil etter hvert påta seg gradvis mer krevende oppgaver (Bandura, 1997). De vil dermed kunne oppleve mer suksess enn de som oppfatter nederlag som et resultat av utilstrekkelige evner og suksess på grunnlag av situasjonsbestemte faktorer. En vil da oftere ha lett for å gi opp når en møter vanskeligheter. Bandura påpeker imidlertid at personer som ønsker å øke prestasjonsevnen ytterligere bør heve nivået på utfordringene. Forventningen til egne muligheter er i følge Bandura av større betydning for en vellykket atferdsendring enn resultatforventning. Det betyr at det ikke hjelper å tro at ”teknikkene” og læringen på KID-kurs kan føre til bedre psykisk helse (resultatforventning) dersom du ikke tror at du i din livssituasjon kan klare å gjennomføre hva du har lært (forventning til egne muligheter). Positiv mestring fører til økt opplevelse av mestringsforventning, mens manglende mestring kan medføre nedgang i mestringsforventning. På en annen side kan en sterkt fungert høy mestringsforventning tåle manglende mestring uten å reduseres, på samme måte som lav mestringsforventning kan være svært resistent mot positiv evidens på mestring (Bandura, 1997).

Bandura (1977 b, 1990) presenterer ut i fra egen forskning fire nøkkelmomenter som kan gi økt self-efficacy (Fig 1). Det mest innflytelsesrike momentet er tidligere erfaringer og opplevelser. Spesielt når vi står ovenfor en vanskelig og utfordrende oppgave, vil tidligere prestasjoner kunne gi trygghet. Bandura skiller mellom to typer mestringserfaringer, reell mestring og opplevd mestring. Forventning om mestring blir først og fremst påvirket av opplevd mestring, mens opplevd mestring i stor grad er et resultat av reell mestring. I tillegg har vikarierende opplevelser eller modelllæring betydning ved at personen observerer konsekvenser av andres handlinger. På samme tid kan verbal overtalelse medføre

mobilisering av større anstrengelse i forhold til oppgaver og fysiske og emosjonelle reaksjoner påvirke handling både direkte og indirekte.

Det finnes i dag en mengde empirisk materialet som gir støtte for mestringsforventning eller self efficacy teorien. Mye av denne forskningen er utført av Bandura og står referert til i hans arbeider (Bandura 1977 a, 1977 b, 1990, 1991, 1997). Tidligere forskning viser at mestringsforventning influerer motivasjon, læring, måloppnåelse og optimisme (Schwarswe, 1994; Snyder, 2002). Det finnes også studier som viser at det er en gjensidig sammenheng mellom mestingsforventning, utbytte og kompetanse (Arkowitz, 2002; Pajeres og Schunch, 2002). Personer som har forventet mestring, vil i større grad ha reell mestring og opplevd mestringsfølelse (Luszczynska, Gutierrez-Dona & Schwarzer, 2005). Mestringserfaringer skaper nye erfaringer om mestring, og bidrar til å motivere for å mestre nye oppgaver (Luszczynska et al, 2005). Mestringsforventning synes å ha stor betydning i forhold til behandling og forebygging av helseproblemer. Det er sammenheng mellom mestringsforventning, livskvalitet og god fysisk og psykisk helse (Leganger, Kraft & Røysamb, 2000). I følge Bandura (1991) er det to veier mestringsforventning kan påvirke helsen. Det er gjennom endret atferd og bedre stressmestring. Bandura (1991) hevder at når mestringsforventninger påvirker helsen bruker man mer aktive enn passive mestringsstrategier. Mestringsforventning er funnet målt hos deprimerte etter gjennomførelse av kognitive behandlingsformer (Hyuan, Chung, Lee, 2005; Backentrass, Schwarz, Fiedler, Joest, 2006; Oikava, Megumi, sakamoto, Shinji, 2007). Resultatet fra studiene viser at kognitive gruppe intervensjoner kan øke mestringsforventning etter gjennomførelse.

Mens Bandura (1977 a, 1997) er opptatt av hvordan man vurderer situasjonen og sine muligheter for mestring, er Lazarus et al (1984), opptatt av forholdet mellom stress, kognitiv vurdering og mestring. I begge tilnærmingene vurderes den kognitive vurderingen som den mellomliggende variabel mellom situasjon og handling. Mestring defineres av Lazarus og Folkman som:

”Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of a person”

(Lazarus & Folkman, 1984:19)

Det er i forhold til den kognitive vurderingen at det kan trekkes paralleller til Banduras self-efficacy. Lazarus et al (1984) beskriver vurderingen i ulike faser. De beskriver at mestringen

gjøres på bakgrunn av og mestringsressurser og mestringsstrategier. Mestringsressursene dreier seg om personlige ressurser og ressurser knyttet til omgivelsene. Med personlige ressurser menes både evner og karaktertrekk som individet har. Med ressurser knyttet til omgivelsene menes opplevd støtte på familienivå, nettverksnivå og samfunnsnivå. Jo flere mestringsressurser som er tilgjengelig, jo større mulighet for positiv mestring.

Mestringsstrategier er sekundærvurderingen over hvilke mestringsmuligheter som er tilgjengelig. Mestringsstrategiene vurderer også sannsynligheten for om en kan utøve den spesielle strategi. Mestringsstrategiene kan være av problem eller emosjonell karakter.

Mestringsressurser og mestringsstrategier kan gi beskyttelse mot sykdom og lidelse (Lazarus et al, 1984). Videre blir det beskrevet av Lazarus et al (1984), at mestringsressurser og mestringsstrategier kan gi økt kontroll. En generell tro på kontroll og en mer situasjonell tro på kontroll. Den situasjonelle kontroll kan i denne teori sees på som en prosess, men begge former for kontroll vil påvirke atferden. Felles for både Bandura og Lazarus og Folkman er at opplevelsen av kontroll vil være den sterkeste sammenhengen med mestring av den aktuelle situasjonen. Opplevelsen av kontroll spiller en vesentlig rolle i hvilken grad personen skal føle seg truet i en stressende situasjon (Lazarus et al, 1984). Bandura mener det samme når han sier at en person som har stor tro på at han kan mestre en hendelse i liten grad vil oppleve den truende eller stressende (Bandura, 1990).

2.7 Foreldrefungering ved depresjon

Med foreldrefungering menes de følelser, handlinger og holdninger som foreldrene uttrykker overfor barn i hverdagen (Berg-Nilsen, Vikan og Dahl, 2002). Det inkluderer både kognisjoner, emosjoner og attribusjoner rettet mot barnet, holdninger og verdier.

Dysfunksjonell foreldrefungering er det foreldre gjør eller ikke gjør som kan ha negativ påvirkning på barnet. Foreldrefungeringen kan bli påvirket av en rekke faktorer, inkludert foreldre karakteristikk som kjønn, kulturell og religiøs bakgrunn, personlighet, sosial klasse, psykopatologi, ekteskapstilfredshet og en rekke karakteristikk ved barnet som for eksempel temperament og oppfattet sårbarhetsfaktorer (Berg-Nilsen et al, 2002).

Forskning på psykisk sykes foreldrefungering, viser at psykisk sykdom generelt og på tvers av spesifikke diagnoser synes å innvirke på foreldreatferd og foreldreevnen (Berg-Nilsen et al, 2005 ; Mevik og Tymbo, 2000; Mathiesen og Prior, 2006; Mathiesen, Sanson, Stoolmille og

Karevold, 2009). Det er viktig å påpeke at den samme diagnosen kan virke ulikt på ulike tidspunkt i livet og hos ulike personer (Skerfving, 2005).

Det kan være problematisk å opprettholde god foreldrefungering ved psykisk sykdom, og spesielt i familier som har mange belastninger og lite sosial støtte (Karevold, Røysamb, Ystrøm og Mathiesen, 2009). Vi vet fra forskning hvordan alvorlige depressive lidelser påvirker foreldrerollen i forhold til de mest grunnleggende foreldreoppgavene som å sørge for mat, klær og omsorg (Beardslee, 2002). Det finnes mye kunnskap om de foreldrefunksjoner, som er sentrale for godt nok foreldreskap og for god nok omsorg. Det gjelder omsorgspersonens evne til å se barnet som det er, engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, evne til empati med barnet og evne til å ha realistisk forventning til barnets mestring (Killen, 2000). Det å være gode foreldre handler om å dekke både de fysiske og følelsesmessige behov til barnet i forhold til alder og utviklingsnivå. Den fysiske og følelsesmessige omsorgen skal stå i forhold til de behov barnet gir uttrykk for og ikke de voksnes behov. Evnen til å se barnet som det er, avhenger av hvordan en selv har det og hvordan barnets atferd og reaksjoner påvirker oss. Det vil si at det er et transaksjonsforhold mellom barnets og foreldrenes atferd overfor hverandre. Klarer man å se barnet for den det er vil dette føre til et godt samspill og trygg tilknytning. Det motsatte kan være tilfelle hos psykisk syke foreldre, og ”god nok” foreldrefungering kan være vanskelig å opprettholde (Killen, 2000).

Depresjon hos mor kan påvirke barnet både direkte og indirekte (Bayer, Sanson & Hemphill, 2006). Direkte ved at barnet eksponeres for emosjonell frustrasjon. Når foreldre lider av psykopatologi som depresjon, er hjemmet ofte karakterisert av sinne, irritabilitet, tristhet, skyldfølelse og håpløshet. Dette kan føre til dysregulering hos barnet. Videre påvirker depresjon hos foreldre barnet indirekte ved den oppdragelse foreldrene da gir. Selv om noen foreldre med psykisk sykdom klarer å oppdra sine barn på en positiv måte, så viser mange undersøkelser at det er en sammenheng mellom foreldrenes depresjon og problemer med å håndtere foreldrerollen. Disse foreldrene kan være overbeskyttende ettersom de er bekymret for at noe negativt vil skje med barnet. Når foreldre er frustrerte mangler de ofte energi og tålmodighet, og det er da mer sannsynlig at de vil anvende maktbruk og straff og mindre induktiv resonnement (Beardslee & Wheelock, 1994). Andre tema som kan gjenta seg er mangel på sensitivitet og emosjonell involvering. Dette reflekterer foreldrenes tilbøyelighet til å være støttende, lydhøre og møte barnet med positive følelser og atferd. Dette anses å være et

viktig aspekt ved barneoppdragelsen som vil fremme barnets empati og tilknytning (Zhou et al, 2002). Det kan bety at foreldrene ikke klarer å interessere seg eller involvere seg følelsesmessig i barnet, barnets sosiale aktiviteter, venner eller barnehage. Kommunikasjonen mellom foreldre og barn kan påvirkes, og barnet henvender seg da ofte ikke med sine følelser eller problemer til den deprimerte. Videre kan uforutsigbarhet og manglende initiativ og kapasitet til både å se barnet og håndtere den praktiske hverdag forekomme. Det er funnet økt konfliktnivå og redusert evne til effektiv problemløsning hos psykisk syke mødre. Mødrene vil derfor oftere tolke barnets atferd i mer negativ retning. Deprimerte mødre opplever derfor oftere enn andre mødre barnet som utidig og krevende (Campbell, Brownell, Hungerford, Spieler, Mohan og Blessing, 2004). Hvordan foreldrenes psykiske lidelse påvirker foreldrefungeringen avhengig også av hvordan sykdommen utspiller seg, barnets alder og utvikling og kravene som stilles foreldrene for at barnets behov skal tilfredstilles på ulike alderstrinn. I tillegg er det viktig hvordan nettverket rundt familien fungerer (Killen, 2000). Det er ingen tvil om at det finnes en sammenheng mellom psykisk lidelse hos foreldre og psykisk forstyrrelser hos barn, men sammenhengen er kun påvist å ha moderat styrke og vært relativt lite spesifikk. Beardslee (2002) beskriver at det ofte ikke foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er avgjørende for barnets situasjon, men i hvilken grad foreldreatferden er hensiktsmessig.

For den psykiske syke er det viktig at man snakker med dem om barna deres og foreldrefunksjonen (Mevik et al, 2002; Beardslee, 2002). De aller fleste foreldre er bekymret for barna sine. Særlig gjelder dette når man har en psykisk lidelse og føler at man ikke strekker til (Beardslee, 2002).

2.8 Psykoedukasjon

Begrepet psykoedukativ fremhever at formidling av kunnskap og opplæring står sentralt (Bentsen, 2003). Psykoedukative metoder, også kalt kunnskapsbaserte eller psykopedagogiske metoder har til hensikt å hjelpe mennesker med å forstå sykdomsutviklingen, behandling og mestring av tilstanden. I dette tilfelle å forstå depresjonen gjennom undervisning og veiledning tilpasset den enkelte persons situasjon. Metoden brukes om strukturerte behandlingstilbud for brukere og pårørende. Metoden hadde sitt utspring i England og USA på 70-tallet, og ble i utgangspunktet utviklet med tanke på personer med schizofreni. Psykoedukasjon som metode er grundig beskrevet og dokumentert over mange år

som en effektiv evidensbasert metode. Den blir i dag beskrevet som en svært effektiv evidensbasert metode i forhold til personer med ulike psykiske lidelser (Bentsen, 2003, Statens helsetilsyn, 2000).

Psykoedukasjon anbefales som metode for å lære ulike grupper mestringsstrategier og er nyttig i et helsepsykologisk perspektiv. Psykoedukasjon inngår ofte som en del av den kognitive behandling og er en metode som er utviklet for å kunne dekke både brukerens og de pårørendes behov for informasjon om hvordan lidelsen kan håndteres på best mulig måte. Med utgangspunkt i psykoedukasjon blir personenes behov for informasjon og støtte anerkjent. Pasienten i psykoedukativt arbeid blir invitert med i behandlingsprosessen som aktiv samarbeidspartner og metoden bygger dermed på et samarbeid mellom terapeut og pasient (Mørk & Rosenberg, 2005). Gjennom psykoedukasjon får pasienten undervisning i å mestre den eksisterende sykdomstilstand, forebygge tilbakefall og fremme rehabilitering.

Målet er at det skal fremmes et ønske hos pasienten til endring i atferd, handling eller livssituasjon gjennom strukturert undervisning. Man ønsker også i psykoedukasjon at pasienten skal få hjelp til å ta mer ansvar i eget liv (Mørk et al, 2005).

Det er vanlig at psykoedukasjon foregår i gruppe. Yalom (1995) fremhever betydningen av å behandle mennesker i grupper og presenterer åtte terapeutiske gruppefaktorer som kan ha betydning for en gruppeintervensjon. Disse åtte terapeutiske faktorene er altruisme, tilhørighet, gruppesamhold, universalitet, interpersonlig læring, veiledning og katarsis hvor en lære å uttrykke følelser, selvforståelse og nytt håp.

2.9 Kurs i depresjonsmestring (KID)

Kurs i depresjonsmestring er en psykoedukativ gruppemetode. Kursets innhold er basert på kognitiv atferdsterapi. I det kognitive perspektiv er det tankene og følelsene det arbeides med, og i det atferdsmessige perspektiv ønskes det å regulere pasientens atferd (Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979). Grunnleggende i den kognitive atferdsterapi er at det ikke er situasjoner i seg selv som avgjør hva vi føler og hvilke handlinger vi velger, men hvordan vi tolker og vurderer situasjoner (Beck et al, 1979). Underliggende er en forståelse av et nært samspill mellom sinnstemning, tanker og atferd. Der sinnstemningen søkes endret gjennom endring i

tenkning og atferd (Dalgard, Børve og Nævra, 2003). Man kan si at Kognitiv atferdsterapi er et :

- samarbeid mellom terapeut og pasient
- problemløsningsfokuset og
- endringsfokuset i tanke og handlemåte (Beck, 1976)

Kurset som brukes i denne studien er oversatt til norsk i 2003 av Odd Steffen Dalgard, Trygve Børve og Anne Nævra. Målgruppen er voksne mennesker, både kvinner og menn med milde til moderate depresjonssymptomer. Kurset kan tilbys som et tiltak alene eller det kan være et supplement til medikamentell behandling eller annen psykoterapi. Kurset er evidensbasert, og utføres ut fra en fast manual over 8 ukentlige seanser, av 2,5 timer per gang. I tillegg kommer tre oppfølgingsmøter etter henholdsvis en, to og fire måneder. Det følger med hjemmeoppgaver til hver kursdag (Dalgard et al, 2003).

Møtene skiller seg klart fra vanlige terapigrupper eller sosiale støtte grupper da hovedvekten er lagt på ny læring og innsikt gjennom undervisningstimer. Kurset består av tre hovedelementer, en kognitiv del, en atferdspsykologisk del og en sosial del.

Kognitiv del:

I den kognitive delen blir man trent i en observasjon av sine indre psykologiske prosesser hvor man identifiserer selvdestruktive tanker og endrer sinnstemning ved å arbeide med tankemønstre (Dalgard et al, 2003). Disse tankene kalles i kognitiv teori for negative automatiske tanker fordi de ofte ved en depresjon er negativt ladet (Beck, 1976). All Kognitiv terapi bygger derfor på å trene seg på å observere sine indre psykologiske prosesser. Dvs en trening i introspeksjon. Man styrker sine ferdigheter til å identifisere selvdestruktive tanker og onde sirkler (Beck, 1976). Forandringsarbeidet består i at kursleder og deltager sammen forsøker å teste antagelser og forestillinger for å se på hvilken måte de stemmer med virkeligheten, og sammen finne mulighet for ulike alternative tanke og handlingmåter. Tolkningene deles inn i to hovedkategorier, de som gir muligheter og de som skaper makteløshet (Dalgard et al, 2003). Det er deltagerens egne tolkninger og opplevelser som er viktige og ikke kursleders (Beck, 1976).

Atferdsterapeutisk del:

I den atferdsterapeutiske delen brukes aktiviteter og handling for å endre sinnsstemning. Ved økning og bruk av aktivitet, vil man kunne endre negative tolkninger og forsterke positive opplevelser. Dette er i tråd med atferdstrening i terapi (Beck, 1976). Et kjennetegn ved depresjon er en nedgang i aktiviteter som gir glede (Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985). Opplevelsen av svekket mestringsevne og dårlig selvfølelse vil føre til at man ikke har energi eller ser noen grunn til å belønne seg selv. Når den deprimerte opplever suksess ved å oppnå viktige mål, har det god effekt i å reversere et negativt selvkonsept og de negative forventninger. Mestringserfaringer øker selveffektivitet og motvirker opplevelsen av hjelpeløshet ved depresjon. Det er derfor viktig å gi mennesker med depresjon alternative tenkemåter for å øke sannsynligheten for deltagelse i gledesfulle aktiviteter. Det kan oppstå en ond sirkel hvor sinnsstemningen blir forsterket av inaktivitet og inaktivitet forsterker den depressive sinnstemningen (Munos & Ying, 1993). Alternative muligheter ved å velge aktiviteter, kan gi økt tro på egen mestringsevne. I KID brukes atferdsteknikker for å teste hypoteser om seg selv og gi mulighet for mestringserfaringer som kan være et utgangspunkt for endring av negativt selvkonsept.

Sosial del:

Det siste element i KID omhandler relasjonen til andre mennesker (Dalgard et al, 2003). Deprimerte mennesker tar mindre kontakt og føler seg ofte mindre vel sammen med andre mennesker. Hovland (2007) mener at manglende tilhørighet er sentralt i depresjonen. I noen tilfeller kan ensomhet være et resultat av en depresjon og i andre tilfeller kan ensomhet gå forut for den psykiske lidelsen (Dalgard et al, 1995). I KID blir det arbeidet med sosial kontakt (Dalgard et al, 1995). Gjennom det sosiale nettverk har man mulighet for å mobilisere hjelp og støtte fra andre, noe som forutsetter kontakt og tilhørighet (Dalgard et al, 1995). I KID kurset knyttes sosialt nettverk til begrepet sosial støtte, som kan defineres som den følelsesmessige, problemløsende og praktiske støtte en kan få fra andre, som nær familie, partnere, venner, naboer eller kollegaer (Dalgard et al, 2003). Mens det sosiale nettverket er strukturen i menneskers relasjonsmønstre, er den sosiale støtten innholdet eller funksjonen i nettverket (Dalgard et al, 2003). Studier har funnet at det er den opplevde støtten som ser ut til å være mest korrelert med helse (Sørensen, Sandanger, Dalgard & Kleiner, 2005).

I KID-kurset menes det at sosial kontakt kan virke mestringsfremmede gjennom at den gir følelsesmessig støtte, kognitiv problemløsning, praktisk hjelp og atspredelse (Dalgard et al, 2003). Det er vanlig å skille mellom de strukturelle egenskapene ved det sosiale nettverket og de funksjonelle aspektene ved selve støtten (Cohen og Wills, 1985). Begge disse elementene vil vektlegges i kurset. Strukturelle egenskaper ved nettverket reflekterer i hvilken grad individet er integrert i en sosial sammenheng, og kan begrepsfestes gjennom sosial forankring. Med dette menes personens tilknytning til lokalsamfunnet gjennom nettverk, arbeid, foreninger og det offentlige liv. Sosial kontakt kan gjennom en direktehypotese da øke deltagerens følelse av verdi og respekt. Mens en indirekte teori er at det virker stressreducerende (Sanderson, 2004).

Bakgrunn og tidligere forskning:

Bakgrunnen for depresjonsmestringskurset som brukes i denne studien er utviklet i USA av Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz og Teri (1984). Kurset var utformet slik at metoden ikke skulle være stigmatiserende, og videre at det skulle være kostnadseffektivt. Kurset ble derfor laget som et gruppetilbud. KID er en dynamisk modell hvor de ulike elementene anses å påvirke og forsterke hverandre (Lewinsohn et al, 1985).

Forskning på kurs i depresjonsmestring er ennå på et tidlig stadie, og studiene som er funnet er randomiserte kliniske forsøk som inkluderer både kvinner og menn.

Depresjonsmestringskurset til Lewinsohn, er utprøvet i Europa gjennom ODIN studien (Dowrick, et al, 2000). ODIN studien (outcome of depression in Europa) er en studie fra flere europeiske byer, deriblant Oslo som fremkom etter en epidemiologisk survey (Dowrick et al, 2000). Hovedmålet i denne studien var å fremlegge data på risikofaktorer på depressive lidelser for kvinner og menn i Europa, samt å måle effekten av to psykologiske intervensjoner. Utfallet av depresjonssymptomer ble målt ved Beck Depression Inventory (BDI) (Ayuso-Mateos et al, 2001). Resultatet fra ODIN studien viste 14 % lavere depresjonssymptomer i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Etter 12 mnd var det ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på depresjonsmåling (Dowrick et al, 2000).

Det norske modifiserte kurset blir i dag kalt kurs i depresjonsmestring (KID). Dette kurset har som det opprinnelige en psykoedukativ form og følger kursboken "Å mestre depresjon"

(Dalgard et al, 2003). Dalgard et al (2003) har videreutviklet metoden og mente at problemene i ODIN-studiene kunne være høy refusjonsrate pga at deltagerne ikke selv hadde søkt behandling og derfor var mindre motivert til endring (Dalgard, 2004).

Det er kun blitt funnet en norsk studie av kurs i depresjonsmestring (Dalgard, 2004). Utvalget i denne studien var 155 personer, både kvinner og menn som var motivert og selv hadde søkt behandling. Kursleder og koleder var psykiatiske sykepleiere. Deltagerne ble vurdert til å ha en klinisk depresjon og deltagerne hadde en skår på Beck Depression Inventory (BDI) på over eller lik 10 ved start (Dalgard, 2004). Deltagerne ble randomisert i to grupper. Resultatet viste at intervensjonsgruppen hadde en signifikant større bedring enn kontrollgruppen 6 mnd og 12 mnd etter kurset (Dalgard, 2004). Forskjellen var signifikant på 0.001 (Dalgard, 2004).

Andelen som hadde BDI skår på <10 etter 6 mnd var 36 % i intervensjonsgruppen og 20 % i kontrollgruppen. Det var ingen forskjell mellom kjønn i resultatet, men kursets effekt så ut til å være størst ved moderate depresjoner (Dalgard, 2004). Det viste seg også at både for kvinner og menn hadde mesteparten av bedringen funnet sted i løpet av de første 8 ukene (Dalgard, 2004). Bedringen synes effektivt på depresjon med relativt lang varighet og der andre typer behandling har hatt liten eller ingen effekt (Dalgard, 2004). Dalgard (2004) peker på at den norske modifiserte kursets effekt ser ut til å ligge på samme nivå som tidligere undersøkelser av den opprinnelige behandlingsformen. Ut fra det opprinnelige ”coping with depression course” til Lewinsohn et al (1984) er det også utført flere metaanalyser som viser at kurset effektivt reduserer symptomer på mild til moderat depresjon (Kuhner, 2003, Cuijpers et al, 2007). Cuijpers, Smit, Van Straten og Warmerdam (2007) har i sin metastudie inkludert syv ulike studier med til sammen 700 personer både kvinner og menn. I denne metastudie var deltagerne ikke diagnostisert til å ha en klinisk depresjon, men alle hadde depresjonssymptomer etter kriteriene i ICD-10 (WHO, 2000). I Cuijpers (2007) metastudie ble effektstørrelsen beregnet til 0.42 (95 % CI: 0,23 -0. 60). Seks måneder etter avsluttet intervensjon ble effekt størrelsen målt til 0.17 (95 % CI:-0.11-0.45), og var ikke lenger signifikant. Etter 1 år ble effekten beregnet til 0,16 (95 % CI: -0.2-0.35). De tidligere studiene som er funnet er foretatt i en populasjon blant både kvinner og menn som er klinisk diagnostisert. Det er kun i meta studien til Cuijpers et al, (2007) utvalget ikke er klinisk diagnostisert. Ingen av de tidligere studiene som er funnet er utført av helsesøstre, sykepleiere, i forebyggende virksomhet, eller inkluderer kun kvinner eller småbarnsmødre.

2.9.1 Opplæring og veiledning av kursledere

KID i Norge er ment som et lavterskeltilbud som egner seg for primær og sekundærhelsetjenesten. Kurset er rettet mot mennesker som har milde til moderate unipolare depresjoner (Dalgard, 2004). Kurset tilbys i dag i et stort antall kommuner. Det tilbys også i enkelte kommuners forebyggende virksomhet.

For å kunne drive depresjonsmestringskurs, må man minimum ha en bachelorgrad med helsefaglig bakgrunn. Det kan dermed være ulike yrkesgrupper som blir utdannet kursledere. Blant annet leger, psykologer, sosionom, sykepleiere osv. Kurslederne i denne studien har en grunnutdanning i sykepleie og videreutdanning i forebyggende helsearbeid.

Alle kursledere må gjennom et 36 timers opplæringsprogram som er drevet av Kommunal kompetanse, bestående av tre faser. Teoretisk opplæring, samt egen deltagelse i kurs, trening på kursleder rollen ved å holde kurs for hverandre, og ledelse av kurs under veiledning. Kurs må gjennomføres på egen arbeidsplass innen 1 år etter opplæring (Rådet for Psykisk helse, 2008). Kursleder kursene blir støttes økonomisk av sosial og helsedirektoratet (Rådet for Psykisk helse, 2008). Kurslederne blir etter disse trinnene godkjente kursledere og tilbys videre veiledning og oppfølging to ganger i året gjennom kommunal kompetanse. Kurslederne i denne studien har mulighet til å søke veiledning hos psykisk helsetjeneste i kommunen ved behov. Et slikt samarbeid vil styrke tilbudet.

3 Design og metode

Det vil i dette kapittelet redgjøres for valg av design og datainnsamlingsmetode. Videre beskrives instrumentene, manualen som er benyttet og hvordan datamaterialet er samlet inn og analysert. Til slutt vil studiens reliabilitet og validitet bli belyst.

3.1 Design

Denne studiens problemstilling vil besvares kvantitativt med et kvasi eksperimentelt design med pre- og posttest uten kontrollgruppe. Betegnelsen design beskrives som den overordnende planen eller strukturen i den datainnhenting som brukes i en undersøkelse (Lund, 2002). Ved at forskeren har en strategi og retningslinjer for innsamling av data kan dataene bli nøyaktige og tolkbare (Polit & Beck, 2004). All forskning krever en nøyaktig og systematisk planlegging av hele forskningsprosessen. Det kvasi eksperimentelle design er et strukturert design, men man har mindre kontroll i dette design enn i ekte eksperimentelle design (Lund, 2002). Etter å ha overveid ulike metodiske design opp mot egen undersøkelse, ble det kvasi eksperimentelle design uten kontrollgruppe vurdert som mest relevant for egen studie og problemstilling. Tidligere forskning om undervisning til pasienter med psykiske lidelser, vises det at informasjonen ikke nødvendigvis blir oppfattet, forstått og etterlevd. Det kan derfor være nyttig i psykoedukative tiltak å kartlegge ved å administrere spørreskjema før og etter undervisning er gitt (Fristad, Goldberg-Arnold & Gavazzi, 2002).

Et av kjennetegnene ved et kvasi eksperimentelt design, er at eksperimentet er knyttet opp mot et feltarbeid eller en intervensjon mot et bestemt utvalg. Valg av design har dermed sammenheng med en samlet vurdering av eget prosjekt som kjennetegnes ved:

- Et utvalg som består av en liten gruppe, der det ikke er opprettet en kontrollgruppe
- Studiens problemstilling
- Hensikten med studien
- Hvilke type data som skal innhentes og hvordan dataene skal innhentes.
- En tidsramme som gir mulighet til rekartlegging og retesting
- Et intervensjonsaspekt og fokus mot ny viten

Forskeren beskriver vanligvis intervensjonen, hvilke sammenligninger som skal gjøres og hvilke metode som skal benyttes for å kontrollere utenforliggende variabler. Forsker beskriver

også når data skal samles inn, hvem respondentene er og hvilken informasjon som skal gis allerede før innsamling av data (Polit et al, 2004).

Hensikten med designet er at man på bakgrunn av eksisterende kunnskap beskriver forekomst, frekvens, antall, og karakteristika ved et fenomen som bearbeides i statistikk og presenteres i form av tall. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. I følge Lorentsen, Housgaard & Østgaard-Nilsen (2003), er det viktig å bruke en metode som avdekker endring som et resultat av intervensjonen. Validitet av studien avhenger av i hvor høy grad av kontroll en har (Lund, 2002).

Designet i denne studien har pretest og posttest på flere grupper. Data ble samlet inn før intervensjonen startet (pretest), ved intervensjonens avslutning (posttest) og igjen 4 mnd etter avsluttet intervensjon. De data som er innhentet ved alle måletidspunkt er grad av depresjon og mestringsforventning. I tillegg til deltagerne evaluering av intervensjonen ved gruppeslutt.

Pretest er måling av deltagerne situasjon før intervensjonen starter. Dette målepunkt gir en indikasjon ved basislinjen hos deltagerne og fungerer som et sammenligningsgrunnlag for endring i løpet av intervensjonen. Posttest er når deltagerne er ferdig med intervensjonen etter 8 uker. Dette er et sentralt målepunkt fordi det gir en indikasjon på endring deltagerne har oppnådd i løpet av intervensjonen. Måletidspunktet som er 4 måneder etter intervensjon gir en indikasjon på styrken/varigheten av eventuelle endringer som er oppnådd etter intervensjonen.

Evaluering av KID-kurs innebærer en liten gruppe forsøkspersoner. Det er ikke opprettet en kontrollgruppe som kan bidra til å underbygge og verifisere resultatene. Randomisering til eksperimentgruppe og kontrollgruppe ville kunne ført til at faktorer det ikke kan kontrolleres for, fordeles likt på disse to gruppene. Men ved å sammenligne kartlegging tatt i oppstartfasen (pretest) med kartlegging tatt i slutfasen (posttest) og 4 måneder etter avsluttet intervensjon, vil en kunne anta om det har skjedd en endring. I et kvasiekperimentelt design uten kontrollgruppe, har man liten kontroll over hvilke påvirkninger som egentlige skaper endringer eller kausale effekter.

Det kvasiekperimentelle design har sin styrke i at det praktisk og etisk har større gjennomførbarhet enn et ekte eksperimentelt design, spesielt innen klinisk sykepleieforskning (Harris et al, 2006). Og svakheten er de store utfordringer i forhold til indre validitet fordi hver deltager er unik og forskjellig både sosialt og kognitivt. De modnes i

ulikt tempo og rammebetingelsene rundt dem vil også være annerledes (Polit et al, 2004; Lund , 2002). I den kliniske hverdagen på helsestasjonen oppleves det som etisk problematisk å gi tilbud til noen og ikke til andre. Det er derfor av praktiske og etiske hensyn ikke hentet data fra en kontroll gruppe. På grunn av utvalgets størrelse er denne studien valgt å gjøre som en pilotstudie. I følge Lorensen (1998) skal antall respondenter i en pilotstudie være fra 10-30 personer. Det kan det være hensiktsmessig å gjøre en pilot studie hvor design og metode prøves ut slik at en kan foreta endringer før en større studie iverksettes (Lorensen, 1998). I denne studien er det 30 respondenter slik at grunnlaget for å utføre en pilotstudie er ivaretatt.

3.2 Valg av datainnsamlingsmetode

Polit et al (2004) beskriver at før man velger metode er det mange forhold som må planlegges. Man må først klargjøre hensikt og problemstilling. Videre må man gjennomgå eksisterende kunnskap om tema som skal studeres. På dette stadiet er det allerede foretatt en reduksjon av data. Kvantitativ metode kan i følge Polit et al (2004) anvendes for å beskrive effekt av en intervensjon. Derfor er det i denne studien vurdert at kvantitativ metode og bruk av spørreskjema, som den mest hensiktsmessige metode.

Ved å bruke kvantitativ metode får man frem harde data av beskrivende karakter, i motsetning til ved en kvalitativ tilnærming hvor en ville fått frem data om utvalgets subjektive erfaringer, tanker og opplevelser relatert til intervensjonen (Polit et al, 2004).

Denne studien strekker seg over en periode på to år. Datainnsamlingen foregikk fra oktober 2008 til juni 2009. Det betyr at endringer som skjer også kan være forårsaket av andre faktorer som ikke lar seg kontrollere i studien (Polit et al, 2004). Data ble hentet før oppstart av intervensjonen (pretest), ved intervensjonens slutt, dvs etter 8 uker (posttest) og på nytt 4 mnd etter intervensjonens slutt.

I en studie hvor en evaluerer en klinisk intervensjon, er det også viktig at deltagerne evaluerer tilbudet og kan foreslå eventuelle endringer som bør gjøres. Ved å evaluere de intervensjoner som gjøres i praksis og samtidig få frem deltagernes mening vil en kunne gjøre forskningen mer tilgjengelig for praksis.

3.3 Utvalg og rekruttering

I følge Polit et al (2004) vil man i kvantitativ forskning tilstrebe og velge ut respondenter slik at en senere kan generalisere funnene til større utvalg. Ved å benytte et sannsynlighetsutvalg i utvelgelsen av respondenter vil en i etterkant kunne generalisere funnene med større grad av nøyaktighet. Ved ikke å basere seg på sannsynlighets utvelging vil utvalget ikke på samme måte kunne være representativt (Polit et al, 2004). Men på grunn av en begrenset tidsperiode til denne masterstudien, velges det likevel å bruke et ikke- sannsynlighetsutvalg hvor forsker undersøker tre KID-kurs på egen arbeidsplass.

Da respondentene er fra tre ulike grupper, vil overføringsverdien antas å være noe sterkere enn om man bare hadde deltakere fra en gruppe. Men svakheten i denne studien er at deltagerne ikke nødvendigvis er representative for resten av populasjonen slik at en senere kan generalisere funnene. Men en kan i følge Polit et al (2004) etablere sterke antagelser om intervensjonen.

Utvalget er 30 kvinner som er mødre. De har depresjonssymptomer og har skåret på milde til moderate depresjonssymptomer i Beck Depression Inventory (BDI). Det var ingen krav til at de tidligere hadde fått stilt en klinisk diagnose. Rekruttering foregikk gjennom deltageres kontakt med helsestasjonen eller den forebyggende virksomhet i kommunen. Mødrene ønsket selv å delta i depresjonsmestringskurs fordi de opplevde seg deprimert.

Det ble gjennomført en individuell samtale med mødrene før intervensjonen startet. I løpet av denne samtalen ble det vurdert egnethet til å delta på kurset. En av forutsetningene for å delta er at en viser tilstrekkelig grad av konsentrasjon og oppmerksomhet til å kunne nyttiggjøre seg av informasjon som blir gitt og til å kunne gjennomføre hjemmeoppgavene. Deltagerne bør også forstå og snakke norsk for å kunne få nytte av kurset. Deltagerne kan ikke ha suicidal tanker når man starter på kurset.

Utvalget er fordelt på tre grupper, da det i manualen er anbefalt å drive grupper med maks 12 deltakere i hver gruppe (Dalgard et al, 2003).

Alle deltagerne ble informert skriftlig og muntlig om studien ved rekruttering. Og skriftlig samtykke ble gitt. Alle ble ekplisitt gjort oppmerksom på at all informasjon ble konfidensielt behandlet og at deltagelse var frivillig. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg når de ønsket uten å oppgi noen grunn.

3.4 Instrumenter

I denne studien brukes tre ulike instrumenter. I tillegg er det innhentet demografiske data om kjønn, alder, sosial status, utdanning, antall barn og annen medisinsk behandling.

Becks Depression Inventory (BDI).

Selvreporteringskjemaet Beck Depression Inventory -BDI , er opprinnelig utarbeidet av Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961). Ny versjon av BDI ble utgitt i 1987, og dette skjema anvendes i denne studie (Beck & Steer, 1987). Den norske oversettelsen ble foretatt i 1997 av Tore Stile (vedlegg 6).

BDI er et 21-elements selv-rapporterings instrument, utviklet for å gi informasjon om utbredelse av symptomer som inngår i depresjonen. Leddene i skalaen er i overensstemmelse med kriteriene for vurdering av depresjon i American Psychiatric Associations Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV). Instrumentet er et akseptert instrument for å vurdere grad av depresjon hos diagnostiserte pasienter eller for å oppdage mulig depresjon innenfor normalpopulasjonen. Instrumentet kan ikke brukes for å stille diagnosen depresjon alene, men utelukkende til å vurdere en symptombelastning ved depresjon. Instrumentet er anbefalt fra alderen 13 år og oppover til voksen alder (Beck et al, 1987; Beck , Steer & Garbin, 1988).

BDI-skjema måler både fysiologiske og kognitive symptomer på depresjon (Beck et al, 1961; Beck et al, 1988). Den kognitive delen har temaene negative tanker, likegyldighet, skyldfølelse, følelse av straff, selvkritisk, nedvurderende av seg selv, verdiløshet, selvmordstanker eller ønsker om selvmord. Den somatiske delen tar opp temaene tristhet, tap av utseende, gråting, aggresjon, tap av interesse, tap av energi, initiativ, søvn, irritabilitet, appetitt, konsentrasjon, vanskeligheter med å utføre oppgaver, trøtthet og nedsatt seksuell interesse. Spesiell oppmerksomhet bør vies til spørsmål 2 og 9. Da disse kan predikere eventuelle tanker om selvmord (Beck et al, 1987)

Man vurderer de depressive symptomer på en skala fra 0-3, hvor klinisk tolkning av score oppnås gjennom refererte prosedyrer som benytter følgende verdiområder: Score fra 0-9 poeng; ingen klinisk symptomer på depresjon. Poeng 10-18; er mild til moderat depresjonssymptomer og 19-29; er moderat til alvorlig depresjonssymptomer, 30-63 er

alvorlig depresjonssymptomer. Total score kan variere fra 0 til 63. Lav score reflekterer lav grad av depresjonssymptomer (Beck et al, 1987).

Skjemaet er enkelt å administrere og beregnet utfyllingstid er på 5-10 minutter. Cut off score på BDI <10 (Beck et al, 1987). Becks Depression Inventory er sensitivt for endring og viser god validitet og reliabilitet (Beck et al, 1988). Med en Chronbachs alfa på .85 vises det at temaene i spørreskjema er høyt korrelert med hverandre. Test-retest avdekker god reliabilitet på .60 til .90 og videre en split half på .58 til .93 (Beck et al, 1988).

General Self- Efficacy (GSE):

Selvrapporteringskjema Self – Efficacy er et 10-punktsskjema for voksne og ungdom. Opprinnelig er skjemaet utviklet av Schwarzer og Jerusalem i 1993, men det er senere blitt oversatt til 26 språk. Den norske oversettelsen er foretatt av Leganger, Kraft og Røysamb (2000) (Vedlegg 7). I skjemaets 10 testledd måler man pasientens tro på at de har tilgjengelig mestringsstrategier for ulike vanskeligheter/stressorer. Instrumentet har 4 svaralternativ: Hvor 1 - er helt galt, 2-nokså galt, 3-nokså riktig og 4-helt riktig. Tema i skjema er hvordan man løser vanskelige problemer. Hvor trygg man føler seg i stressende situasjoner og hvordan man opplever å mestre problemer eller stressende hendelser.

Skjemaet er enkelt å administrere og beregnet utfyllingstid er 4 min. Sluttskår kan variere fra 10-40 poeng (Shwarzer et al, 1993). Det finnes ingen cut-off score på dette instrumentet (Shwarzer et al, 1993). GSE-skalaen viser tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Leganger et al, 2000). Det har også vært et benyttet instrument i en rekke nasjonale og internasjonale studier og har vist gode psykometriske egenskaper i norske kliniske utvalg (Leganger et al, 2000). GSE-scala har god reliabilitet og Cronbachs alpha er blitt målt fra .76 til .90. Det er også et instrument som viser høy inter-reliabilitet målt ved split-half på .79 (Luszyńska et al, 2005)

Evalueringskjema:

Evalueringskjemaet er opprinnelig utarbeidet av psykiater Tytti Solantus i 2004. Skjemaet ble brukt i en Finsk studie for evaluering av en gruppeintervensjon i familier med psykisk syke foreldre. Tillatelse til å bruke skjemaet og tilpasse det til denne studien er gitt av forfatteren.

Skjemaet har totalt 18 spørsmål. Spørsmålene er en kombinasjon av faste svaralternativer og mulighet for egne uttalelser ved åpne svaralternativer. Ved faste svaralternativer anvendes en Likert skala fra 1-4 og 1-5.

Spørsmålene i skjema handler om deltageres vurdering av ” nytteverdi ” av undervisning og informasjon. Hvilke virkninger og konsekvenser kurset har hatt, da også i forhold til den deprimertes barn. Til slutt evalueres kurset i sin helhet, hvor enkelte av spørsmålene er hvordan det har vært å møte andre deprimerte, om kurset har forårsaket skade eller negativ virkning og hvilke forslag til endring som kan forbedre kurset? Evalueringsskjema fylles ut etter kursslutt (Vedlegg 8).

3.5 Manual for intervensjonen

Intervensjonen er en evidensbasert metode, kalt kurs i depresjonsmestring (KID) og utføres ut fra en bestemt manual (Dalgard et al, 2003).

Manualens innhold:

Intervensjonen inneholder en kognitiv del, en atferdspsykologisk del og en sosial del. De tre hovedelementene er fordelt i 8 ulike tema,(dvs et tema for hver kursdag) som er:

Dag 1: Introduksjon, formål med kurset. Depresjonens årsaker og symptomer.

Dag 2: Tolkninger og tanker påvirker hva vi føler og gjør

Dag 3: Endring av tolkninger

Dag 4: Handlinger påvirker følelser

Dag 5: Å øke antall hyggelige aktiviteter

Dag 6: Vi påvirkes av kontakten med andre

Dag 7: Økt sosial kontakt

Dag 8: Hvordan bruke kurset videre- forebygging av depresjon (Dalgard et al,2003)

Dag 9, 10 og 11 er oppfølgingsmøter ca 1mnd, 2 mnd og 4 mnd etter intervensjonens slutt. I oppfølgingsmøtene blir stoffet repetert, men innholdet for øvrig avhenger av hva deltagerne ønsker å ta opp. På alle kursdagene er problemløsning og mestringsstrategier tema.

Problemstillingene som blir tatt opp er hentet fra dagliglivet til deltagerne. Alle deltagerne oppfordres til å komme med eksempler og komme med løsningsforslag som skal prøves ut til neste møte. Til sammen gjennomføres det 11 samlinger på 2,5 time over en tidsperiode på 6 måneder. På hver samling sitter deltagerne i ring rundt et bord. Det serveres te, kaffe og frukt.

Kurslederne tilstreber en balanse mellom å holde seg til tema for møtet og tillate diskusjon, egne erfaringer og spontane spørsmål. For mange avbrudd kan gå utover de oppsatte tema for møtet slik at disse ikke blir grundig nok behandlet. På den annen side kan det bli frustrerende hvis kursleder er for rigid. Og en kan også da miste muligheten til å få frem gode eksempler på problemene. Kursleder må derfor være oppmerksom på begge disse behov.

Når diskusjon og erfaringer kommer frem tar ikke kursleder standpunkt til den informasjonen som deltagerne gir. Men lytter og viser til hva litteratur og forskning viser om tema. Det argumenteres aldri for eller imot.

Før dagens tema blir presentert, vektlegges repetisjon av forrige ukes tema og gjennomgang av hjemmeoppgaver. Det vil alltid være to kursledere på hver kursdag. En leder samlingen og den andre vil være koleder. Koleders oppgave er å hjelpe kursleder og deltager om nødvendig. Ellers skal koleder observere samlingen og gi støtte. Gjennom KID-kurs ønsker man å reversere den negative sirkelen og lære deltagerne effektive problemløsende strategier for mestring på det kognitive, atferdsmessige og sosiale plan (Dalgard et al , 2003). Manualen beskriver modeller og teknikker som skal brukes for å illustrere eksempler gjennom hele intervensjonen. Målet er at deltagerne skal endre kognisjoner, aktivitet og sosial kontakt.

Kognitive endringer:

Teknikkene for å gjenkjenne og å arbeide med å endre negative kognitive tanker i KID, bygger på elementer fra Beck et al.(1967). Modellen som brukes i kurset for å forklare hvordan tolkning påvirker følelser kalles ABC og ABC-D modellen (Fig 2 og Fig 3)

Fig 2

ABC modell

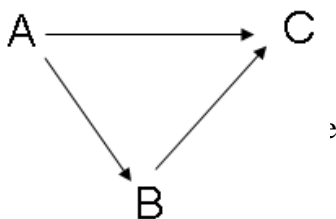
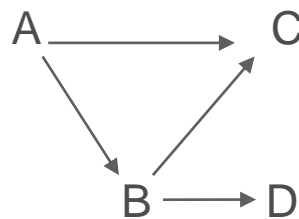


Fig 3

ABC – D modellen



A-en står for aktiverende (activating) hendelse, B-en for tolkninger/antagelser (beliefs) og C-en for konsekvenser, eller den følelsen som oppstår (consequences) og D-en står for

diskusjon(disput). Det er B-en, altså våre tolkninger av situasjonen som bestemmer hvordan vi opplever A- situasjonen, og dermed også våre C-følelser (Dalgard et al,2003). B-en blir beskrevet i kurset som automatiske tanker, og ofte negative automatiske tanker fordi de ikke er bevisst men kommer automatisk. Det kan derfor synes som om følelsene er skapt av situasjonen og ikke egne tanker. For at deltagerne skal forstå hvordan våre tolkninger påvirker våre følelser brukes denne modellen gjennom hele kurset. Kursleder og deltagere kommer med eksempler fra hendelser eller situasjoner som illustreres i modellen. D-en viser hvordan man kan jobbe med å endre sitt negative tankemønster. Man diskuterer med seg selv om de tanker og tolkninger man har er korrekt, eller om det finnes alternative muligheter. Det vil hele tiden tilstrebes å gjøre deltagernes eksempler generelle.

I tillegg til modellene innføres det 9 konkrete mestringsstrategier og teknikker. Disse teknikker er: Å tenke på sine gode sider, selvbelønning, tankeavbrytelse, sette av tid til å bekymre seg, oppblåsningsteknikk, det verste som kan hende, tidsforskyvning, pause og selvinstruksjon (Dalgard et al, 2003)

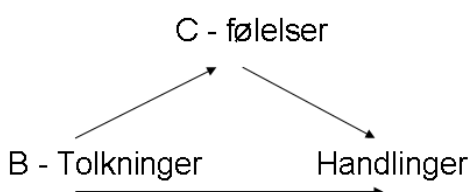
Aktiviteter/endring av atferd:

I den neste del av kurset vektlegges det at vi påvirkes gjennom handling (Dalgard et al, 2003).Deltagerne lager kortsiktige og langsiktige mål for å endre atferd. De planlegger å øke hyggelige aktiviteter. Da det ofte er vanskelig for deprimerte mennesker å finne aktiviteter som gir glede, er det i kurset en liste over aktiviteter som mange finner glede i.

Atferdsteknikkene brukes dermed for å teste ideer eller hypoteser om seg selv, og gir muligheter for mestringserfaringer som igjen er utgangspunkt for endring av et negativt selvkonsept (Dalgard et al, 2003). For å forklare hvordan handlinger og atferd påvirker følelser, brukes mestringsmodellen som vist i Fig 4.

Fig 4

Mestringsmodellen

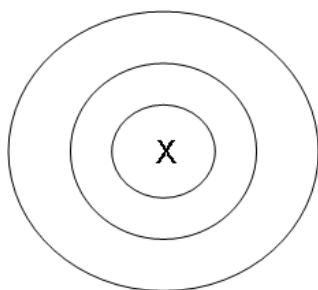


Sosial del:

Den sosiale del av kurset går på å motivere til refleksjon over samspillet med andre, kvantitet og kvalitet i eget nettverk. Det fokuseres også i denne del på selvhevdelse. Det brukes en nettverks sirkel som vist i Fig 5, for å bevisstgjøre deltagerne på det sosiale nettverk. Den deprimerte plasserer seg selv i midten av sirkelen. I første ring tegner man inn sitt nærmeste nettverk. Sirkel to, er de mennesker man har noe sjeldnere kontakt med og anser å være noe mindre nær, osv. Noen vil se at de trenger å øke sin sosiale kontakt, og kanskje få personer fra sine ytterste sirkler nærere og motsatt at mennesker som en har konfliktfylte relasjoner til og som virker som stressorer kan en bevisst skyve lengre ut i sirklene. Det undervises om sosial kontakts betydning for psykisk helse.

Fig 5

Nettverksirkel



3.6 Reliabilitet og validitet

Både reliabilitet og validitet er viktig for å sikre god kvalitet på studien (Polit et al, 2004).

Reliabilitet:

Polit et al (2004) beskriver reliabilitet til hvor nøyaktig og konsekvent informasjonen er innhentet. Det betyr at reliabilitet er å redusere feil og avvik i en undersøkelse. Statistisk reliabilitet vil da referere til sannsynligheten for å få frem de samme resultatene med de samme måleinstrumentene til en annen gruppe. Og videre om resultatene har betydning utover den gruppen som måles (Polit et al, 2004).

Det er i hovedsak tre faktorer som påvirker målingene og dermed begrenser reliabiliteten ved målingen (Rothstein & Echternach, 1993). Det er

- Måleinstrumentet

- Personen som utfører målingen
- Individet som måles

Måleinstrumentet: I denne studien benyttes tre ulike instrumenter. Instrumentene som er benyttet er Beck Depression Inventory (BDI), General Self Efficacy (GSE) og et evalueringsskjema. Som tidligere beskrevet under instrumentene viser BDI og GSE god reliabilitet og validitet (Beck et al, 1988; Luszczynska et al, 2005). Evalueringsskjemaet er ikke testet for reliabilitet, og det er derfor usikkert hvorvidt det er nøyaktig nok. Svarene fra dette skjema må derfor tolkes med varsomhet.

Personen som utfører målingen: For at skåringene skal bli utført korrekt og bli meningsfull kreves det blant annet at en har en god skåringsforståelse og at en kjenner manualen godt. Variasjoner i forhold til selve måleinstrumentet, henspeiler seg også på prosedyren rundt selve testen og standardiseringen av denne. I denne studien er det erfarne skårere som har jobbet i mange år, har både en grundig teoretisk og praktisk opplæring i skåringsverktøyet og videre benyttet manualene for de standardiserte instrumentene.

Individet som måles: Ved innsamling av data er det forsøkt å redusere bias ved at de ferdig utfylte skjemaene legges i en lukket konvolutt og leveres i en boks, slik at de ikke leveres direkte til helsesøster eller forsker. Det vil dermed kunne redusere at dataene blir besvart på en slik måte at de skal tilfredstille forsker og helsesøster. Ved selve utfyllingen, er det også tatt hensyn til de fysiske omgivelsene. Dvs at under utfylling har deltagerne sittet i et lyst og luftig rom uten telefonringing eller annen støy. Deltagerne har fått god informasjon om hvordan instrumentene skal fylles ut og de har fått bruke den tid de har trengt.

I alle typer datasett vil det være feil som kan svekke reliabiliteten til undersøkelsen. Polit et al (2004) viser til at tilfeldige feil og målefeil er de to vanligste. Både seleksjon av utvalg og hvor nøyaktig svarene er avgitt kan gi opphav til tilfeldige feil. Når jeg skulle selektere et utvalg måtte det av hensyn til tidsrammen for oppgaven foretaes et hensiktsmessig utvalg. Det er i denne studien forsøkt å gi tilstrekkelig informasjon om de enkelte variabler for å redusere feil.

Validitet

Polit et al (2004) beskriver validitet som i hvilken grad et instrument måler det den sier at den skal måle. Videre blir begrepet delt inn i indre og ytre validitet.

Indre validitet:

Med en indre validitet menes i hvilken grad den uavhengige variabelen påvirker den avhengige variabelen og ikke utenforliggende faktorer (Polit et al, 2004). Når det i denne studien er valgt et kvasiekperimentelt design, er det mindre kontroll enn i eksperimenter med et randomisert utvalg og kontrollgruppe. Men det er likevel prøvd å styrke den indre validitet ved å beskrive datainnsamlingen, utvalg og analyseprosessen. Innenfor det kvasiekperimentelle design, finnes ulike metodologiske prinsipper som kan gi alternative forklaringer på resultatet. Og i denne studien vil det være en rekke faktorer som påvirker utfallet (Polit et al, 2004). Faktorene som kan påvirke resultatet vil videre beskrives.

Tid og modning - I tidsrommet mellom pretest, posttest og 4 mnd etter intervensjon, kan det ha skjedd en endring hos deltagerne som kan være forårsaket av helt andre faktorer enn selve intervensjonen. Jo større tidsintervall mellom målingene, jo større forekomst av modning kan forekomme (Lund, 2002). Modning er en endring eller forandring på det personlige plan, utfra ulike hendelser i livet som ikke har noe med depresjonsmestringskurset å gjøre. Det kan med andre ord være helt andre miljømessige eller biologiske forhold som fører til om en person modnes. Noen av deltagerne i studien fikk også annen behandling parallellt, både medisiner og psykoterapi. Dette vil også kunne gi innvirkning på deres modning. Hvorvidt medisiner hos enkelte har påvirket resultatet er uvisst. Men det er et moment som bør poengteres da det er en mulig trussel i kausale undersøkelser.

Bias- I følge (Polit et al, 2004) kan det kvasiekperimentelle design gi mange bias. Med bias menes tilfeldige og systematiske påvirkninger som fører til feil i resultatet (Polit et al, 2004). Bias i denne studien kan ha blitt påvirket av deltagerens tilknytning til helsestasjonen og kjennskap til helsesøster i andre relasjoner enn kurset. Det kan det være at noen av deltagerne ville fremheve flere positive sider ved intervensjonen enn hva som faktisk opplevdes. Eller det kan ha påvirket svarene ved at de vil fremstå i et mer positivt lys ved å svare i mer positiv retning. Mange av de deprimerte foreldrene uttrykker takknemlighet for å kunne bli med på et

lavterskeltilbud som KID representerer. Så høy skår kan også være en måte å vise takknemlighet på.

Instrumentering - To av spørreskjemaene er standardiserte, mens evalueringsskjema er mindre utprøvd og blitt bearbeidet for denne studien. Selve måleinstrumentet og prosedyren kan svekke den indre validitet og gi feil resultat for skjema som ikke er standardisert (Lund, 2002). Det er tilstrebet å finne den beste kunnskap og mest aktuelle kunnskap for å utarbeide gode redskaper, men det kan ha vært benyttet feil eller begrenset søkeord som vil kunne påvirke kunnskapen, bearbeidelsen og igjen gi en bias. Resultatene fra evalueringsskjema må derfor tolkes med varsomhet.

Frafall- Studier som opplever frafall av enkeltpersoner, kan føre til konsekvenser for studiens indre validitet (Lund, 2002). Det var i denne studien ingen frafall etter studiens start, og alle skjema ble levert på alle måletidspunkt.

Ytre validitet:

En undersøkelse har god ytre validitet om funn kan generaliseres (Polit et al, 2004). Den første svakheten ved valg av et kvasiexperimentelt design, er at det ikke kan generaliseres som randomiserte studier (Lund, 2002). I denne studien undersøkes et bekvemmelighetsutvalg, hvor en ikke kan si noe om hvor representativ gruppen er i forhold til alle med depresjonssymptomer som får tilbud om KID-kurs. Ved et kvasi-eksperimentelt design, kan det være mange systematiske og tilfeldige påvirkninger som fører til feil i resultatet. Intervensjonen er en evidensbasert metode og det er tiltross for generaliserbarheten likevel valgt å bruke et slikt design da denne modellen ikke er testet ut på denne gruppen pasienter. I vurdering av andre design med kontrollgruppe, ble det reist en etisk problemstilling ved å skulle tilby intervensjonen til noen og utelukke eller forskyve tilbudet til andre. Men for å styrke validiteten, er det prøvd å gi en fyldig metodebeskrivelse og resultatet er sammenlignet med tidligere forskning og undersøkelser på lignende grupper. Studien har også et lite antall deltagere og er utført som en pilot. En kan dermed ikke generalisere på lik linje med studier med større utvalg. I denne studien har hensikten vært å se om intervensjonen oppnår en tilsiktet effekt, men ikke nødvendigvis å generalisere resultatene fordi materialet ikke er representativt i statistisk forstand. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet og vise til antagelser.

3.7 Tilgang til forskningsfeltet og etiske refleksjoner

I min jobb som helsesøster i kommunen, er en del av mitt arbeid å drive KID-kurs for deprimerte foreldre. Oppstart av kurs i depresjonsmestring (KID kurs) startet høsten 2006 og intervensjonen har siden vært en del av det ordinære helsestasjonstilbudet.

Før oppstart av studien ble det sendt skriftlig forespørsel til avdelingsleder for forebyggende helsetjenester i kommunen. Tillatelse til å utføre studien ble gitt (Vedlegg 1). Det ble til informasjon sendt en kopi av forespørselen til virksomhetsleder i forebyggende helsetjenester. Personvernombudet i kommunen ble kontaktet og informert.

Gjennomføring av KID-kurs tar 6 mnd fra start til slutt. For at tidsrammen skulle bli forenelig med denne studien, klarte vi å gjennomføre 3 grupper. Studien evaluerer derfor til sammen 3 grupper, hvor første gruppe startet høst 2008 og siste gruppe var høst 2009.

Alle deltagerne hadde samtykkekompetanse. Og det ble forespurt om deltagelse både skriftlig og muntlig. De som ønsket å delta i studien fikk utdelt et informasjonsskriv og ble videre bedt om å underskrive et skriftlig samtykke (Vedlegg 2 og 3). Informasjonen ble gjentatt fortløpende under prosjektet og igjen ved prosjektets slutt. I all informasjon ble det understreket at målet med studien var å skrive en masteroppgave. Det ble videre informert om at deltagelsen var frivillig, at en kunne trekke seg fra undersøkelsen når en måtte ønske. Alle deltagerne fikk informasjon om at en beslutning om å trekke seg i undersøkelsen, ikke ville få noen behandlingmessige konsekvenser for dem nå eller ved senere tidspunkt.

Det ble også informert om at konfidensialiteten ville bli ivaretatt ved at dataene ble av-identifisert og lagret på et sikkert datasystem. Alle data ble oppbevart innelåst i et sikret system og adskilt fra deltagerlisten på kurset. Dette for å sikre at data og navn ikke kunne sammenkobles. Hver deltager fikk en kode- som var et tall slik at skjemaene ikke inneholdt navn eller kunne gjenkjennes. Innsamling av data ble foretatt av andre enn forsker. Svarene ble lagt i lukket konvolutt og videre i en lukket boks, slik at innsamler ikke kunne se hver enkelts svar. Dette var også med på å kunne sikre at svarene ble så oppriktige som mulig og ikke for å tilfredsstille kurslederne og forsker.

Deltagerne fikk informasjon om at alle data skulle makuleres når prosjektet avsluttet. Dette er spesielt viktig i studier hvor det er få respondenter. Forskeren får detaljert kunnskap om

demografiske data og opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Det legges derfor stor vekt på å presentere datamaterialet på en slik måte at dette ikke skjer.

Den informasjonen som ble gitt, var tilrettelagt for den enkelte og informasjonen kunne bli gitt flere ganger. Det ble gjort for å sikre at alle kunne ta et reelt valg og at frivillighetsprinsippet ble ivaretatt. All forskning har etiske sider og etiske overveielser hører med til alle faser i forskningsprosessen (Polit et al, 2004). Deprimerte mennesker som velger å delta på et depresjonsmestringskurs er en sårbar gruppe. Både forsker og kursholdere er kjent med den sårbarheten en kan møte hos disse menneskene. Tidligere grupper på helsestasjonen har ikke vist stressutløste reaksjoner eller negative konsekvenser hos deltagerene, men vi har likevel vært særskilt oppmerksom på dette. I henhold til manualen har kurslederene vært innstilt på å være behjelpelig med videre henvisning for behandling/hjelp underveis eller etter at kurset er avsluttet. Det ble gjennom hele forskningsprosessen, fortløpende vurdert om det hadde oppstått negative eller utilsiktede konsekvenser med intervensjonen. Ved eventuelle negative konsekvenser ville psykisk helsetjeneste ha bistått med veiledning eller direkte hjelp til deltagerne.

Alle som deltok hadde samtykkekompetanse og samtykket både muntlig og skriftlig før deltagelse. Men det at deltagerne tilhørte kommunen hvor kurslederene også jobbet som helsesøstre førte til at noen av deltagerne var kjent med kurslederene fra helsestasjonsvirksomheten. Dette kan medføre en viss avhengighet til forskeren og bidra til å få et positivt svar om deltagelse og mulig hatt innflytelse på noen av svarene (Polit et al, 2004). Det ble derfor tilstrebet at forespørsel om deltagelse var andre enn forsker som foretok.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg 4). Det ble tatt kontakt med Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Det ble her avklart at studien betraktes som en kvalitetssikring av tiltak i kommunen og at det derfor ikke trengtes godkjenning av REK (Vedlegg 5).

4 Dataanalyse og funn

Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av dataanalysen og en presentasjon av studiens empiriske funn. Presentasjon av resultatene er organisert ut fra hypoteser og forskningsspørsmål. Først beskrives noen innledende dataanalyser for å beskrive datakvaliteten. Deretter presenteres demografiske data, og resultatene fra Beck Depression Inventory (BDI) og General Self Efficacy (GSE) skjemaene. Til slutt presenteres deltageres evaluering av kurset og hvilke endringer som deltagerne mener kan forbedre kurset.

4.1 Dataanalyse

Data er bearbeidet og analysert i SPSS versjon 15.0 for windows. Dataene ble registrert systematisk og plottet inn av forsker ut fra forhåndsdefinerte koder for hvordan data skal registreres. Kodeboken gir en oversikt over hver enkelt variabel, dens verdier og hvilke kodetall som er tillagt hver verdi. Dette sikret at alle dataene ble kodet likt. Hvert spørreskjema fikk et identifikasjonsnummer, som gjorde det mulig å gå tilbake til den opprinnelige kilden for å kontrollere verdiene i datafilen. Alle data ble sjekket visuelt etter innplotting ved å sammenligne spørreskjemaet med de innplottede svarene. Dette øker reliabiliteten i dataene (Polit et al, 2004). Etter at alle dataene var plottet inn ble de inspisert og rensket for feil. Dette innebærer sjekking av atypiske verdier (outliers) og konsistenssjekk slik Polit et al (2004) foreslår. Atypiske verdier kan være ekstreme verdier eller tall som ikke er beskrevet i kodeboken. Dette ble visuelt kontrollert.

I analysen er det benyttet deskriptiv statistikk og one-way repeated measure Anova. "Anova" er en forkortelse for "Analysis of Variance", og "enveis" viser til at det kun benyttes én grupperingsvariabel. Denne variabelen består av mer enn to kategorier. One-way repeated measure Anova ble benyttet fordi det ikke var uavhengige data, men samme grupper som er målt tre gjentatte ganger. Resultatene vises i tabeller og der hvor det er foretatt signifikanttest presenteres dette under hver tabell. Det ble benyttet et signifikansnivå på 0,05.

I evalueringsskjema finnes det enkelte åpne spørsmål. Disse spørsmålene gav kvalitative data som måtte bearbeides. Teksten fra svarene ble ordrett skrevet inn i SPSS. Dataene ble konvertert og kodet til mindre og lettere håndterlig mengde etter kvalitativ innholdsanalyse (Polit et al, 2004). Ved å gjennomgå materialet, så forsker fellestrekk som gjorde det mulig å samle dataene i kategorier (Polit et al, 2004).

Det var ingen data som manglet i selvrapporteringskjemaene BDI og GSE. I evalueringsskjemaet manglet det data under spørsmål 6. Spørsmålet omhandlet tema de ønsket mer eller mindre undervisning om. Årsaken til at flere har unnlatt å svare på dette spørsmålet kan skyldes at de synes at det var for innviklet, tok for mye tid, osv. Det er ikke uvanlig at respondenter unnlater å besvare enkelte spørsmål fordi det blir for vanskelig (Fowler, 1985).

4.2 Demografiske data

Av totalt 33 deltagere, var det et frafall av tre personer. Tre droppet ut rett etter intervensjonens start og årsaken var: annen behandling (N=1) og intervensjonens tidspunkt (N=2). Disse er ikke tatt med i utvalget.

I det endelige utvalget er det 30 deltagere. Av dem er alle 30 kvinner. Alder varierte fra 22-44 år. Den gjennomsnittlige alder var på 32,2. Alle deltagerne hadde depresjonssymptomer og skåret på Beck Depression Inventory for milde til moderate depresjoner. De har alle deltatt på KID-kurs på helsestasjonen.

Til sammen er det blitt avholdt 33 møter fordelt på 3 ulike grupper. Deltagerne har et samlet oppmøte på 82 %. Antall barn varierte fra et 1 til 4. Gjennomsnittlig barn pr deltager er 1,83. Det vil si at 56,7 % av utvalget har 2 barn. De fleste av deltagerne levde i et fast forhold, og 83 % svarte at de var samboere/gift. Videre hadde 63 % en bakgrunn med høyskole eller universitetsutdannelse. Ved spørsmål om annen behandling svarte 17 % at de samtidig med KID-kurs mottok annen behandling for sin depresjon, da enten annen psykoterapi eller medisinsk behandling.

4.3 Endring i depresjonssymptomer

Hypotesen 1 er:

H1- Mødre med depresjonssymptomer, som deltar i intervensjonen vil få redusert grad av depresjonssymptomer etter intervensjonen. For å teste hypotesen ble analysen one-way repeated measure Anova brukt. Intervensjonens effekt på depresjon er vurdert ved sammenligning av forløp i seks måneder fra intervensjonens start. Som effektmål for depresjon, er det brukt endring i gjennomsnittsskår på Beck Depression Inventory – BDI (Beck & Steer, 1987). En reduksjon i skår på BDI, indikerer reduksjon i

depresjonssymptomer (Beck et al, 1987). Samme instrument er brukt ved de ulike måletidspunkt. Måletidspunkt og innsamling av data er foretatt rett før intervensjonen startet (pretest), ved intervensjonens slutt (posttest) og 4 mnd etter intervensjonens slutt. Endring i gjennomsnittskår fremgår av tabell 1.

Tabell 1

BDI- Gjennomsnitt(Gj.snitt),standard avvik(SD) ved pretest, posttest og 4 mnd etter intervensjonen. Variansanalyse – One way repated measure Anova (N= 30)

	Gj. snitt	SD	N
Totalskår Pretest	19,50	7,833	30
Totalskår Posttest	11,33	7,038	30
Totalskår 4mnd etter	9,37	5,774	30

Deltagernes (N=30) gjennomsnittskår på Beck Depression Inventory (BDI) er på 19,50 poeng ved pretest. Gjennomsnittskår på 19,50 poeng ved pretest, viser et gjennomsnittlig utvalg som har milde til moderate depresjonssymptomer (Beck et al, 1987). Ved denne målingen vises et standaravvik på 7,83. Når intervensjonen er avsluttet ved posttest, har deltagerne redusert gjennomsnittskåren på Beck Depression Inventory (BDI) til 11,33 poeng. Ved siste måletidspunkt, som er 4 mnd etter intervensjon er gjennomsnittskåren i BDI ytterlig redusert til 9,37 poeng. På dette måletidspunkt er standaravvik også redusert til 5,774.

Depresjonssymptomene er redusert fra pretest til posttest med 8,17 poeng (41,8 %), og fra posttest til 4 mnd etter intervensjon med 1,96 poeng. Og fra pretest som er før intervensjon til 4 mnd etter intervensjon med 10,13 poeng (51,9 %).

Tabell 2

BDI- Multivariate test (N= 30)

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Wilks' Lambda	0,237	45,129	2,000	28,000	0,000	0,763

I tabell 2 viser Wilks Lambda en verdi på 0,237, $F(2,28) = 45,1$. Resultatet viser en signifikansverdi på 0,000 som betyr at $p < 0,05$. dvs en statistisk signifikant endring gjennom

de tre forskjellige måletidspunkt. Videre vises det i tabell 2 effektstørrelsen ved partial eta squared på 0,763, som indikerer en sterk effektstørrelse (Cohen, 1988). Resultatet fra studien viser at endringen er statistisk signifikant og hypotese en kan beholdes.

Tabell 3

BDI- Parvise sammenligninger mellom ulike måletidspunkt (N= 30)

Measure: MEASURE_1

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	8,167*	1,349	,000	4,740	11,593
	3	10,133*	1,049	,000	7,468	12,799
2	1	-8,167*	1,349	,000	-11,593	-4,740
	3	1,967	1,116	,265	-,868	4,802
3	1	-10,133*	1,049	,000	-12,799	-7,468
	2	-1,967	1,116	,265	-4,802	,868

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

I tabell 3, vises parvise sammenligninger mellom de tre måletidspunkt, med en justering for multippel testing Bonferroni. I "Bonferronis prosedyre" for multippel parvis sammenligning, er prinsippet å justere signifikansnivået for dermed å korrigere sannsynligheten for feilaktig å konkludere med gruppeforskjeller grunnet "multippel testing". Dette utføres ved å dividere signifikansnivået med antallet sammenligninger som utføres.

Resultatet viser at det er signifikant endring med en p verdi på 0,000, mellom måletidspunkt 1 som er pretest og måletidspunkt 2 som er posttest. Det er også en signifikant endring med en p verdi på 0,000, mellom måletidspunkt 1, pretest og måletidspunkt 3 som er 4 mnd etter intervensjon. Fra måletidspunkt 2 til måletidspunkt 3, som er 4 mnd etter startet intervensjon, er ikke endringen signifikant, med en p verdi på er 0,265.

Resultatet viser en signifikant endring, og en sterk effektstørrelse i endring av depresjonssskår fra før intervensjon til 4 mnd etter avsluttet intervensjon. Den største og signifikante endringen fant sted fra pretest til posttest altså ved intervensjonens slutt.

Tabell 4

Endring i prosent på kognitive og fysiologiske depresjonssymptomer (BDI) (N=30)

BDI spørsmål	pretest	Posttest	4mnd etter
BDI 1 - trist:	73,4	43,3	30,0
BDI 2 - motløs:	60,0	20,0	23,3
BDI 4 - tilfredsstillelse:	83,4	36,7	42,0
BDI 5 - skyldbetyngnet:	80,0	50,0	63,3
BDI 10 - gråter:	66,7	26,7	13,3
BDI 11 - irritert:	86,7	30,0	46,7
BDI 12 - interesse:	67,0	33,3	30,0
BDI 13 - avgjørelse:	56,7	43,3	33,3
BDI 14 - utseende:	66,7	46,7	33,4
BDI 16 - sove:	80,0	36,7	40,0
BDI 17 - trett:	73,0	42,1	53,4
BDI 18 - matlyst:	48,0	16,7	13,3
BDI 20 - helse:	56,7	33,3	26,7

Det presenteres i tabell 4 prosentvis endring fra enkelte kognitive og fysiologiske depresjonssymptomer i BDI skjema. Prosentandelen fremkommer etter omkodning av variablene og består av summen av svar fra 1-3 på det enkelte spørsmål (skala 0-4). De symptomer som presenteres, er der hvor den største endring forekommer. Endringen fra enkelte spørsmål i BDI skjema er presentert som en endring i prosentandel fra pretest og til 4 måneder etter avsluttet intervensjon. En reduksjon i BDI indikerer en bedring i depresjon (Beck et al, 1987)

4.4 Endring i mestringsforventning

Hypotese 2 er:

H2: Mødre med depresjonssymptomer, som deltar i intervensjonen vil få økt grad av mestringsforventning etter intervensjonen. One way repeated measure Anova ble brukt for å teste den fremsatte hypotese. Intervensjonens effekt på mestringsforventning, er vurdert ved sammenligning av forløp i seks måneder fra intervensjonens start. Som effektmål for mestringsforventning, er det brukt endring i gjennomsnittsskår på selvrapporteringskjema General Self Efficacy (GSE) (Leganger et al, 2000). En økning i gjennomsnittsskår på General Self Efficacy (GSE), indikerer en økning i mestringsforventning (Shwarzer et al, 1993). Samme instrument er brukt ved de ulike måletidspunkt. Gjennomsnittsskår på General Self

Efficacy (GSE) er foretatt rett før intervensjonen startet (pretest), ved intervensjonens slutt (posttest) og 4 mnd etter intervensjonens slutt. Endring i gjennomsnittskår fremgår av tabell 5.

Tabell 5

GSE- Gjennomsnitt(Gj.snitt),standard avvik(SD) pretest, posttest og 4 mnd etter intervensjonen. Variansanalyse – Repeated Measure Anova (N = 30)

	Gj. snitt	SD	N
Totalskår Pretest	24,27	4,218	30
Totalskår Posttest	30,07	4,638	30
Totalskår 4mnd etter	30,03	4,560	30

Deltagerne i denne studien (N=30) hadde en gjennomsnittlig General Self Efficacy (GSE) skår på 24,27 ved pretest måling. Standaravviket var på dette måletidspunkt på 4,218. Etter kursets slutt var den gjennomsnittlige poengskår i gruppen økt til 30,07 poeng. Og 4 måneder etter gruppen startet var gjennomsnittlig skår på GSE selvrapporteringsskjema økt til 30,03 poeng.

Tabell 6

GSE- Multivariate Tests(b) (N = 30)

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Wilks' Lambda	0,325	29,031	2,000	28,000	0,000	0,675

I tabell 6 viser Wilks Lambda en verdi på 0,325, $F(2,28) = 29$ med en signifikansverdi på 0,000. Noe som betyr at $p < 0,05$. Dvs. at det er en statistisk signifikans endring gjennom de tre forskjellige måletidspunkt. Videre vises det i tabell 5 effektstørrelsen ved partial eta squared. Partial eta squared er på 0,675, som indikerer en sterk effektstørrelse (Cohen, 1988). Resultatet fra studien viser at endringen er statistisk signifikant og hypotese to beholdes. Videre identifiseres på hvilket måletidspunkt endringen er signifikant forskjellig.

Tabell 7

GSE- Parvise sammenligninger mellom måletidspunkt (N= 30)

Measure: MEASURE_1

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-5,800*	,788	,000	-7,803	-3,797
	3	-5,767*	,861	,000	-7,955	-3,578
2	1	5,800*	,788	,000	3,797	7,803
	3	,033	,684	1,000	-1,705	1,771
3	1	5,767*	,861	,000	3,578	7,955
	2	-,033	,684	1,000	-1,771	1,705

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

I tabell 7 vises parvise sammenligninger mellom de tre måletidspunkt på General Self Efficacy (GSE) skjema, med en justering for multippel testing Bonferroni. Resultatet viser at det er signifikant endring med en p verdi på 0,000, mellom måletidspunkt 1 som er pretest og måletidspunkt 2 som er posttest. Det er også en signifikant endring med en p verdi på 0,000, mellom måletidspunkt 1, pretest og måletidspunkt 3 som er 4 mnd etter startet intervensjon. Fra måletidspunkt 2, posttest og til måletidspunkt 3, som er 4 mnd etter startet intervensjon, er endringen ikke signifikant med en p verdi på 1.

Resultatet i denne undersøkelsen viser en signifikant endring med en moderat effektstørrelse i mestringsforventning målt med selvrapporteringskjema General Self Efficacy (GSE), fra pretest til 4 mnd etter startet intervensjon. Den største endringen fant sted fra pretest til posttest.

4.5 Funn fra evalueringsskjema

For å besvare forskningsspørsmålene, ble det benyttet deskriptiv statistikk. I evalueringsskjemaet finnes det i alt 18 spørsmål som deltagerne på kurset har besvart. Ikke alle har svart på samtlige spørsmål slik at N vil variere. Dette vil fremkomme i tekst og tabell. Spørsmålene omhandler temaer som er vektlagt i kurset og hva de ønsket mer undervisning om. Videre hvordan kurset svarte til forventningene og hvilke konsekvenser kurset har hatt. Resultatene fremkommer i tabell 8a og 8b.

Tabell 8a

Deltagernes evaluering av depresjonsmestringskurset. Undervisningsdel.Gjennomsnitt(Gj.sn),standardavvik(SD)frekvensvens(F) (N=30)

	Gj.snitt	SD	F	Max,min
Hvilket utbytte fikk du av undervisningen? (N=30)	4,07	0,704	3-5	1 = Svært lite 5 = Svært mye
På kursdagen snakket dere om flere temaer. Hvor mye snakket dere om følgende temaer?				
Depresjon (N= 25)	2,6	0,866	1-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
ABC-modell (N=30)	3,67	0,479	3-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
ABC-D modell (N=29)	3,48	0,574	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Mestringsteknikker (N=28)	3,43	0,573	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Trygg plass (N=27)	2,41	0,747	1-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Mestringsmodellen (N=27)	3,04	0,649	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Økt sosial kontakt (N=29)	2,72	0,649	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Øke hyggelige aktiviteter (N=29)	2,93	0,458	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Målsetting (N=28)	3	0,667	2-4	1 = Lite 4 = Veldig Mye
Er det noen av disse temaene du ønsket mer eller mindre undervisning om?				
Depresjon (N=14)	2,86	0,77	1-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
ABC-modell (N=8)	2,38	0,518	1-3	1 = Mye mindre 4 = Mer
ABC-D modell (N=9)	2,56	0,527	1-3	1 = Mye mindre 4 = Mer
Mestringsteknikker (N=13)	3,38	0,506	3-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
Trygg plass (N=15)	2,80	0,775	1-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
Mestringsmodellen (N=11)	3,00	0,447	2-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
Økt sosial kontakt (N=15)	2,93	0,799	1-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
Øke hyggelige aktiviteter (N=15)	3,07	0,704	1-4	1 = Mye mindre 4 = Mer
Målsetting (N=16)	3,13	0,50	2-4	1 = Mye mindre 4 = Mer

I evalueringsskjemaets del om undervisning svarte 96,7 % at de fikk mye eller svært mye utbytte av undervisningsdagene. Det var her ingen som opplevde at de fikk lite utbytte av undervisningsdagene (N=30). I alt 86.7 % svarte at samarbeidet med kursholderne var bra (N=30). Deltagerne opplevde at ABC og ABCD modellene i tillegg til mestringsteknikkene ble viet mye oppmerksomhet i kurset. Temaer som de synes var mindre fokusert på var trygg plass og lidelsen depresjon. På spørsmål om det var temaer man ønsket mer undervisning i var det generelt få som svarte, slik at N-verdien er relativt lav. Det er likevel noen variasjoner som det er verdt å merke seg. Av de som svarte, var det høyest ønske om mer undervisning i

mestringsteknikker og målsetting. Det var ingen som svarte at de ønsket mindre undervisning på noen av de nevnte temaer.

Tabell 8b

Deltagernes evaluering av depresjonsmestringskurset. Forventning og påvirkningsdel.

Gjennomsnitt(Gj.sn),standardavvik(SD)og frekvens(F)(N=30)

	Gj.snitt	SD	F	Max,min
Hvor godt svarte kurset til dine forventninger? (N=30)	1,53	0,629	1-3	1 = Svært godt 5= Svært dårlig
Som en følge av kurset, avtok dine bekymringer? (N=30)	2,20	0,714	1-4	1 = I stor grad 5= Tiltok
Samarbeid med kurslederne (N=30)	1,17	0,461	1-3	1 = Veldig bra 5= Veldig dårlig
Som en følge av kurset, ser du mer positivt på fremtiden? (N=30)	1,73	0,69	1-3	1 = Ja, i stor grad 5 = Nei, i liten grad
Som en konsekvens av å ha deltatt i kurset:				
Godtar i større grad meg selv (N=30)	2,43	0,728	1-4	1 = Liten grad 5 = Stor grad
Jeg er mer bevisst negative tanker (N=30)	3,03	0,615	2-4	1 = Liten grad 5 = Stor grad
Jeg har økt min sosiale kontakt (N=29)	2,10	0,817	1-4	1 = Liten grad 5 = Stor grad
Har kurset hatt noen virkning på forholdet til noen i din familie?				
Forholdet til partneren (N=25)	2,24	0,723	1-4	1 = Svært Lite 4 = Svært mye
Forholdet til mitt barn (N=28)	2,75	0,701	1-4	1 = Svært Lite 4 = Svært mye
Forholdet mellom barna (N=22)	1,73	0,827	1-3	1 = Svært Lite 4 = Svært mye
Hvordan har kurset påvirket deg som mor eller far?				
Min opplevelse av å strekke til som mor eller far (N=29)	3,07	0,593	2-4	1 = Minket 4 = Økte mye
Gav meg ideer til mestring som jeg kan bruke som mor/far (N=29)	1,34	0,553	1-3	1 = Ja, i stor grad 3 = Nei, ikke i det hele tatt
Hvordan har deltagelse påvirket følgende områder:				
Troen på din egen fremtid (N=30)	2,93	0,74	2-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før
Troen på dine barns fremtid (N=29)	2,93	0,704	1-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før
Troen på din families fremtid (N=29)	2,9	0,86	1-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før
Som en konsekvens av deltagelse har du:				
Fått lyst til å gjøre noe med din psykiske situasjon? (N=30)	3,33	0,661	2-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før
Fått lyst til å ta mer sosial kontakt? (N=30)	3,07	0,740	2-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før
Gjøre flere aktiviteter som gir glede(N=30)	3,43	0,568	2-4	1 = Mindre enn før 4 = Mer enn før

I tabell 8b vises hvordan deltagerne evaluerte spørsmålene om forventninger til kurset, fremtiden og forholdet til sin familie og barn.

I det fremkomne resultatet vises det at for 93 % av deltagerne (N=28), svarte kurset veldig godt eller ganske godt til deltagerens forventninger. Det var ingen som svarte at det ikke svarte til forventningene.

I alt 73 % synes at de fikk anledning til å ta opp sine bekymringer under kurset. Men for de personene som ikke fikk tatt opp sine bekymringer (26,7 %), var en gjennomgående årsak at bekymringene var av personlig karakter og vanskelige å diskutere i en gruppe.

I evalueringsskjemaet fremkommer det av resultatene at 83 % (N=30) av deltagerne etter kurset i større grad er bevisst sine negative tanker, og 43 % (N=30) sier at de i stor eller svært stor grad godtar seg selv mer etter kurset. Mange hadde fått økt tro på fremtiden og ønsket å nå gjøre noe med sin psykiske situasjon. Det var ingen på kurset som så mindre lyst på fremtiden. Totalt sier 24 deltagere (80 %) at de har økt sin sosiale kontakt etter kurset. De aller fleste opplevde en økt følelse av å strekke til som mor. I alt 68 % sier at intervensjonen har betydd mye eller svært mye i forhold til barna (N=28). Av de spurte svarte 97 % at de hadde fått ideer til mestringsteknikker som de kunne bruke i sitt forhold til barna. Hele 80 % av de spurte opplevde å ha mer tro på sine barns fremtid etter kurset (N=29). Og 73 % svarte at det å møte andre psykisk syke, hadde stor eller svært stor betydning. På det første av de siste spørsmålene, spørres det om man har brukt eller ønsker å bruke noen av mestringsteknikkene en har lært. Alle (N=30) svarer ja på dette spørsmålet. Alle deltagerne (N=30) har videre svart at kurset ikke har forårsaket noen skade eller negativ virkning.

4.6 Hvilke endringer mener deltagerne kan forbedre intervensjonen?

Det siste spørsmålet i evalueringsskjema, omhandler endringer som kan forbedre intervensjonen til denne gruppen. Intervensjonen blir gjennomført etter en bestemt manual. Men enkelte av deltagerne har ønske og behov for støtte og undervisning utover det manualen beskriver. I datamaterialet fremkommer det tre kategorier til endringer som deltagerne mener kan forbedre intervensjonen. Alle kategoriene omhandler den deprimertes forhold til barna. Disse kategoriene var sinnemestring i forhold til barna (N= 4), håndtering av barn på triste dager (N= 12), og samtalen med barna (N= 10). Flere av deltagerne synes at gruppen var et egnet sted å diskutere disse tema. Deltagerne opplevde at barna var et tema som var vanskelig å diskutere med nære venner, familie og psykolog. Gjennom svarene sier deltagerne at de ønsker å høre andres erfaringer og de ønsker at helsesøster som er kursholder skal veilede og undervise mer om dette tema. Samtidig sier 68 % at kurset har hatt stor betydning i forhold til barna. Og de fleste opplever å bedre strekke til som mor etter kurset. Det fremkommer at intervensjonen har gitt deltagerne ideer til mestringsteknikker som de bruker i forhold til seg selv og barna.

5 Diskusjon

Hensikten med studien var å evaluere depresjonsmestringskurset - KID for foreldre på helsestasjonen. I denne studien deltok det kun mødre med mild til moderate depresjonssymptomer. Studiens evaluering er basert på en endring i selvrapporteringskjemaene Beck Depression Inventory (BDI), General Self Efficacy (GSE) og deltageres evaluering etter intervensjonens slutt.

I dette kapitlet diskuteres funnene fra studiens empiriske del i lys av teori og tidligere forskning. Det anvendes litteratur fra litteraturdelen, men også fra nye søk. Eksempler fra kurset brukes for å illustrere funnene og den endringen som har inntruffet. Det vil i diskusjonen bli tatt utgangspunkt i den enkelte hypotese og forskningsspørsmål. Resultatene samles deretter i en konklusjon, med anbefaling til klinisk praksis og videre forskning.

5.1 Redusert grad av depresjonssymptomer

Funnene i denne studien viser at deltagerne fikk en signifikant reduksjon i depresjonssymptomer målt ved BDI. En p verdi på 0,000 og en effektstørrelse på 0,763 støtter hypotese en, om at intervensjonen reduserer grad av depresjonssymptomer. I denne studien fant den største og signifikante endringen sted etter avsluttet intervensjon. Funnene samsvarer dermed med tidligere studier av kurs i depresjonsmestring for både kvinner og menn (Downrick et al, 2000; Kuhner, 2003; Dalgard, 2004; Cuijpers et al, 2007). Som tidligere beskrevet, er utvalget i denne studien kun kvinner som er mødre. Det er ikke funnet tidligere studier av denne intervensjonen hvor populasjonen kun er kvinner eller mødre eller hvor intervensjonen er gjennomført på helsestasjonen. I studien til Dalgard (2004), ble det kontrollert for forskjell i resultatet blant kvinner og menn. Resultatet var likt uavhengig av kjønn (Dalgard, 2004).

Tidligere studier måler effekt av intervensjonen på bakgrunn av reduksjon i depresjonssymptomer (Downrick et al, 2000; Kuhner, 2003; Dalgard, 2004; Cuijpers et al., 2007). Mødrene i denne studien hadde et gjennomsnitt skår på 19,5 poeng i BDI skjema ved studiens start, noe som indikerer milde til moderate depresjonssymptomer (Beck et al, 1987). Standardavviket på dette måletidspunkt var på 7,83. Standardavviket viser mål for spredning av verdiene og er et uttrykk for hvor mye de avviker fra gjennomsnittet. I et lite utvalg som i denne studien vil standardavviket være sensitivt for ekstremutslag (Polit et al, 2004).

Sammenlignet med resultatene fra utvalget i studien til Dalgard (2004), hvor standardavviket var på 7,2 %, så ser imidlertid utvalget sett opp mot dette, ut til å være nokså normalfordelt.

Tiltross for milde til moderate depresjonssymptomer ved intervensjonens start, fikk de fleste mødrene som startet på KID- kurs ingen annen behandling. Det var kun 17 % som samtidig mottok medisinsk behandling eller annen psykoterapi. Den gjennomsnittlige skår ved start kan bety at mange av deltagerne hadde flere depresjonssymptomer som kan ha innvirket på følelser og atferd (WHO, 2000). Når depresjonen påvirker følelser og atferd kan det også påvirke den deprimertes livskvalitet, daglige funksjon, foreldreevne og foreldreatferd (Muray et al, 1996; Berg – Nilsen et al, 2005; Mathiesen et al, 2006; Mathiesen et al, 2009). Når intervensjonen ble avsluttet, var den gjennomsnittlige depresjonsskår redusert til 11,3 poeng. Endring i depresjonsskår fra pretest til posttest ble redusert med 41,8 %, og fire måneder etter intervensjonens slutt var den gjennomsnittlige skår i BDI redusert til 9,37 poeng. Det utgjør en endring på 51,9 % fra pretest til 4 mnd etter avsluttet intervensjon. Deltagernes endring i BDI skjema, betyr en endring av kognitive og fysiologiske depresjonssymptomer (Beck et al., 1987). Ved siste måletidspunkt var gjennomsnittsskår i BDI redusert til under under cut off skår og klinisk grense for depresjon (Beck et al, 1987). Dette samsvarer med studien til Dalgard (2004) hvor alle hadde moderate til milde depresjoner ved pretest, og 6 måneder senere var andelen som hadde BDI < 10 på 36 % i intervensjonsgruppen. Resultatet i denne studien kan dermed tyde på at deltagerne etter intervensjonen kan ha fått endret både følelser og atferd, noe som kan påvirke deltagerne liv på flere områder. For deltagerne i denne studien vil reduksjon av depresjonssymptomer slik Wong (2008) beskriver øke livskvalitet, gi færre negative tanker og bedre mestring. Dette kan være en viktig effekt for kvinnene som deltar i intervensjonen. Kunnskapen vi i dag har er at mors psykiske helse har betydning for hvordan mor oppfatter barnet og håndterer barnet (Beardslee et al, 1994; Campbell et al, 2004). Som studien til Bayer et al (2006) viser, kan mødrenes psykiske helse påvirke barnet, og man kan dermed anta at resultatet kan ha stor betydning for både mor og barn.

Resultatet i denne studien viser at det har skjedd en positiv endring i depresjonssymptomer, men det kan ikke med dette design si noe om årsaken til endringen. Ulike faktorer i intervensjonen, men også utenforliggende faktorer eller bias kan ha medvirket til endringer hos mødrene. Det er kjent at depressive symptomer også kan bedre seg over tid uten tiltak eller intervensjon. Dette vises i studien til Dalgard (2004) hvor kontrollgruppen som ikke fikk intervensjon viste en bedring på 19 %. Tidligere randomiserte kliniske studiene viser at KID

har effekt på milde til moderate depresjonssymptomer (Downrick et al, 2000; Kuhner, 2003; Dalgard, 2004; Cuijpers et al., 2007). Det kan være viktig å spørre hvilken av komponentene i intervensjonen som har effekt. Det er uklart i hvor stor grad kursets effekt på depresjonssymptomer skyldes den psykoedukative påvirkning av atferd og kognitive funksjoner, eller i hvor stor grad det henger sammen med støttende sosiale relasjoner. Det poengteres at kurset er en dynamisk modell, hvor de ulike elementene anses å påvirke og forsterke hverandre. Ved å påvirke og endre en av komponentene i modellen, vil depresjonen gradvis kunne bedres (Lewinsohn et al, 1985).

Motstandskraft

Endring av negative kognisjoner, er en viktig predikator for psykisk helse (Segal et al, 2002). Depresjonen kjennetegnes av negative tanker som kan være en årsaksforklaring til utvikling og opprettholdelse av depresjonen (Beck, 1967; Beck, 1976). Vi filtrerer og tolker informasjon fra omgivelsene og for den deprimerte vil det ofte medføre en negativ tolkningsstil, som igjen kan føre til negative tanker om seg selv, andre og fremtiden (Beck, 1967, 1976). Et globalt negativt syn på seg selv og sine erfaringer innebærer at personen vil kunne få lav selvtillit fordi en ser seg selv som mangelfull på flere områder. I datamaterialet fremkommer det at flere kognitive symptomer hos deltagerne endret seg etter intervensjonen. Enkelte kognitive symptomene hvor det inntraff endring var motløshet, tristhet, skyld og opplevelse av endret utseende. For deprimerte mennesker generelt og også mødrene i studien kan negative kognisjoner komme til uttrykk i negative tanker som ”jeg er ikke flink nok”, ”jeg duger ikke” og det er ”min skyld at barnet skriker” osv. Den deprimerte vender oppmerksomheten mot seg selv, noe som kan føre til at man sammenligner seg negativt med andre. Opplevelser som å ikke føle seg som en like god mor som andre, eller at man ikke er like flink som andre kan forekomme. Manglende mestringsevne på et område, vil ofte føre til hjelpeløshet og håpløshet på flere områder. Når hverdagen er preget av en slik oppfattelse av seg selv kan det føre til både kognitive og fysiologiske depresjonssymptomer som studien viser. Når deltagerne i studien klarte å redusere kognitive symptomer kan det medvirke til at de fikk muligheter for positive mestringserfaringer i forhold til seg selv og andre. Utviklet mestringsevne i ulike situasjoner kan for deltagerne i denne studien øke motstandsdyktigheten. Og som Dalgard et al (2008) og Cuijpers et al (2009) sier, vil forebyggende tiltak som øker opplevelse av mestring forventes å ha god effekt. En endring i

kognisjoner kan derfor synes å være en viktig faktor for endring av depresjonssymptomer i denne studien. At negative kognisjoner ble endret kan skyldes at dette var et tema som var viet mye oppmerksomhet i intervensjonen. I løpet av intervensjonen ble 83 % av deltagerne i større grad bevisst negative tanker. Og 43 % sier at de i stor eller svært stor grad godtar seg selv etter intervensjonen.

Et typisk trekk ved en depresjon er at den virker forsterkende på seg selv. WHO (2000) beskriver hvordan triste og pesimistiske tanker kan gi lite energi gjerne fulgt av kroppslige reaksjoner. Resultatet fra denne studien viser at deltagerne var mindre trette ved intervensjonens slutt. Samtidig økte deltagerne antall aktiviteter, og sosial kontakt slik som manualen beskriver. Når resultatet viser at deltagerne ble mindre trette kan det tenkes at det er en sammenheng med flere positive tanker, men også positive opplevelser ved å gjøre hyggelige aktiviteter, økt fysisk aktivitet og sosial kontakt slik som WHO (2000) beskriver. Flere av deltagerne økte antall aktiviteter, og ble mer fysisk aktive. Tidligere forskning viser at økning i aktivitet og fysisk bevegelse er effektivt ved milde til moderate depresjoner. Når deprimerte klarer å gjennomføre lett fysisk trening over lengre tid viser forskning at det er mindre tilbakefall i denne gruppen sammenlignet med kun medikamentell behandling (Stathopoulou, 2006). For deltagerne i denne studien kan økt fysisk aktivitet virke biokjemisk, og i tillegg kan fysisk aktivitet for deltagerne også fremme selvfølelse, mestring og bryte ned negative tankerekker ved å fokusere på ytre opplevelser og mindre indre negativ tankegang slik Martinsen (2006) beskriver. Det kan dermed synes som om det er en sammenheng mellom både kognitive og fysiologiske symptomer som ble redusert i studien.

Flere av deltagerne i studien hadde lite sosial kontakt ved studiens start og mange opplevde det vanskelig å fungere sosialt. Av deltagerne i studien økte 80 % sin sosial kontakt i løpet av intervensjonen. Forskning viser at sosial kontakt kan øke den deprimertes motstandskraft (Cattan et al, 2005) og redusere depresjonssymptomer (Dalgard, 1995; Sugisawa et al, 2004; Dalgard, 2006; Myklestad et al, 2008). Og mennesker med god sosial støtte har raskere tilfriskning og færre tilbakefall av psykiske lidelser enn de med dårligere sosialt nettverk (Kawachi et al, 2001; Sanderson, 2004). Når studien viser at deltagerne bedret sin psykiske helse, kan den økte sosiale kontakten være medvirkende årsak. I KID vektlegges betydningen av sosial kontakt, fordi mennesker med depressive problemer har ofte problemer med å ta sosial kontakt. I mange tilfeller kan ensomhet og kontaktproblemer gå forut for den psykiske lidelsen å være medvirkende årsak til sykdom (Dalgard et al, 1995).

Den økte sosiale kontakt som deltagerne fikk gjennom denne tiden, kan ha betydning for deltageres psykiske helse på flere måter. En viktig del av mestringspotensialet er mobilisering av hjelp fra andre (Dalgard et al, 1995), og for deltagerne kan det å utvide nettverket og øke kontakt med andre mennesker bety mer hjelp og praktisk støtte i en vanskelig hverdag. I tillegg til praktisk hjelp kan sosial kontakt øke følelsen av å bli sett, verdsatt, respektert og gi opplevelse av meningsfullhet, noe som er betydningsfullt emosjonelt for den deprimerte. Forskning har funnet at den opplevde støtte er mest korrelert med helse (Sørensen et al, 2005), og Gottlib et al (2002) drøfter om en person som føler en sterk opplevd støtte, oppnår så mye selvfølelse på grunn av dette at han ikke har behov for reell støtte. I gruppene som studien inkluderer syntes den opplevde støtten mellom deltagerne å være sterk. Et eksempel som illustrerer dette er nettverket som deltagerne dannet etter at gruppen var avsluttet. De avtalte å fortsette møtene og i tillegg opprettet de et møtested på nettet. Når nettverket var lukket for andre kunne deltagerne trygt fortsette å dele sine erfaringer og følelser. For mange ble dette en viktig og støttende kanal i en vanskelig periode. Gjennom både praktisk og opplevd støtte kan man tenke at det indirekte kan ha bidratt til å ha styrke den deprimertes forhold til stressende opplevelser der mestringssevnen blir utfordret (Dalgard et al, 1995; Sanderson, 2004).

Det sosiale fellesskapet i gruppen ble for mange viktig. De fikk her anledning til å ta opp problemstillinger sammen med andre som strevde med lignende problemer. Deltagerne ble en viktig støtte for hverandre i en utfordrende og vanskelig periode. Følelsesmessig støtte fra andre mødre kan være betydningsfullt. Når deltagerne kjente seg trette, slitne og triste ble de støttet av andre på hvor viktige de var for hverandre og for sine familier til tross. Som mor er det viktig å ta hånd om seg selv for også å klare å ta hånd om sitt barn. Det ble derfor oppmuntret til å øke lystbetonte aktiviteter i gruppen. Bevissthet, men også oppmuntring kan være viktig for mødre. Frølund & Bechgaard (2002) fremhever at deprimerte mødre trenger støtte og oppmuntring. Det kan derfor for mødre i studien være av stor betydning at noen lytter og at de blir møtt med forståelse og feedback. Den støtte og forståelse som ble gitt mellom gruppedeltagerne i denne studien kan ha hatt stor betydning for psykisk bedring og utfall av behandling. Dette støttes av Yalom (1995) som sier at ved å delta i gruppe lærer man at en ikke er alene med problemene og i tillegg kan man lære å uttrykke følelser, noe som er av stor betydning for resultatet. Det fremkommer i evalueringsskjema at deltagerne i denne studien synes at det var av stor betydning å møte andre deprimerte. Mødrene uttrykte ofte en lettelse over å høre at andre mødre hadde det på tilsvarende måte som seg selv. De gav

hverandre positive bekreftelser og i følge Fagerskiold & Ek (2003) vil bekreftelsene ha en større effekt når de kommer fra andre mødre i samme situasjon

Et tema som ofte ble lagt frem i gruppen var skyld og skam i forhold til å være en deprimert mor. Mange deprimerte opplever skyldfølelse (Gilbert, 2007). I studiens resultat fremkommer det at deltagerne opplevelse av skyld ble redusert etter intervensjonen. Mulig kan bekreftelsen og opplevelse av støtte fra andre deprimerte være en viktig faktor i endring av denne opplevelsen. Den støtte som mødre opplevde kan bidra til en opplevelse av tilhørighet i gruppen. Dersom gruppen kan bidra til at man opplever økt tilhørighet vil det dermed ha en direkte effekt på depresjonssymptomene (Hovland, 2007). Yalom(1995) påpeker at tilhørighet og gruppesamhold er en relasjonsfaktor som har vist seg å ha like stor betydning som den terapeutiske allianse. En oppmøtefrekvens på 83 % i denne studien kan tyde på at også gruppesamholdet var bra i disse gruppene som studien inkluderte, spesielt når deltagerne er mennesker i en svært vanskelig livssituasjon. Gitt at deltagerne får økt tilhørighet og samhold kan det bety at gruppetilbud kan være spesielt effektivt ved depressive tilstander.

Sårbarhet og stress

Reduksjon av depresjonssymptomer kan sees i sammenheng med reduksjon av sårbarhet og stress. Sårbarhet og stress er en forklaring på risiko, utvikling og opprettholdelse av depresjonssymptomer (Ingram et al, 1998). Når deltagerne ved intervensjonens start hadde moderat grad av depresjonssymptomer kan man anta at stressbelastning og sårbarhet er høy (Ingram et al, 1998). Motsatt vil man kunne anta at når deltagerne i studien har redusert sine depresjonssymptomer har de også redusert sårbarhet og stress. De ulike delene påvirker hverandre og ved en reduksjon av sårbarhet og stress kan den deprimerte opparbeide motstandsdyktighet og beskyttelse mot nye belastninger. Som Ingram et al (1998) sier vil man ved redusert sårbarhet ikke oppleve tilfeldige nederlag like stressende.

Hva som oppleves belastende og hva som øker sårbarheten varierer fra person til person. Hvordan man håndterer belastninger eller stressende hendelser er avhengig av kompetanse og mestringsstrategier (Dalgard et al, 2003). Intervensjonen KID vektlegger å gi deltagerne mestringskompetanse for å redusere sårbarhet og bedre håndterer stressende situasjoner (Dalgard et al, 2003).

I manualen blir det beskrevet ulike mestringsstrategier som skal hjelpe den deprimerte både praktisk og emosjonelt. De emosjonelle mestringsstrategiene er å bruke kognitive teknikker og sosiale støtte for å regulere følelser. For mange av deltagerne i denne studien, førte den økte kompetansen om kognisjoner og sosial kontakt til at de klarte å forholde seg til vanskelige følelser på en ny måte. De reduserte den følelsesmessige konsekvensen av hendelser som var vanskelige eller ubehagelige, og de fikk en større forståelse for sine følelser og reaksjoner. En av deltagerne beskrev også hvordan modellene hadde fått henne til å plassere hendelser på lidelsen og ikke alltid på henne som person. I tillegg økte deltagerens praktiske mestringsstrategier hvor de gikk mer direkte på problemet og hvor de fant konstruktive løsninger. Flere deltagere klarte i større grad å konfronterte andre, de søkte aktivt sosial støtte i vanskelige situasjoner eller brukte aktiviteter som fysisk trening for å regulere følelser. I evalueringsskjema fremkommer det at mange deltagere tok i bruk nye mestringsstrategier. Ulike mestringsteknikkene i kurset ble anvendt og hver fant sine favoritter. Gjennom disse ukene som intervensjonen varte, fikk deltagerene også anledning til å prøve ut nye ferdigheter og legge bak seg mestringsstrategier som var mindre hensiktsmessige. Ved å lære seg nye mestringsstrategier som er mer hensiktsmessige, kan man redusere stress. Å redusere stress kan synes nødvendig når det i tidligere forskning er funnet økt forekomst av belastninger før en depresjon (Zuckermann,1999).

Det var mange nye utfordringer for deltagerne gjennom disse ukene. Deltagerne opplevde ulike stressende situasjoner i dagliglivet og i gruppen. For enkelte var det en stressende opplevelse å skulle delta i gruppe, og spesielt i starten kunne det være vanskelig å være i fokus og skulle dele erfaringer.

Deprimerte fokuserer ofte på depresjonsrelaterte tema og har redusert kognitiv kapasitet til å overføre erfaringer fra et område til et annet (Seligman, 1975; WHO, 2000; Rund, 2002). En kan derfor spørre seg om deprimerte vil få utbytte av å sitte i en så stor gruppe og om de klarer å overføre kunnskap fra intervensjonen til egne liv, eller om de har nok kognitiv kapasitet, konsentrasjon og oppmerksomhet.

Når deltagerne svarer i evalueringsskjema at de nå bruker mestringsteknikkene og resultatet viser at de har en reduksjon i depresjonssymptomer, kan det tyde på at deltagerne i denne studien klarte å overføre og nyttiggjøre seg av kunnskap.

Mange av deltagerne i denne studien opplevde små situasjoner i hverdagen som svært belastende. Det kunne føre til motløshet, fortvilelse, og kaotiske følelser. Kunnskapen som blir formidlet og mestringsstrategiene som blir lært, skal gi deltageren alternative strategier for å håndtere de stressende situasjoner. De kognitive revurderingene deltagerne gjorde, kan beskrives som en stressreduksjon. Som Lazarus et al (1984) presiserer vil den subjektive vurderingen man gjør, bestemme hvordan man reagerer på ulike stressreaksjoner. Videre kan opplevelsen av den sosiale støtten i gruppen ha virket på flere stadier i stressprosessen. For det første kan den spille en rolle i selve vurderingen av stress. For det andre kan støtten virke inn mellom stressopplevelsen og utvikling av vedvarende stressreaksjoner. Også her vil man kunne anta at forventet støtte spiller en rolle i den vissheten om at støtte er tilgjengelig og kan gjøre at man mestrer situasjonen bra alene slik tidligere forskning viser (Dalgard et al, 1995; Gottlib et al, 2002). Ved at deltagerne lærte metoder for å redusere sårbarhet, kunne de hindre utvikling av vedvarende stress (tonisk) som opprettholder og forsterker depresjonssymptomene (Ursin, 1984).

5.2 Økt mestringsforventning

Denne studien viser at deltagerne i depresjonsmestringskurset (KID), hadde en signifikant økning i mestringsforventning etter intervensjonen. Med en p verdi på 0,000 og en effektstørrelse på 0,675, støttes hypotese to om at foreldre som deltar i intervensjonen har en økt mestringsforventning etter intervensjonens slutt.

Det er ikke i tidligere forskning på KID funnet at mestringsforventning er målt hos deltagerne etter intervensjonen. Men denne studiens effekt av mestringsforventning samsvarer med tidligere studier hvor det er målt økning i mestringsforventning etter kognitive gruppeintervensjoner for deprimerte (Backenstrass et al, 2004; Hyuan et al, 2005; Oikava et al, 2007).

Begrepet mestringsforventning blir ofte benyttet som forklaringsramme for menneskelig handling, utvikling og læring. Bandura (1977 b, 1997) hevder at kunnskap og fakta ikke er tilstrekkelig for å få til en atferdsendring. Når deltagerne i denne studien økte mestringsforventning kan dette i følge Bandura (1977 a, 1977 b, 1997) ha vært medvirkende for at kunnskapen ble omdannet til handling.

Ved denne studiens start hadde deltagerne en gjennomsnittlig skår i GSE på 24,27 poeng. Deltagernes skår på GSE ved pretest forteller hvilke mestringsforventning deltagerne hadde før studiens start. For deprimerte mennesker kan symptomer som håpløshet og motløshet føre til at det kan være vanskelig å se at det kan finnes metoder eller løsninger som kan bedre den depressive tilstand. Dette kan igjen føre til passivitet og hjelpeløshet (WHO, 2000). Derfor har deprimerte som kommer til behandling ofte ikke vilje, ønske eller tro på endring (Schwarze, 1994; Snyder, 2002; Snyder et al, 2005). Dette kan også gjelde deprimerte mødre som kommer på helsestasjonen eller deltar i KID gruppe. Den depressive opplevelse er reell og det kan være vanskelig å se at opplevelsen kan forandres. Når man har lite tro på egne evne og muligheter vil den deprimerte i mindre grad prøve ut nye ting og være mindre motivert for å utføre nye handlinger. Det kan derfor være en utfordring både i forebygging og behandling av deprimerte å endre motivasjon og atferd. Samtidig er utvalget i denne studien mødre som selv har ønsket å få delta i intervensjonen, noe som skulle bety at de vil være mer motivert i utgangspunktet, ha høyere forventning om mestring før intervensjonen starter og lettere kunne gjennomføre en endring. I studien til Dalgard (2004) ble det antatt at motivasjon og frivillig ønske om deltagelse var noe av forklaringen for at resultatet var bedre enn i ODIN studien.

Når denne intervensjonen avsluttes viser resultatet en økning i gjennomsnittlig GSE til 30,7 poeng, og 4 måneder etter avsluttet intervensjon var gjennomsnittlig GSE på 30,3 poeng. Resultatet i denne studien viser en endring på 25 % fra pretest til posttest. Dette indikerer at intervensjonen har økt mestringsforventningen hos mødre som deltar i intervensjonen. Endringene i denne studien samsvarer med endringen i studien til Oikava et al (2007) hvor en gruppe deprimerte kvinner økte mestringsforventning etter 7 ukers psykoedukativ, kognitiv gruppe intervensjon. Den økte mestringsforventningen bidro til at de bedre mestret depresjonen. For mødre i denne studien kan den økte mestringsforventningen i følge Snyder (2002) og Arkowitz (2002) bety en økt motivasjon og kompetanse til å gjennomføre intervensjonen og endring av atferd. Forventet mestring hos mødre kan også i følge Oikava et al (2007) og Luszczynska et al (2005) lettere gi mødre i denne studien reell mestring. Den økte mestringsforventningene hos deltagerne kan dermed bidra til en bedring i deltageres psykisk helse (Leganger et al, 2000).

Alle deltagerne svarte i evalueringen etter avsluttet intervensjon at de hadde et ønske og en tro på at de skulle bruke mestringsteknikkene og 80 % svarte at de hadde fått økt tro på sin egen og sine barns fremtid. Flere av deltagerne uttrykte at mestringsteknikkene i intervensjonen

gav en trygghet i forhold til utfordringer i hverdagen. De hadde nå fått et praktisk redskap som de trodde virket. Flere deltager beskrev hvordan de i konkrete situasjoner tok frem mestringsteknikkene. I flere studier er variabelen knyttet til pasienten funnet å spille den største rolle for terapiens effekt (Lambert & Ogles, 2004). Noe som kan bety at deltageres egne forventninger og innsats i denne studien er viktig. Det betyr som Bandura (1997) sier at deltageres økning i mestringsforventning etter intervensjonen, har avgjørende betydning for prestasjoner, motivasjon og sluttresultater av behandlingen.

Motivasjon og forventning til egen mestring

Deltageres økte mestringsforventning kan bety økt motivasjon til handling og forventning til egen mestring. I tillegg kan økt mestringsforventning bety opplevd kompetanse i gitte situasjoner og en mer generell følelse som økt selvillit og selvfølelse til å gjennomføre handling og atferdsendring. Ved gjennomføring av intervensjoner er det viktig at deltagerne får en økt forventning om mestring fordi mestringsforventningen er avgjørende for hvor mye usikkerhet og stress som oppleves i forkant av utfordringer og hvilken innsats og anstrengelse som blir lagt ned i gjennomføringen. Spesielt viktig kan dette være i psykoedukative metoder hvor deltagerne får kunnskaper om egen lidelse og mestring men hvor endring er avhengig av at deltagerne er motiverte, aktive til selv å utfører handling. En kognitiv frykt for å mislykkes og liten tro på at en kan mestre utfordringer vil øke sannsynligheten for at deltagerne i kurset faktisk ikke mestrer nye utfordringer (Bandura, 1997).

Det kan være ulike årsaker til deltageres økte mestringsforventning. Sannsynligvis vil positive mestringserfaringer i ukene som intervensjonen varte ha stor betydning i følge Bandura (1977b,1990). Deltagerne fikk ulike mestringserfaringer ved at de prøvde ut intervensjonens ulike modeller og teknikker både i gruppe sammen med andre deprimerte, men også hjemme mellom hvert gruppetreff. De tok erfaringene med tilbake til gruppen og delte dem med både deltagere og kursleder. Deltagerne oppøvde og prøvet ut nye ferdigheter, satte seg mål gjennom intervensjonen og la bak seg mestringsstrategier som var mindre hensiktsmessige. De gikk progressivt frem og satt små mål slik at de fikk til positive prestasjoner. Deltagerne ble stimulert til aktiviteter der målet er en direkte effekt på de negative følelsene, noe som kan føre til øket motivasjon og tro på et positivt resultat.

Samtidig sier Dalgard et al, (2003) at en følelse av å ha mislykkes, også kunne gi erfaring i form av å snu en negativ opplevelse til en positiv erfaring. Det kan bety for deltagerne i denne studien, at erfaringene med å ikke mestre kan snus til en positiv erfaring. Mange av eksemplene som ble brukt i gruppen var situasjoner hvor deltagerne opplevde å ikke mestre situasjoner eller hendelser. Sammen fant deltagerne og kursleder mulige mestringsstrategier.

Når deltagerne delte mestringerfaringer, observerte mødrene hverandre. Mange forventninger har sammenheng med observasjon av andres atferd (Bandura, 1977b, 1990). Mødrene i studien kan tjene som kilde til interesse og inspirasjon for hverandre. Når de så andre mestre en situasjon kan det ha blitt generert en forventning i mødrene om at dette kan jeg også klare. Deltagerne i intervensjonen kan altså opparbeide en viss tro på seg selv ved å se andre mødre gjøre nye utfordringer, sette seg mål eller fortelle om sine erfaringer. Dette så en tydelig i gruppen når noen fortalte om mestringsstrategier som de konkret hadde hatt positive erfaringer med i forhold til seg selv eller i forhold til barna. Veldig ofte ble metodene prøvet ut av andre mødre. Hvilken effekt modellering vil ha på mødrene som deltar i intervensjonen, vil avhenge av hvordan rollemodellene eller andre mødre mestrer utfordringene og hvordan mødrene vurderer seg selv i forhold til andre mødre i gruppen. Som Bandura (1997) sier, er det viktig å sammenligne seg med en på sitt eget nivå og situasjon. Alle var kvinner, og for mange av deltagerne var bakgrunn og livssituasjon lik. De fleste av mødrene levde i et fast parforhold og alle hadde barn. Over halvparten av mødrene var to barns mødre. De hadde mange felles faktorer og delte erfaringer og utfordringer fra hverdagen som mor. Effekten av å samle bare kvinner i en gruppe kan derfor være ekstra viktig når det forekommer positive mestringsforventninger i gruppen.

I tillegg til at mødrene var viktige rollemodeller for hverandre, var de flinke til å gi hverandre positiv støtte og oppmuntring. Den støtte og oppmuntring som deltagerne i denne studien gav hverandre kan være medvirkende til at deltagerne anstrengte seg mer, noe som igjen øker deres sjanse for suksess (Bandura, 1991). For deprimerte mennesker kan den verbale overbevisning være vanskelig, fordi de har lett for å stole på gamle negative oppfatninger om seg selv eller fordi de ubevisst husker og fremhever det negative (Watkins et al, 2001). Deltagerne i denne studien gav uttrykk for at gruppen hadde et støttende og trygt miljø og i følge Bandura (1991) kan deltagerne ved trygge omgivelser både sosialt og verbalt overbevises om at de kan mestre en situasjon. I evalueringsskjema fremkommer det at deltagerne synes samarbeidet med kurslederne var bra. Det kan tenkes at de opplevde støtten

fra kurslederne som ekte omsorg og et oppriktig ønske om å hjelpe. Dette kan det være en sterk motgift mot demoralisering og medvirkende til å øke mestringsforventningen.

Når deltagerne erfarte at depresjonssymptomene endret seg, kan også det ha gitt dem en positiv motivasjon og en økt tro på endring. Spesielt vil de fysiologiske symptomer kunne oppleves og registreres av deltagerne som positivt. Deltagerne kjente seg mindre trette gjennom intervensjonen. Når deltagerne kjente fysiologiske signaler på kroppen, kan det medvirke til å fremme en forventning om mestring.

Mobilisering av aktivitet og kontroll

Intervensjonen KID, er en psykoedukativ metode. I psykoedukasjon er et av målene at deltagerne skal ta mer ansvar i eget liv (Mørk et al, 2005). Psykologisk mobilisering refererer til individets opplevelse av å ha kontroll over forhold i sitt eget liv. I følge Bandura vil økt kontroll for deltagerne i studien ha vesentlig betydning i atferdsendring, fordi de da kan utøve innflytelse over egen bedring. Risikoen for tilbakefall er også mindre hvis deltageren forklarer bedringen som et resultat av egne krefter og evner (Coyne et al, 1999).

Deltagerne opplevelse av kontroll behøver ikke å henge sammen med den faktiske og aktuelle kontroll som kan utøves. Deltagerne kan således oppleve å ha kontroll over sin depresjon selv om de ikke alltid rent faktisk klarer å mestre situasjoner (Lazarus et al, 1984). Når denne studien viser en økt mestringsforventning, kan det tyde på at de i større grad mobiliserte egne krefter og tok kontroll over egne liv. Intervensjonen KID gir deltagerne et verktøy. Økt mestringsforventning kan bety at deltagerne mobiliserer og tar ansvar for å bruke verktøyet i helbredelsesprosessen på en slik måte at de oppnår kontroll og følelse av mestring. Man kan dermed si at verktøyet er unyttig om man ikke deltagerne i studien mobiliserer egeninnsats. Deltagerne i denne studien viste en gradvis mobilisering av ressurser og tok gradvis økt kontroll over sine liv. De begynte å vurdere egen atferd, handling og konsekvenser av handling. Flere deltagere utformet personlige mål og var aktive ved gjennomføring for å nå målene. Deltagerne var også aktive i veiledning av hverandre og kom med forslag og løsninger til egne og andres problemer. Å mobilisere i en bedringsprosess for den deprimerte innebærer at vedkommende er bevisst egne valg, handlinger, konsekvenser og er aktiv i utførelsen. I evaleringskjema fremkommer det at de økte hyggelige aktiviteter, sosial kontakt og brukte og ønsket å bruke kunnskapen som de hadde lært. Økt mobilisering

kan forstås som det motsatte av hjelpeløshet, avhengighet og tap av kontroll som mange med psykiske lidelser opplever og som Seligman (1975) mener er helt grunnleggende å endre for å komme ut av depresjonen.

Mobiliseringsperspektivet har også begrensninger, det vil si at det krever er visst overskudd og ansvarsfølelse for å gjennomføre en atferdsendring. Denne type tilnærming har vært kritisert for å handle for mye om individet og at atferd sees på som en personlig utfordring. Det kan være et langt stykke å gå fra følelsen av motløshet og håpløshet til det stadiet der man gjennomfører denne prosessen. Mange deprimerte har en forventning om å bli hjulpet når de kommer til behandling. Mange er slitne og er ikke i noen ”mobiliseringsfase”. Det trengs derfor innlevelse slik at man oppnår et samarbeid og den deprimerte selv på sikt kan ta styringen. Det kan være en utfordring å legge opp til en slik utvikling både i forebygging og behandling, fremfor å forsterke demobiliseringen. Og det er nettopp denne demobiliseringen som er målet å unngå i den psykoedukative behandling.

5.3 Varighet av endring

Denne studien har tre måletidspunkt. Måletidspunkt tre i denne studien er foretatt 4 måneder etter avsluttet intervensjon. Dette måletidspunkt viser utvikling og varighet av endring etter avslutter intervensjon. Resultatet fra denne studien viser en signifikant endring både i depresjonssymptomer og mestringsforventning. Endringene i depresjonssymptomer og mestringsforventning fra posttest til 4 måneder etter intervensjon er ikke signifikant, men resultatet viser at varighet av endring er stabil fra avsluttet intervensjon og inntil 4 måneder etter intervensjonen.

Denne studien samsvarer med studien til Dalgard (2004) og Cuijpers et al (2007), hvor den største og signifikante endringen forekom etter avsluttet intervensjon, men hvor varighet av endring var stabil 6 måneder etter avsluttet intervensjon. For mødrene i denne studien betyr det at de 4 måneder etter intervensjonen fremdeles har reduserte depresjonssymptomer og økt forventning om mestring sammenlignet med før de startet på KID kurs.

Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse. En studie fra primærhelsetjenesten viser at det er mer vanlig enn uvanlig med tilbakevendende perioder med depresjon (Coyne et al,1999). Flere studier bruker varighet av endring og tilbakefall av symptombelastning som

mål på effekt (Dowrick et al, 2003 ; Kuhner, 2003; Dalgard, 2004; Cuijpers et al, 2007; Oikava et al, 2007).

Effekten av intervensjonen kan avta når gruppen avsluttes. Og risiko for tilbakefall kan da være stigende. Noen mennesker er mer sårbare for tilbakevendende depresjoner enn andre. Både arv og miljø har betydning (Kendler et al,2007: Kessler, 2005; Heltema et al, 2005). I følge Coyne (1999) vil en av de viktigste risikofaktorer for depresjon være antall tidligere episoder med depresjon. Depresjon er en alvorlig lidelse grunnet hyppig tilbakefall. Derfor er det viktig å vektlegge betydningen av å identifisere sårbarhetsfaktorer i forebyggings og behandlingsøyemed. For mødrene i denne studien betyr det at forebyggende tiltak som reduserer sårbarhet og kartlegger tidlige signaler på tilbakefall er viktig. Deltagerne i KID setter opp forslag til hva som kan gjøres for å møte fremtidige utfordringer. Målet er å få kunnskap som kan brukes til å håndtere fremtidige problemer slik at effekten og motivasjonen kan vedlikeholdes. Alle deltagerne vil kunne oppleve perioder med vanskelige eller stressende hendelser hvor symptombelastning kan øke, og hvor motivasjon og mestringsforventninger reduseres. Dermed er det grunnlag for å hevde at ved forebygging av depresjon bør deltagerne forberedes på muligheten av nye episoder. Makteløsheten forbundet med nye episoder kan gi depresjonen ny næring, senke motivasjonen og forlenge plagene ytterligere. Målet for deltagerne blir å finne motivasjon og strategier for å gjenvinne kontroll for å redusere makteløsheten. Det vil være ulikt for hver deltager hvor lang tid det tar for å oppleve bedring og hvordan symptombelastning vil kunne øke eller variere. Det kan derfor være viktig å fokusere på depresjonen som en prosess heller enn en statisk tilstand. I følge Borg (2007) er veien og prosessen viktig, og i prosessen er det nødvendig å ha øye for de små skritt som skjer i deltagerens daglige liv og miljø. En prosess kan også inkludere et stadium med tilbakefall for kortere eller lengre tid. Dette sees da som et stadium og ikke som en endelig avbrytelse. Et viktig aspekt i undervisningen på depresjonsmestringskurset er å understreke dette og på siste kursdag vies dette særskilt oppmerksomhet. Man kan stille seg spørsmål om oppfølgingsdagene etter kursets slutt er nødvendige, siden nesten all bedring foregår før disse oppfølgingsdagene. Men det kan også være en mulighet at disse oppfølgingsdagene er medvirkende i forebygging av tilbakefall og den varighet av endring som denne studien viser. Når nye møtetidspunkt er planlagt, kan det øke motivasjon og forventning i tillegg til at temaer blir repetert. Deltagerne har også i denne tiden fått anledning til å bruke kunnskapen, og på oppfølgingsdagene kan de igjen dele sine erfaringer med andre i gruppen. Det kan bety at de får gjenoppfrisket ferdigheter og sosial kontakt med gruppemedlemmene. I deltagerens

evaluering fremkommer et ønske om å fortsette gruppe møtene. Samtidig besvarte 80 % av deltagerne på evalueringsskjema at de så lysere på fremtiden, og at de fortsatt ønsket å bruke det de hadde lært. Det er viktig å avklare roller, forventninger og varighet før intervensjonen starter. Og ved å gjennomføre oppfølgingsdager gjør man det samtidig klart at man ikke forventer at man skal lære seg å leve med depresjon og medhørende problemer i løpet av kort tid men at bedringen er en prosess. Oppfølgingsmøtene kan styrke deltageres motivasjon og gi lærdom om å takle risikoer assosiert med depresjon på en ny måte.

5.4 Deltageres evaluering av intervensjonen

Siste dag av intervensjonen fylte alle deltagerne ut et evalueringsskjema. I alt 30 personer gjennomførte intervensjonen med en oppmøtefrekvens på 83 %. Oppmøtefrekvensen i studien er oppsiktsvekkende og gledelig fordi det dreier seg om mennesker i en vanskelig livssituasjon.

I tillegg til å undersøke effekt, anbefales det å undersøke deltageres opplevelser (Lehman et al, 2004). Svarene fra deltagerne i denne studien kan tolkes dit hen at det er flere ulike faktorer som har påvirket resultatet av denne studien. Noen av deltagerne har fått en betydelig høyere grad av kunnskap om sin egen lidelse og en økt tro på fremtiden. De svarte at de var mer bevisst negative automatiske tanker, og tolkningens betydning for følelsene.

Undervisning om disse tema er sentralt i intervensjonen. Veileder for helsestasjonstjenesten (SHdir, 2004) anbefaler at helsestasjonen skal gi brukerne opplæring og ny kunnskap som kan øke mestringsevnen. Opplæringen som gies i denne intervensjonen er kunnskap om egen lidelse, lidelsens egenart og nye mestringsstrategier som er hensiktsmessige. Opplæring og undervisning kan redusere stress og usikkerhet knyttet til sykdom og lidelse, og det kan styrke beskyttelsesfaktorer og fremme bedring. I all undervisning er det viktig at opplæringen tilpasses etter den enkeltes forutsetninger (Orem, 2001). For deprimerte mennesker kan den kognitive læringsprosessen være vanskeligere fordi de ofte har mindre kognitiv kapasitet og evne til å generalisere kunnskap (WHO, 2000; Rund, 2002). For deltagerne i KID gruppene ble undervisningen gitt i 8 strukturerte undervisningsdager og det ble tatt hensyn til at den kognitive innlæringen ved en vektlegging på repetisjon. Deltagerne i studien synes at de fikk svært godt utbytte av undervisningen på kursdagene. Hele 96,7 % mente at den hadde svært stor betydning og det var ingen som svarte at den hadde liten betydning. Det kan dermed tyde på at undervisningen som ble gitt på kursdagene var tilpasset deltageres kognitive kapasitet og at denne gruppen med deprimerte klarte å generalisere og nyttiggjøre seg av kunnskapen

som ble gitt. Det ble også bekreftet ved at deltagerne anvendte ny kunnskap gjennom hele kurset. Eksempler på dette er at enkelte deltagere viste større forståelse for egen sårbarhet. De ble flinkere til å sette grenser i forhold til seg selv og sine omgivelser. Andre begynte å systematisk planlegge aktiviteter og sette seg små mål for endring av aktivitet og atferd. Deltagerne beskrev at disse endringene var med på å redusere belastninger i hverdagen. Svarprosenten var lav på hvilke temaer de ønsket mer undervisning om. Det kan være ulike årsaken til dette. Mulig kan årsaken være at spørsmålet ble for vanskelig eller tok for mye tid. Fowler(1985) sier at det ikke er uvanlig at deltagere unnlater å svare fordi det blir for vanskelig.

Av deltagerne i denne studien svarte 86,7 % at samarbeidet med kursholderne var svært bra. Det kan tyde på at den terapeutiske alliansen mellom kursledere og deltagere var tilfredsstillende og den kan ha vært en medvirkende faktor til hvordan deltagerne nyttiggjorde seg av kunnskapen. I tillegg svarte 73 % at det var av stor betydning å møtes i gruppe med andre deprimerte. De beskriver at det å møte andre deprimerte er viktig fordi det er mennesker som umiddelbart har skjønnet hva de har snakket om. Og det blir her understreket av flere viktigheten av at det å være sammen med andre deprimerte som også har barn er viktig. Deltagerne gav uttrykk for at deltagelse i gruppe med andre deprimerte gav en følelse av å ikke være alene med sine bekymringer. Det kan dermed synes som om deltagerens evaluering av allianse og samhold både med kursleder og deltagere kan ha vært positivt medvirkende for tilfredshet av resultat i gruppen.

Mødrene som har deltatt på KID-kurs på helsestasjonen har gitt kurset som helhet en positiv evaluering. Hele 93 % svarte at kurset svarte til deres forventninger. Og det var ingen som mente at kurset hadde hatt noen negativ virkning på deres situasjon. Tilbakemeldingene går på at kurset har vært nyttig og dette stemmer også overens med den positive evalueringen foreldrene muntlig gav. Foreldrene mente at deres bekymringer avtok og at de fikk en økt tro på sin egen og sine barns fremtid. De hadde fått en økt lyst til å gjøre noe med sin psykiske situasjon og fått en større tro på at de nå ville strekke til i foreldrerollen. Mange uttrykte at når behandlingstilbudet ble lagt opp som kurs og møtene ble gjennomført på "helsestasjonen" var det mindre stigmatiserende og mer tilfredsstillende enn tidligere tilbud. Det vil også kunne føre til at flere vil søke hjelp enn om samme type behandling hadde vært tilbudt et annet sted og blitt beskrevet som behandling og ikke kurs.

Mange av deltagerne strevde med ulike problemstillinger og for enkelte var den daglig fungering vanskelig. Det kan gi opphav til mange ulike følelser og belastninger. Felles for mange av deltagerne i denne studien var tema som omhandlet dagliglivet i forhold til familien og da spesielt skyldfølelsen ovenfor barna. Skyldfølelse understrekes også i tidligere forskning som en belastning for den deprimerte (Anthony, 1976; Gilbert, 2007).

Tidligere forskning bekrefter at mennesker med psykiske lidelser har behov for å oppleve å fungere normalt i dagliglivet (Borg, 2007). Når deltagerne evaluerer intervensjonen og mener at den har gitt dem større tro på fremtiden, kan det synes som om det å møte andre i samme situasjon, ta opp problemstillinger i dagliglivet, og få kjennskap til konkrete mestingsteknikker har gitt en følelse av håp for deltagerne, noe som igjen kan påvirke den daglige fungering. Metode og teknikker kan brukes som et verktøy i deltagerens egne liv og i samspill med andre. Det kan synes som om kunnskapen som er blitt tilegnet gjennom kurset har vært medvirkende årsak til de har fått lyst til å gjøre noe med sin psykiske situasjon og at 96 % ønsker å ta i bruk den nye lærdommen.

Skjemaet som er brukt for deltagerens evaluering av kurset, er ikke testet ut og validert. Det kan derfor ikke med sikkerhet sies om det måler det som er tenkt å måle. Dataene må derfor tolkes med varsomhet. Det er likevel grunn til å ta deltagerens opplevelser og evalueringer av intervensjonen som troverdig da mange av de samme ytringene som også vises i spørreskjemaene spontant kom frem i gruppen.

5.5 Forbedring av intervensjonen

Kurs i depresjonsmestring følger kursboken ”å mestre depresjon” (Dalgard et al, 2003). Mødre med psykiske lidelser som ønsker å delta i intervensjonen kan ha behov for støtte og undervisning utover de tema som beskrives i manualen. Når intervensjonen gjennomføres på helsestasjonen kan problemstillingene være annerledes for deltagerne her enn for deltagerne som melder seg på lignende kurs andre steder. Flere av deltagerne i denne studien ønsket lengre intervensjon og økt fokus på familiesituasjonen, da spesielt barna. Mange av deltagerne ønsket mer fokus på sinnemestring, håndtering og oppfølging av barn på ”triste” dager og samtalen med barna. Dette stemmer overens med tidligere forskning som viser psykisk psykiske foreldre er engasjert og bekymret for omsorgsoppgaver rundt barna (Beardslee, 2002).

Det utviklet seg etter hvert et tillitsfullt forhold mellom deltagerne i gruppen, og betydningen av å møte andre i samme situasjon var stor. Det at så mange ønsket øket fokus på håndtering av barna kan tyde på at gruppen var en trygg plass for deltagerne å ta opp vanskelige problemstillinger. Som tidligere forskning viser er barna et vanskelig men ønsket tema for den deprimerte å drøfte (Mevik et al, 2000; Beardslee, 2002). I evalueringsskjema fremkommer det at opplevelsen av å strekke til som mor eller far økte etter kursets slutt og 96 % svarte at innholdet i kurset gav dem ideer til nye mestringsteknikker som de kunne bruke som foreldre. Det betyr at slik manualen og intervensjonen drives i dag gir det deltagerne et verktøy som er anvendelig også i foreldrerollen. Når da mange ønsker mer fokus på dette tema kan det tyde på at behovet for å ta tak i disse problemstillingene for deltagerne var store. Dette bekreftes også av Mevik et al (2000).

Manualen og intervensjonen slik den i dag gjennomføres er anvendelig for foreldre på helsestasjonen, men en kan videre tenke seg at det kan legges til et tema i manualen for denne gruppen. Med flere deprimerte foreldre sammen og kunnskapen om foreldrefungeringens betydning for barna, kan det være naturlig å dekke tema foreldrefungering i større grad når kursene drives for foreldre på helsestasjonen.

Når denne studien viser at deltagerne hadde en reduksjon i depresjonssymptomer og en økning i mestringsopplevelsen vil man kunne anta at man har mer overskudd og lettere vil kunne gi barna den omsorgen de trenger. Men en må kunne foreta justeringer slik at deltagerne får best mulig utbytte av intervensjonen. Det ideelle kunne være å fortsette intervensjonen over lengre tid. Det er forsøkt å imøtekomme dette behovet for deltagerne i studien ved å oppfordre til videre oppfølgingsmøter for de som ønsker det.

5.6 Utprøving og evaluering

KID-kurs har tidligere ikke vært utprøvd og evaluert i helsestasjonsvirksomheten. Resultatet av denne studien viser at intervensjonen KID slik den i dag gjennomføres, gir en signifikant endring av depresjonssymptomer og mestringforventning hos en gruppe mødre på helsestasjonen som sliter med milde til moderate depresjonssymptomer. Effekten er varig fire måneder etter avsluttet intervensjon. Resultatet viser at deltagerne fikk redusert grad av depresjonssymptomer og økt forventning om mestring. Mødrene som deltok i studien var svært tilfredse med tilbudet. Deltagerne økte sitt sosiale nettverk, og endret sosiale kontakt og aktivitet gjennom disse ukene som intervensjonen varte. Deltagerne fikk en økt tro på

fremtiden både for seg selv og sine barn. Det var ingen som opplevde at intervensjonen hadde noen negative virkning. Dette resultatet kan tyde på at KID er en intervensjon som i løpet av relativt kort tid kan bidra til å stanse en negativ utvikling. En hurtig, merkbar effekt kan dessuten virke motiverende og føre til at den deprimerte relativt raskt får en mer offensiv holdning til sine utfordringer, økt motivasjon og forventning.

Det er i tidligere forskning funnet svært god effekt av intervensjonen blant kvinner og menn med lette og moderater depresjoner (Downrick et al, 2000; Kuhner, 2003; Dalgard, 2004; Cuijpers et al, 2007). Resultatet fra denne studien tyder på at intervensjonen er gjennomførbar på helsestasjonen og at den gir samme effekt som tidligere studier også når helsesøster med sin kompetanse, opplæring og veiledning benytter seg av intervensjonen til deprimerte mødre på helsestasjonen. Deltagernes reduserte depresjonssymptomer, økte mestringsforventning og positive evaluering, kan tyde på at KID kan være et viktig forebyggende og helsefremmende tiltak på helsestasjonen for både mor og barn slik den i dag utføres. Ved å gjennomføre denne intervensjonen kan helsestasjonen bidra til tidlig intervensjon slik veilederen anbefaler (SHdir, 2004).

Slik KID i dag drives, vil kjerneprinsippene bidra til rettleiding, men det synes samtidig som at varierende behov og struktur i miljøet vil kunne endre intervensjonen til en viss grad. Dette kan være en del av en vellykket tilpasningsprosess (NIMH, 2001). Dette bekreftes også av Dalgard et al, (2003) som sier at selv om intervensjonen er universell og kan brukes blant ulike grupper i befolkningen kan det likevel være nødvendig med visse tilpasninger for å få til et vellykket resultat. Deltagerne i denne studien ønsker at intervensjonen i større grad skal ha fokus på tema som omhandler den deprimertes forhold til barnet. Muligens vil dette forbedre intervensjonen til denne gruppen og være en naturlig del når intervensjonen gjennomføres på helsestasjonen.

Min erfaring som helsesøster har vært positiv med å gjennomføre KID på helsestasjonen. Som helsesøster har det vært nyttig å ha et konkret ”verktøy” og bruke en evidensbasert metode i det forebyggende og helsefremmende arbeid med deprimerte mødre. Interessen og oppmerksomheten for deprimerte er økt etter at kurset ble etablert, og mulig har dette en sammenheng med at oppfølgingen av deprimerte er enklere og mer håndterbar for helsesøstrene når de kan tilby KID kurs. Når intervensjonen først er etablert, er min erfaring at gjennomføringen er mindre ressurskrevende enn individuell oppfølging av hver enkelt mor. Erfaringsmessig får mødrene en større forståelse for egen situasjon, og for mange betyr

kompetansen at de møter nye utfordringer i forhold til seg selv og sine barn på en bedre og mer hensiktsmessig måte.

6 Konklusjon og anbefalinger

Denne studien indikerer at det er en sammenheng mellom et lavterskeltilbud som kurs i depresjonsmestring på helsestasjonen, reduserte depresjonssymptomer og økt mestringsforventning hos en gruppe mødre. Ved reduksjon i depresjonssymptomer og en økt tro på egen mestringsevne kan mødrenes psykiske helse bedres. Når forskningen viser at det kan være problematisk å opprettholde god foreldrefungering ved psykisk sykdom (Karevold et al, 2009; Beardslee, 2002), kan man anta at redusert grad av depresjonssymptomer, økt mestringsforventning vil kunne ha stor betydning for mødrenes foreldrefungering. Studien kan tyde på at når helsesøster gjennomfører intervensjonen på helsestasjonen, kan det virke forebyggende og helsefremmende for både mor og barn. Det vil både på et menneskelig og samfunnsmessig plan være bedre å intervensjonere tidlig før sykdom får utvikle seg og føre til større lidelser både for personen som er syk og miljøer rundt den syke. Å gjennomføre tiltak som kurs i depresjonsmestring på helsestasjonen, er et paradigmeskifte i det psykiske helsevesen. Behandlingen iverksettes på et tidlig stadium, krever lite ressurser i forhold til individuell behandling og er kostnadseffektivt i tråd med de helsepolitiske føringer i samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Tiltaket som i dag tilbys kan videre skape håp og tro på at det er mulig å gjøre noe med en negativ livssituasjon og samfunnstrend. Forskning på effekten av KID-kurs er ennå på et tidlig stadium, men funn som er gjort til nå tyder likevel på en positiv helsemessig effekt for dem med milde til moderate depresjonssymptomer. Kursene bygger på veldokumenterte og etablerte metoder som fremmer menneskers evne til å mestre belastninger. Det er i dag stadig full deltagelse på kursene på helsestasjonen og en stadig større etterspørsel etter nye kurs. Og det ser imidlertid ikke ut til at man behøver å vente til man blir diagnostisert som deprimert, eller ha en langvarig depresjon, for å ha nytte av teknikkene og kurset som helhet.

Mødrene som har deltatt i denne studien har vært tilfredse med tilbudet, noe som er av stor betydning når vi velger å fortsette tiltaket. Det er å håpe at arbeid med denne intervensjonen vil styrke det forebyggende og helsefremmende fokus i familien, og at det videre satses på intervensjonsprogrammer som legger vekt på å sikre familien den hjelpen de trenger.

6.1 Studiens begrensning

Studien har sin styrke i at intervensjonen er evidensbasert og egnet for primærhelsetjenesten der behovet for depresjonsbehandling er stort. Svakheten med studien er at det er et lite utvalg, og at den gjennomføres som en pilot med et kvasiekperimentelt design hvor det ikke ble foretatt randomisering med intervensjon og kontrollgruppe. Resultatet i denne pilotstudien kan derfor ikke generaliseres, men viser kun til antagelser. Styrken på resultatet er også avhengig av utvalgsstørrelsen. Når det i denne studien er et lite utvalg vil hver enkelt deltagers svar få større betydning for gjennomsnittet og totalresultatet enn ved større utvalg. Det betyr at ekstremverdier vil gi større utslag i små utvalg.

Alle data i denne studien er selvrapporterte og studiens design kan ikke si noe om årsaken til endringen. Det har ikke blitt kontrollert for andre årsaksaktorer eller bakgrunnsvariabler som kan ha innvirket på resultatet. En må også ta med i betraktning at studien har strukket seg over en lengre tidsperiode hvor flere faktorer kan bidra til endring. Noen av deltagerne var blant annet under behandling, både medikamentell behandling og psykoterapi. For enkelte av deltagerne skjedde det også endringer i livet som kan ha innvirket på endringer av depresjonssymptomer og motivasjon. Noen av deltagerne fikk seg jobb, nytt bosted osv. Lund peker på at både historie og modning har betydning for validitet i en slik studie (Lund, 2002). En kan ikke utelukke at noe av årsaken til en signifikant reduksjon i symptomskår og en opprettholdelse og varighet av endring både i depresjon og mestringsforventning etter 6 måneder kan skyldes helt andre årsaker enn intervensjonen og at dette er faktorer som kan ha påvirket resultatet. Men som en helhetsvurdering kan en modning også være en del av en prosessen mot bedring og er derfor viktig å ta med i en helhetsvurdering av effekt for intervensjonen (Lund, 2002).

6.2 Anbefaling til klinisk praksis og videre forskning

Folkehelseinstituttet (2009) anbefaler blant annet at de store helseutfordringene innen psykisk helsetjeneste i fremtiden må møtes med effektive og kunnskapsbaserte forebyggende tiltak. I denne sammenheng er denne pilotstudien betydningsfull for praksis av flere grunner. Det er ikke funnet tidligere studien som har undersøkt kurs i depresjonsmestring på helsestasjonen. Videre har studien pilottestet effekten i en klinisk hverdag. Deltagernes forbedrede depresjonssymptomer, økt mestringsforventning og tilfredshet, er en viktig indikator på

kvaliteten av den gitte sykepleie. Funnene er viktige og kan være med på å underbygge og bedre helsesøsters praksis i møte med deprimerte mødre.

I klinisk praksis er det viktig å ha en holdning som anerkjenner at tilnærmingen til foreldre med depresjonssymptomer er et sammensatt og komplekst fagområde og samtidig arbeide for ny kunnskapsutvikling innenfor området. Resultatene i denne studien viser at ikke alle tiltak er like vanskelig å gjennomføre. Det viser også at helsesøster i sin tjeneste sammen med med den deprimerte og enkle midler kan påvirke depresjonssymptomene og mestringsforventning i positiv retning.

Resultatene fra denne studien danner grunnlag for planlegging og gjennomføring av en ny studie på et større utvalg og med design som i større grad kan generalisere resultatet. Det anbefales derfor at videre forskning inkluderer flere deltagere og at det opprettes både kontroll gruppe og intervensjonsgruppe hvor det blir foretatt randomisering. Det anbefales også at effekten måles over en lengre tidsperiode enn denne studien foretar for å få mer informasjon om varighet av endring. Studier som gjennomføres på helsestasjonen hvor hensikten er å forebygge for både mor og barn bør imidlertid ikke bare se på effekter på mor, men også barnets fungering og kvaliteter på samspillet mellom mor og barn.

Videre ville det på basis av denne studien være interessant å se på sammenhengen mellom depresjonssymptomer og mestringsforventning hos deltagerne og også inkludere begge kjønn i studien for å vurdere om effekten i grupper med både kvinner og menn på helsestasjonen har samme effekt. En studie over tid ville kanskje kunne vise at sjansen for tilbakefall ble redusert eller at de som hadde deltatt raskere ba om hjelp ved tidlige tegn på tilbakefall og således fikk en lettere eller kortere periode med depresjon.

7 Litteraturliste

- American Psychological Association (1994). *DSM IV. Sourcebook*, vol 1. Washington, DC: American Psychological Association
- Anthony, E.J. (1983): An overview of the effects of maternal depression on the infant and Child I: Morrison, H. (Red.): *Children of Depressed Parents- Risk, Identification and Intervention*. 1-17. New York: Grune & Stratton.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. I: D.K.Freedheim (ed). *History of psychotherapy: A century of change*(pp.261-303). Washington, DC: American psychological association.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazques - Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey,P.(2001). Depression disorders in Europa: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, vol. 179, (4), 308-316
- Backentrass,M ., Schwarz, T, Fiedler, P., Joest, K. (2006) Self - efficacy beliefs and locus of control orientation. *Psychotherapy Research* vol 16(2)
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*.Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall Inc. Publishers
- Bandura, A. (1977b).Self-Efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change.*Psychological Rewiev* 84,191-215
- Bandura, A. (1990). Conclusion:Reflectionson Nonability Determinants of Competence. I:Sternberg,R., Kolligan,J.jr (red). *Competence considered*. Yale University Press.
- Bandura, A. (1991). *Self - efficacy mechanism in physiological activation and health promotion behaviour*. In J. Madden, IV (Ed.), *Neurobiologi of learning, emotion and effect*. New York: Raven
- Bandura, A.(1997). *Self – efficy the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Bayer, J .K., Sanson, A.V. & Hemphill, S.A.(2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties..*Journal of Applied psychology*, 27, 542-599.

- Beardslee, W. R. & Wheelock, I. (1994). Children of parents with affective disorders: Empirical findings with clinical implications. I W. M. Reynolds & H. F. Johnston (red). *Handbook of depression in children and adolescents* (ss. 463-479). New York: Plenu Press.
- Beardslee, W. (2002). *When apparent is depressed. How to protect you children from the effects of depression in the family?* Boston, New York, London: little Brown an Company.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry, vol. 42, (4), 561-571
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row
- Beck, A .T.(1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Internasjonal Universities press.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Beck, A.T & Steer, R .A.(1987). *Manual for Beck Depression Inventory*. San Antonio, Tex Psychological Corporation
- Beck, A.T & Steer, R .A & Garbin, M.G.(1988). Pschycometric properties of the Beck Depression inventory - 25year of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100
- Beck, C.T.(2001). Predictors of postpartun depression - An update. *Nursing Research*, 50.275 - 285.
- Beck, C.T.(2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12 453-47
- Bäck- Wiklund, M (1999): *Moderne moderskap*. I Denick, L., Schultz Jørgensen, P. (red) Børn og familie i det postmoderne samfund. København. Hans Reitzels Forlag
- Bentsen, H. (1999): Psykoedukativ familieintervensjon ved psykoser. I: Borchgrevink, T.S Fjell og B.R. Rund (red.) *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug

- Bentsen, H. (2003). Bedrer psykoedukativt familiebehandling forløpet ved schizofreni
Tidsskrift for Den norske legeförening, 123
- Berg- Nilsen, T. S., Vikan, A. og Dahl, A.A. (2002). Parenting Related to Child and Parental
Psychopathology: a Descriptive Review of the Literature. I: *Clinical Child Psychology
and psychiatry*.7,529-552. London: SAGE: Publications.
- Bijl, R.V., Cuijpers, P., Smith, F.(2002).Psychiatric disorders in adult children of parents
with a history of psychopathology.*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37:7-
(12)
- Bjelland ., I., Dahl, A., Haug,T.and Neckelman, D. (2002).The validity of the Hospital
Anxiety and Depression Scale.An updated literature review. *Journal of Psychosomatic
Research*
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell,G.S.and Tambs, K.(2008). Does a
higher educational level protect against anxiety and depression?The HUNTstudy. *Social
Science medicine* .66(6):p 1334-1345
- Borg, M.(2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of
individuals recovering from severe mental health problems*. PhD avhandling. Institutt
for sosial arbeid og helsevitenskap (ISH), Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiledelse (SVT), NTNU, Trondheim
- Buist, A., Barnett, B., Milgram, J., Pope, S., Condon, J., Elwood, D., Boyce, P., Austin, M.,
Campbell, S.B., Brownell C.A., Hungerford, A., Spieker, S.J., Mohan, R and Blessing, J.S
(2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as
predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*,
16(2):p.231-252
- Campbell, S .B ., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.J., mohan, R. and Blessing,
J.S.(2004).The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as
predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*,
16(2):p.231-252
- Cattan, M., White, M., Bond, J. and Learmouth, A. (2005). *Preventing social isolation and
loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*.
Ageing & Society.25: p. 41-67.

- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007): *Adolescence risk and resilience. Against the odds*. Wiley series in understanding adolescence. John Wiley & sons, Ltd
- Coyne, J.C, Flynn, H. & Pepper, C. M. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patients populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 78-81
- Cuijpers, P., De Graaf, R., Van dorsselaer, S.(2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 79: 71-79.
- Cuijpers, P., Smit, F., van Straten, A.(2006). Psychological treatments of late-life depression: a Meta - analysis of randomized controlled trials. *International journal of Geriatric Psychiatry*. 21 (12):p.1139-114
- Cuijpers, P., Smit, F., Van Straten, A. and Warmerdam, L.(2007). Behavioral activation treatment of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 27(3).p.318-326
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrinc, J., De Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A.(2007). Economic costs of minor depression, a population- based study. *Acta Psychiatr Scand*; 115: 229-236
- Cuijpers, P., Munoz, R .F ., Clarke, G.N. and Lewinsohn, P.M. (2009). *Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later*. *Clinical Psychology Review*, 2009. 29(5): p. 449-458.
- Dalgard, O.S., Døhlle, E., Ystgaard, M.(1995). *Sosialt nettverk, helse & samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O.S., Børve, T.A., & Nævra, A.(2003). *Å mestre depresjon*. Nittedal. Hestholms Trykkeri.

- Dalgard, O.S.(2004). Kurs I depresjonsmestring-en randomisert kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 23;24:3043-6
- Dalgard, O.S. Rapport 2006:2 *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Folkehelseinstituttet: Oslo
- Dalgard, O., Sog Bøen, H.(2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Rapport 2008:1 Norsk Folkehelseinstitutt
- Dalgard, O.S., Sjetne, I.S., Bjertnas, O.A. and Helgeland, J. *Rapport 2008:6 Levekårsundersøkelsen 2005 Psykiske problemer og behandling 2008*, Folkehelseinstituttet, Kunnskapsenteret: Oslo.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O.S., Hosman, C., Lehtinen, V., Vazques-Barquero, J.L. et al. (2000). Outcomes of Depression international Network (ODIN). Background, method and field trials. *British Journal of Psychiatry*, vol.172(4),359-363
- Eberhard- Gran, M., Eskild, A., Tambs, K. m.fl. (2002). Depression in postpartum and non postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Pcyhiatrica Scandinavica*, 105, 426-433
- Fagerskiöld, A. & Ek, A-C (2003). Expectations of the child health nurse in sweden: Two perspectives. *International Nursing Rewiev* 50 119-128
- Folkehelseinstituttet (2009). *Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8
- Fowler, F.J.(1985). *Survey research methods*. California, USA: SAGE Publications.
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J .S & Gavazzi, S.M. (2002). Multifamily psychoeducation groups for families of children with bipolar disorders. *Journal of bipolar disorders* 4,254-262.
- Frølund, L. & Bechgaard, B.(2002). Psykologisk behandling av kvinner med psykisk lidelse i forbindelse med graviditet og fødsel. *Nordisk psykologi* 54, 217-232
- Gilbert, P.(2007). *Psychotherapy and counseling for depression*. (4ed) London. SAGE Publications.

- Glavin, K., Kvarme, L.(2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetspsykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo:Akribe
- Glavin, K., Smith,L, Sørum, R.(2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J caring sciences*.
- Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, G.L. (2007). Utfordringer for helsesøstertjenesten - og veien videre. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling- metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (323-329). Oslo: Akribes AS
- Gotlib, I.H., & Hammen, C.L.(Eds) (2002).*Handbook of depression*. New York: Guildford Press
- Hahn, B., & Schone, B.S. (1996). Maternal psychological distress: The role of childrens health. *Women and health*, 24, 59-75
- Halbreich,U., Karkun,S.(2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms..*J Affect Disord*; 91:97-111
- Harris, A.D., McGregor, J.C., Perencevich, E.N., Furuno.J.P., Zhu, J., Peterson, D.E et al.(2006).The use and interpretation of quasi-experimental studies in medical informatics. *Journal Of the American medical informatics Association*, 13, 16-23
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet:Oslo
- Helse og omsorgsdepartementet (2009). Stortingsmelding 47, *Samhandlingsreformen*. Helse og omsorgsdepartementet: Oslo
- Heltema JM, Prescott CA, Myers JM,Neal MC,Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for men and womwn *Arch Gen. Psychiatry* 2005. 62(2):182-189
- Holte, A. (2006). Psykisk helsereform -midler og mål.*Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol.43,(1),34-37
- Horton, J. A. (ed). (1995).The womens health data book. *A profile of womens health in the United States*. Second Edition.The Jacobs Institute of Womens Health.Elsevier

- Hovland, O.J. (2007). Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe. *Tidsskrift for norske psykologforening*.vol.44,(7), 878-886
- Hyuan, M.S., Chung, H.I., Lee, Y.J. (2005).The effect of cognitive- behavioural group therapy on depression and self-efficcy of adolescent in Korea. *Applied nursing research*.vol 18(3).
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z.V.(1998).*Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guildford Press
- Ingram, R. E., & Siegel, G.J. (2002).*Contemporary methodological issues in the study of depression*. New York, Guildford Press.
- Ivaneko, A., Crabtree, V.M., Gozal, D. (2005). Sleep and depression.*Sleep Medicine Reviews*, 9(2):115-129
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrøm, E, and Mathiesen, K.S.(2009).*Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence*. *Development Psychology*, 45(4):p. 1051-1060
- Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78 (3), 458-467.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., Gatz, M., and Pedersen, N.L. (2007).The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorders in a Swedish national twin sample.*Psychological medicine*,2007.37(3)
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., and Walters,E.E. (2005).Prevalence ,severity and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.*Archives of General Psychiatry*
- Killen, K. (2000). *Barndommen varer I generasjoner*. Forebygging er alles ansvar
Oslo: Kommuneforlaget
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M.(1992).The course, morbidity and cost of depression
Archives of general Psychiatry, 49,831-834
- Kommunal Kompetanse (2008). Kurs I Mestring av depresjon (KiD)
<http://www.kkomp.no/Modules/Page/viewPage.asp?level=4620&modid=04620>

- Kuhner, C. (2003). Das Gruppenprogram "depression Bewaltingen" und seine varianten-ein aktualiserte metaanalyse. *Verhaltenstherapie*.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M.(2004).The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I: M.J Lambert(ed), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioural Chang.* (pp 139-193). New York: Wiley.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Departementet
- Lazarus, R .S. & Folkman, S.(1984).*Stress ,appraisal and coping*. New York. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. & Folkman, S.(1991).The consept of coping.I Monat, A.& Lazarus,R.(eds) *Stress and coping*.New York.Colombia University press,s183-207
- Leganger, A., Kraft, P., og Røysamb, E. (2000)
General and task spesific self-efficacy in health behaviorresarch:
Conceptualization, measurement and correlabs. *Psychology and health* 15(51.56)
- Lehman, A.F., & Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B.,
Goldberg, R.et al.(2004). The schizifrenia Patient Outcomes Research
Team.(PORT):Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30,
193-217.
- Leverton, T.J.(2003). Parental Psychiatric illness: The implicaties for children. I: *Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 395-402. Lippicott .Williams & Wilkens, Inc
- Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Steinmetz, J.L., & Teri,L.(1984) *The coping with depression course*. A psychoeducational intervention for unipolar depressio
Eugene: Castalia
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L., & Hautzinger, M.(1985).An integrative theor
of depression.IS.Reiss & R. Bootzin (Red.), *Theoretical issues in behaviour
therapy*.(s.331- 359).New York: Academic Press.
- Lorensen, M.(1998). *Spørsmålet bestemmer metoden:forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*(red).Oslo:Universitetsforlaget.

- Lorensen, M., Housgaard, L., & Østergaard-Nilsen, G. (2003). *Metoder og videnskapudvikling*. København: Akademisk forlag
- Lund, T. (2002). Metodologiske prinsipper og referanserammer. In T. Lund (Ed.), *Innføring I forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub
- Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: *Evidence from five countries*. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.
- Martinsen, E. W. (2006). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I: *Psykisk helsearbeid i nye sko*, red. A. Almvik, & L. Borge, s.121-137. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Masten, A. S. & Reed, M. G. (2002): Resilience in development. I: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.): *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Mathiesen, K.S., Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1): p.15-31.
- Mathiesen, K. S. and Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family function on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Development Psychology*, 3(4): p.357-387
- Mathiesen, K.S, et al. (2007) *Trivsel og oppvekst-barne og ungdomstid*. Rapport 2007:5 Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, K.S., Sanson, A., Stoolmille, M., and Karevold, E. (2009). The Nature and predictors of under controlled and internalizing problem trajectories across early. *Childhood Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2): 209- 222.
- McEwan BS. (2003). Early life influence on life-long patterns of behaviour and health. *Ment Retard Dev Disabil*, 9:149-54.
- Mevik, K., og B. E. Trymbo. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo. Universitetsforlaget.

- Moussavi, S. Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007) Depression, Chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858
- Munk- Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C.B., Mors, O. and Mortensen, P.B.(2006). New parents and mental disorders- *A population – based register study*.
- Munoz, R.F., & Ying, Y.W.(1993) The Prevention of Depression. *Research and Practice*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R., and Ocampo, P.(2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26:53-62
- Murray, C.J.L, Lopez, A. D.(1996) Evidence-based health policy-leson from the Global burden of disease study. *Science*, Nov 1, Vol 274
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long - term effect of psychological treatment of post-partum depression. *British journal of psychiatry*, 182 , 420-427.
- Musselmann, D.L, Nemeroff, C.B. (2006). Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J psychiatry* (suppl 30):123-8
- Myklestad, I., Rognerud, M. and Johansen, R. Rapport (2008) Levekårsundersøkelse 2005 *Utsatte grupper og psykisk helse*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt:Oslo
- Mørk, M. M., & Rosenberg, N.K.(2005). *Kognitiv terapi: modeller og metoder* København: Hans Reitzel
- National Institute of Mental Health(2001). *Breaking Ground, Breaking Through: The Strategic Plan for Mood Disorders Research* Bethesda, MD: National Institute of Mental Health (NIHM), Office of Communications
- NICE (2004). Depression: management og depression in primary and secondary care- NICE guidance. [http://www.nice.org.uk/guidance/ index.jsp?action=byID &o=10958](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID &o=10958)
- Norge (2007). *Helsepersonelloven*(1999). Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Norge(2006). *Pasientrettighetsloven*(1999). Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

- Nøvik, T. S. (2006): Kunnskap om mange - Ressurs for den enkelte. Epidemiologisk kunnskap i mestringens tjeneste I: B. Gjørum, B. Grøholt, & H. Sommerschil (red.): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo Universitetsforlaget.
- Oikava, Megumi, Sakamoto, Shinji. (2007). Psycho-educational program for preventing depression in female college students: A cognitive behavioral approach to promoting self-efficacy. *Japanese Journal of Educational Psychology* Vol 55(1),106-119.
- Olf, M. (1991). *Defence and coping: self reported health and psychological correlates* Doktoravhandling ved universitetet i Utrecht, Nederland
- Olson, A.L., & DiBrigida, L. A.(1994). *Depressive symptoms and work role satisfaction in mother of toddlers*.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St.Louise, Mo.: Mosby
- Pajerea, F., & Schunk, D.H. (2002). The development of academic self-efficacy. In A. Wigfield & J. Eccles (Eds.). *Development of motivation*. San Diego: Academic Press.
- Paulsen, B.(1990). *Snakk med de på helsestasjonen*. Rapport nr 5 Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Polit, D.F., & Beck, C. T.(2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins
- Rothstein, J.M. & Echtertnach, J. L (1993). *Primer on Measurement: An introductory Guide to Measurement Issues*. Alexandria, VA: American Psycial Therapy Assosiation
- Rubertsson, C., Waldenstrom, U., Wickberg, B. m.fl. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 155-166.
- Rund, B.R.(2002). Nevrokognitive forstyrrelser ved schizofreni. *Tidsskrift den norske lægeforening*, 122, 2019- 2022.
- Rush, A.J., Zimmerman, M., Wisniewski, S.R., Fava, M & Hollon, S.D., Warden, D

- (2005). Research report. Comorbid psychiatric disorders in Depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of affective disorders*, vol.87,(1),43-55
- Rutter, M.(2000). Psychosocial influences. Critiquea, findings, and research needs. *Dev Psychopathol* 12:375-405
- Rutter, M. (2002). Nature and development. From evangelism through science toward policy and practice. *Child Dev*; 73: 1-21
- Rådet for psykisk helse(2008). Nye Kurslederkurs. Kurs i mestring av depresjon. <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=2781>
- Sanderson, C.A. (2004). *Health psychology. Håndboken*, USA: Wiley.
- Schofield, G. & Beek, M. (2005): Risk and resilience in long-term foster-care. *British Journal Social Work*, 35, 1-9.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). The General Self- efficacy Scale. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>.
- Schwarswer, R. (1994). Optimism, vulnerability and self- beliefs as health related cognitions. A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-127
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness- based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford
- Seligman, M .E. P.(1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman
- Skervfving, A. (2005). *Att Synliggjöra barnen- om barn til psykisk sjuka foreldrar*. Stockholm. Forlagshuset Gothia.
- Small, R., Astbury, J., Brown, S., & Lumley, J.(1994). Depression after childbirth. Does social context matter? *The medicine journal of Australia*, 16, 473- 477
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbow in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275
- Snyder, C.R., & Lopez, S. (2005). *The handbook of positive psychology*. Oxford: oxford University Press

- Sosial og helsedepartementet (1997). Stortingsmelding nr 25(1996-1997) Åpenhet og helhet: *Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Oslo: Departementet
- Sosial og helsedepartementet (1982). Lov om helsetjeneste i kommunen nr 66
- Sosial- og helsedirektoratet.(2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr 450
Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)
- Statens helsetilsyn.(2000). *Stemningslidelser-Klinisk retningslinjer for utredning og behandling*. Utredningsserie, 3-2000
- Stathopoulou, G. (2006). Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol 13, s 179- 193
- Stortingsmelding Nr.20. (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Sugisawa, H., Shibata, H., Hougham, G. H., Sugihara, Y., & Liang, J.(2002). The impact of social ties on depressive symptoms in U.S and Japanese elderly. *Journal of journal Issue*, 58, 785-805
- Sørensen, T., Sandanger, I., Dalgard, O.S., & Kleiner, R.(2005). Sosialt nettverk. Sosial støtte og sosiokulturell integrasjon i samfunnspsykiatisk perspektiv. I S. Opjordsmoen, P, Vaglum, & G.R. Bloch Thorsen(Red), *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*(s117- 138). Stavanger. Hertvig Forlag.
- Ursin, H. (1984) *Stress*. Kolbotn:Tanum Norli
- Utdanning og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for Helsesøsterutdanningen*. Oslo: Utdanning og forskningsdepartementet.
- Wang, P., Aguilar - Gaxiola, S., Alonso, J et al (2007).Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, Sept Vol. 370, 9590: 841-850.

- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 353 – 357
- Weissman, M.M. & Olfson; M. (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.
- Weisæth, L. (2000) *Traumatiserte lidelser*. I: Red. Weisæth og Dalgard. Depresjon, somatic. Sykdom og sosialt nettverk. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Wickberg B., & Hwang, C.P. (2003) Postpartum depression-nedstämthet och depression i samband med barnefödande Stockholm: Statens Folkehelseinstitutt
- Wong, D. F. (2008). Cognitive behavioral treatment groups for people with depression in Hong Kong: a randomisrt wait list control design. *Cochrane* vol25, 2 s 142-8
- World Health Organization (2000) *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Klinisk beskrivelse og diagnostiske retningslinjer Oslo:Gyldendal(orginal Publisert 1992)
- World Health Organization.(2001a) Mental and neurological disorders. Retrieve November, 2004, from <http://www.who.int/whr/2001/mediacentre/factsheets/fs265/en/>
- Wormes, B & Manager, T. (2005) *Motivasjon og mestring*. Veier til effektiv bruk av egne ressurser. Bergen: Fagbokforlaget
- Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S. H., Fabes, R. A., Reiser, M., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., Cumberland, A. J. Shepard, S. A. (2002). The relation of parental warmth and positiv expressiveness to children`s empathy-related responding and social functioning: a longitudinal study. *Child development*. 73, 893 -915
- Zuckerman, M.(1999). *Vulnerability to psychopatholog: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zubin, J., & Spring B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal Abnormal Psychology*, 86, 103-126
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and practice of Group Psychotherapy*, 4th edn. Basic Books New York.

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Ledende Helsesøster

Oslo 07.august 2008

Forespørsmål om gjennomføring av spørreundersøkelse av deltagere i depresjonsmestringskurs (KID).

Informasjon om undersøkelsen

I forbindelse med min masteroppgave ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo skal jeg gjennomføre en undersøkelse.

Tittel på undersøkelsen er:

Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen.

Veileder for oppgaven er Forskningsleder Nina Aarhus Smeby

Kompetansesenteret for klinisk forskning

Ullevål Universitetssykehus

Kirkeveien 166, 0407 OSLO

Hensikt med undersøkelsen

Å øke mors mestring og psykiske helse kan være avgjørende for mor men det kan også motvirke negative konsekvenser for mor-barn samspill og fremme god psykisk helse hos barnet.

Denne undersøkelsens hensikt blir derfor å evaluere om kurs i depresjonsmestring (KID) som i dag holdes på helsestasjonen har effekt på deltagerne. Effekt måles ved å kartlegge endring i depresjon og opplevelse av mestring. Videre er hensikten at deltagerne evaluerer tilbudet

Gjennomføring av undersøkelsen

Informantene i undersøkelsen er mødre som deltar på depresjonsmestringskurs (KID). Datasamlingen vil foregå ved spørreundersøkelse før oppstart av gruppen og etter at gruppen er avsluttet.

Alt datamaterialet oppbevares konfidensielt og vil bli makulert etter at undersøkelsen er avsluttet.

Deltagelse er frivillig og reguleres gjennom skriftlig informert samtykke. Samtykke til deltagelse kan trekkes tilbake når som helst uten begrunnelse.

Undersøkelsen er meldt til Regional etisk komite (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

For eventuelle spørsmål kan jeg kontaktes på telefon 66915515

Med vennlig hilsen

Lisbeth Valla

Helsesøster/mastergradstudent

Vedlegg: 1. Prosjektbeskrivelse

2. Spørreskjema

Kopi: Virksomhetsleder for forebyggende helsetjenester



FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

”EVALUERING AV DEPRESJONSMESTRINGSKURS PÅ HELSESTASJONEN”

Studiens Hensikt:

Du er deltager i depresjonsmestringskurset som drives på helsestasjonen. Og nå er hensikten med denne studien å evaluere hvilken effekt dette kurset gir samt og få frem deltagerne evaluering av tilbudet. Effekten vil måles ved å se på endring av depresjon og opplevelse av mestring etter kurset.

For tiden er jeg Mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap i Oslo, og skal i den forbindelse skrive en masteroppgave. Opplysningene fra evalueringen av depresjonsmestringskurset inngår i masteroppgaven. Det vil ikke være mulig å identifisere enkelt personer i oppgaven. Min veileder er førsteamanuensis II og forskningsleder Nina Aarhus Smeby.

Hva innebærer studien:

Hvis du ønsker å delta i studien betyr det at du blir bedt om å fylle ut 2 spørreskjemaer om depresjon og mestring, før du starter depresjonsmestringskurset, når kurset avsluttes og 4 mnd etter avsluttet kurs. Du vil også bli bedt om å fylle ut et evalueringsskjema etter kursets slutt. Det vil ta ca 10-15 min hver gang du fyller ut 2 spørreskjemaer.

Frivillig deltagelse:

Det er frivillig å delta i studien og du kan til en hver tid trekke deg ut. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi grunn. Det vil ikke få noen behandlingsmessige konsekvenser for deg nå eller i fremtiden.

Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål om studien kan du kontakte Lisbeth Valla tlf : 92236870

Hva skjer med informasjonen om deg:

Informasjonen som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i studiens hensikt. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjenning opplysninger. Forskningsdata lagres på et eget sikret datasystem. Alle data og opplysninger vil bli behandlet aidentifisert. Opplysningene slettes senest mai 2010. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Prosjektet er søkt gjennomført i Regional etisk komite. Prosjektansvarlig har ingen form for økonomisk vinning til prosjektet.

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 korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien kan du få slettet de innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller i vitenskapelig arbeid.

Vennlig hilsen prosjektansvarlig

Lisbeth Valla



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 3

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I STUDIEN

”Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen”

Jeg er villig til å delta i studien og bekrefter at jeg før deltagelse har mottatt skriftlig informasjon om studien og videre fått anledning til å innhente den informasjon jeg har behov for.

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Nina Aarhus Smeby
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 27.11.2008

Vår ref: 20231 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20231	<i>Evaluering av depresjonsmestringskurs på beltestasjonen.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina Aarhus Smeby</i>
Student	<i>Lisbeth Valla</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.04.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lisbeth Valla, Dalboveien 11, 1458 FJELLSTRAND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

BDI

Navn
Dato

Her er 21 grupper med utsagn. Vennligst studer hver gruppe nøye. Plukk så ut det utsagn i hver gruppe som best beskriver hvordan du har hatt det *den siste uken, dagen i dag inkludert*. Sett en ring rundt tallet utenfor det utsagnet du har plukket ut. Hvis flere av utsagnene i gruppen synes å passe like godt, setter du ring rundt hvert av dem. *Vær sikker på at du leser alle utsagn i hver gruppe før du velger.*

1.
 0. Jeg føler meg ikke trist.
 1. Jeg føler meg trist.
 2. Jeg føler meg trist hele tiden og klarer ikke å løsrive meg fra denne følelsen.
 3. Jeg føler meg så trist og ulykkelig at jeg ikke holder ut.

2.
 0. Jeg føler meg ikke særlig motløs med hensyn til fremtiden.
 1. Jeg føler meg motløs med hensyn til fremtiden.
 2. Jeg føler at jeg ikke har noe å se frem til.
 3. Jeg føler at fremtiden er håpløs og at det ikke er håp om noen bedring.

3.
 0. Jeg føler meg ikke mislykket.
 1. Jeg føler jeg har mislyktes mer enn de fleste.
 2. Når jeg ser bakover i livet ser jeg bare en serie nederlag.
 3. Jeg føler meg som en helt og holdent mislykket person.

4.
 0. Jeg opplever like mye tilfredsstillelse som tidligere i ting jeg foretar meg.
 1. Jeg har ikke lenger samme glede av ting, som jeg hadde tidligere.
 2. Jeg får ingen virkelig tilfredsstillelse i noe lenger.
 3. Jeg er motløs og finner ingen glede i noe.

5.
 0. Jeg føler meg ikke spesielt skyldbetyngt.
 1. Jeg føler meg skyldbetyngt av og til.
 2. Jeg føler meg skyldbetyngt mesteparten av tiden.
 3. Jeg føler meg skyldbetyngt hele tiden.

6.
 0. Jeg føler ikke at jeg blir straffet.
 1. Jeg føler at jeg kanskje blir straffet.
 2. Jeg forventer å bli straffet.
 3. Jeg føler at jeg blir straffet.

7.
 0. Jeg føler meg ikke skuffet over meg selv.
 1. Jeg er skuffet over meg selv.
 2. Jeg føler avsky over meg selv.
 3. Jeg hater meg selv.

8. 0. Jeg føler ikke at jeg er verre enn andre.
 1. Jeg er kritisk overfor meg selv for min svakhet og mine feil.
 2. Jeg anklager meg selv hele tiden for mine feil.
 3. Jeg anklager meg selv for alle vonde ting som skjer
9. 0. Jeg har ingen tanker om å ta livet av meg
 1. Jeg har tanker om å ta livet av meg, men jeg vil ikke gjennomføre det.
 2. Jeg har lyst til å ta livet av meg.
 3. Jeg ville ta livet av meg hvis jeg hadde muligheten.
10. 0. Jeg gråter ikke mer enn vanlig.
 1. Jeg gråter mer nå enn jeg pleier.
 2. Jeg gråter hele tiden nå.
 3. Jeg pleide å kunne gråte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg ønsker det.
11. 0. Jeg er ikke mer irritert nå enn jeg alltid er.
 1. Jeg blir lettere misfornøyd eller irritert nå enn jeg pleier.
 2. Jeg føler meg irritert hele tiden.
 3. Jeg blir ikke i det hele tatt irritert over de tingene som pleide å irritere meg.
12. 0. Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker.
 1. Jeg er mindre interessert i andre mennesker enn jeg er til vanlig.
 2. Jeg har mistet mesteparten av interessen for andre mennesker.
 3. Jeg har mistet all min interesse for andre mennesker.
13. 0. Jeg tror ikke det er vanskeligere for meg enn vanlig å ta avgjørelser.
 1. Jeg utsetter å ta avgjørelser oftere enn vanlig.
 2. Jeg har større vanskeligheter med å ta avgjørelser nå enn tidligere.
 3. Jeg kan ikke ta avgjørelser lenger.
14. 0. Jeg føler ikke at jeg ser verre ut en vanlig.
 1. Jeg bekymrer meg over at jeg ser gammel og lite tiltrekkende ut.
 2. Jeg føler at mitt utseende er forandret på en måte som gjør at jeg er lite tiltrekkende.
 3. Jeg synes jeg ser stygg ut.
15. 0. Jeg kan arbeide omtrent like bra som før.
 1. Jeg trenger mer energi for å få satt i gang med noe.
 2. Jeg må tvinge meg selv til å få satt i gang med noe.
 3. Jeg greier ikke lenger å arbeide.
16. 0. Jeg sover like godt som vanlig.
 1. Jeg sover ikke så godt som jeg pleide.
 2. Jeg våkner 1-2 timer tidligere enn vanlig og opplever det vanskelig å sovne igjen.
 3. Jeg våkner opp flere timer tidligere enn vanlig og greier ikke å sovne igjen.

17. 0. Jeg er ikke mer trett enn vanlig.
1. Jeg blir forttere trett enn vanlig.
2. Nesten alt gjør meg trett.
3. Jeg er for trett til å gjøre noe.
18. 0. Matlysten min er ikke dårligere enn vanlig.
1. Matlysten min er ikke så god som den pleier.
2. Matlysten min er mye verre nå.
3. Jeg har ingen matlyst lenger.
19. 0. Jeg har gått lite eller ingenting ned i vekt i det siste.
1. Jeg har gått ned mer enn 2,5 kg.
2. Jeg har gått ned mer enn 5,0 kg.
3. Jeg har gått ned mer enn 7,5 kg.

(Jeg går med hensikt inn for å gå ned i vekt ved å spise mindre)

Ja Nei

20. 0. Jeg er ikke mer bekymret for helsa enn vanlig.
1. Jeg er bekymret over fysiske problemer, som smerter og plager, eller urolig mage eller forstoppelse.
2. Jeg er svært bekymret over fysiske problemer og det er vanskelig å tenke på noe særlig annet.
3. Jeg er så bekymret over fysiske problemer at jeg ikke kan tenke på noe annet.
21. 0. Jeg har ikke merket noen forandring i min seksuelle interesse i det siste.
1. Jeg er litt mindre seksuelt interessert enn vanlig.
2. Jeg er mye mindre seksuelt interessert i øyeblikket.
3. Jeg har mistet helt interessen for det seksuelle.

Generell skala om mestringsforventning

Nedenfor finner du en rekke påstander som kan passe i større eller mindre grad for deg. Vennligst skriv det tallet som passer best for deg bak hvert av spørsmålene nedenfor:

Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
1	2	3	4

	Påstander:	Grad
1.	Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	
2.	Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil	
3.	Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine	
4.	Jeg føler meg trygg på at jeg vil kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	
5.	Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner	
6.	Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det	
7.	Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringssevnen min	
8.	Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det	
9.	Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut	
10.	Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det	

Spørreskjema

Evaluering av depresjonsmestringskurs

Du har deltatt i et depresjonsmestringskurs. Nå ønsker vi å spørre deg om dine synspunkter og erfaringer. Når du svarer, vennligst sett ring rundt det svaret som passer best, eller skriv ditt svar på anvist plass.

1, Hvor godt svarte dette kurset til dine forventninger?

1. Svært godt
2. Ganske godt
3. Ikke så godt, men ikke dårlig heller
4. Ganske dårlig
5. Svært dårlig

Hvis samtaleprogrammet ikke svarte til dine forventninger, kunne du si oss hvorfor?

2, Hadde du noen bekymringer som du ikke fikk tatt opp på kurset?

1, Nei

2, Ja, hvilke?-----

3. Som følge av kurset, avtok dine bekymringer?

Mine bekymringer

- 1, Avtok i stor grad
- 2, Avtok i ganske stor grad
- 3, Avtok i liten grad
- 4, Forandret seg ikke
- 5, Tiltok

4. Som en følge av kurset, ser du mer positivt på fremtiden?

- 1, Ja i stor grad
- 2, Ja, i ganske stor grad
- 3, I liten grad
- 4, Ingen forandring
- 5, Nei, i liten grad

5. Hvilket utbytte fikk du av undervisningsdagene?

Svært lite Lite Middels Mye Svært mye

1 2 3 4 5

6. På kursdagene snakket dere om flere ting og temaer. Hvor mye snakket dere om følgende temaer? Vennligst svar ved å sette ring rundt et tall.

	Lite	Noe	Mye	Veldig mye
1, Depresjon	1	2	3	4
2, ABC modellen	1	2	3	4
3, ABCD modellen	1	2	3	4
4, Mestringsteknikker	1	2	3	4
5, Øvelsen trygg plass	1	2	3	4
6, Mestringsmodellen	1	2	3	4
7, Øke sosial kontakt	1	2	3	4
8, Øke hyggelige aktiviteter	1	2	3	4
9, Målsetting	1	2	3	4

7. Er det noen av disse temaene du ønsket mer eller mindre undervisning om? Vennligst svar ved å sette ring rundt et tall.

	Mye mindre	Mindre	Noe Mer	Mer
1, Depresjon	1	2	3	4
2, ABC modellen	1	2	3	4
3, ABCD modellen	1	2	3	4
4, Mestringsteknikker	1	2	3	4
5, Øvelsen trygg plass	1	2	3	4
6, Mestringsmodellen	1	2	3	4
7, Øke sosial kontakt	1	2	3	4
8, Øke hyggelige aktiviteter	1	2	3	4
9, Målsetting	1	2	3	4

Dersom det er andre temaer eller ting du gjerne ville hatt dekket i gruppen enn de temaene vi har nevnt, vennligst skriv dem her :

8. Slik du ser det, hvordan opplevde du samarbeidet med kurslederne under kursdagene?

- 1, Veldig bra
- 2, Bra
- 3, Nøytralt
- 4, Ganske dårlig
- 5, Veldig dårlig

9. Hvilke virkninger har depresjonsmestringskurset hatt ?

Vennligst svar ved å sette ring rundt et tall

	Liten grad	noe	mye	stor grad
a. Jeg godtar i større grad meg selv	1	2	3	4
b. Jeg er mer bevisst negative automatiske tanker	1	2	3	4
c. Jeg har økt min sosiale kontakt	1	2	3	4

10. Har depresjonsmestringskurset hatt noen virkninger på forholdet til noen i din familie?

	Svært lite	noe	mye	svært mye
a. Forholdet til partneren	1	2	3	4
b. Forholdet til mitt/mine barn	1	2	3	4
c. Forholdet mellom barna	1	2	3	4

jeg har bare ett barn

11. Hvordan har deltagelse i depresjonsmestringskurset påvirket deg som mor eller far ?

a: Min opplevelse av å strekke til som mor / far

- 1, Minket
- 2, Ble uforandret
- 3, Økte litt
- 4, Økte mye

b: deltagelse i depresjonsmestringskurset ga meg ideer til” mestringsteknikker ”som jeg kan bruke som mor.

- 1, Ja, i stor grad
- 2, Ja, i liten grad
- 3, Nei ikke i det hele tatt

12. På hvilken måte har deltagelse i depresjonsmestringskurset påvirket hvordan du har det?

- 1, På en veldig positiv måte
- 2, På en litt positiv måte
- 3, Det har ikke hatt noen virkning
- 4, På en litt negativ måte
- 5, På en veldig negativ måte

13. Hvordan har deltagelse i depresjonsmestringskurset påvirket følgende områder?

	Mindre enn før	Som før	Litt mer enn før	Mer enn før
a, Troen på din egen framtid	1	2	3	4
b, Troen på dine barns fremtid	1	2	3	4
c, Troen på din families framtid	1	2	3	4

14. Som en konsekvens av deltagelse i depresjonsmestringskurset har du:

	Mindre enn før	Som før	Litt mer enn før	Mer enn før
a, Fått lyst til å gjøre noe med din psykiske situasjon.	1	2	3	4
b, Fått lyst til å ta mer sosial kontakt med andre	1	2	3	4
c, Gjøre flere aktiviteter som gir glede	1	2	3	4

15. I hvilken grad har det vært positivt for deg å møte andre personer som også er deprimert?

Ingen betydning	Liten betydning	Noe betydning	Stor betydning	Svært stor betydning
1	2	3	4	5

16. Har du brukt, eller har du ønske om å bruke noen av de mestringsteknikkene som du har lært?

1, Ja
2, Nei, fordi _____

17. Har deltagelse i depresjonsmestringskurset forårsaket noen skade eller noen negative virkninger på deg ?

1, Ja , evt
hvordan _____

2, Nei

18. Har du forslag til endringer som ville forbedret kurset for deg ?

1, Nei

2, Ja ,
hvilke _____

Takk for hjelpen !