



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 33

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig : Benny Huser

Veileder: Aina Skorpen

Når pappa får en mammalsykdom

Fødselsdepresjon hos fedre

Innholdsfortegnelse

1.0	Sammendrag	2
1.1	Abstract	2
2.0	Innledning	3
3.0	Metodedel	5
3.1	Definisjon av begreper	6
3.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	6
3.3	Begrensninger i studien	6
3.4	Forskningsetiske aspekter	6
4.0	Teoridel	7
4.1	Sykepleiekompetanse	7
4.2	Presentasjon av forskningskunnskap	11
5.0	Drøfting	19
5.1	Sykepleier i møte med manglende eller ny kunnskap	19
5.2	Drøfting av funn	20
5.3	Sykepleiers rolle til denne gruppen fedre og deres familier	21
5.4	Holdninger til mannens depresjon	23
6.0	Konklusjon	25
7.0	Litteraturliste	26

1.0 Sammendrag

Hensikten med dette litteraturstudiet var å søke gjennom kjent kunnskap for å kunne bidra til økt kunnskap om fødselsdepresjon hos menn. Målgruppen er sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Oppgaven ser på hva fødselsdepresjon hos menn er og sykepleiers rolle i forhold til denne gruppen. Fødselsdepresjon er en lidelse som rammer omkring 7 % av fedre. Årsaken er ofte knyttet opp mot faktorer som gjør seg gjeldene i overgangen til å bli far. De to største risikofaktorene er mannens tidligere psykiske helse og om partner lider av en depresjon. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med Gotland Male Depression Scale (GMDS) virker som et bedre undersøkelsesverktøy enn bruk av EPDS alene. Fødselsdepresjon hos menn er en reell lidelse for mannen og rammer også partner og har innvirkning på barnets utvikling. Disse fedrene kan møte bedre sykepleiere gjennom at vi har en aktiv og profesjonell holdning til egen kompetanse og fagutvikling.

1.1 Abstract

The purpose of this paper was to review current knowledge about paternal postpartum depression (PPD) and to contribute to increased knowledge about PPD. It addresses nurses, midwives and health visitors. The paper looks at what PPD is and the nurses role towards fathers suffering from PPD. Paternal postpartum Depression has an incidence of about 7 %. It is caused by factors making itself felt during the transition to fatherhood. The two strongest predictors of PPD is a personal history of depression and depression in partner. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) used in combination with the Gotland Male Depression Scale (GMDS) seems to be a more accurate screening tool. Paternal postpartum depression is a significant problem for men and their partners and has an adverse affect on children's development. Nurses with an active and professional attitude towards their own qualifications can lead to better nursing.

2.0 Innledning

«Menn med fødselsdepresjon? Du tuller nå? De føder jo ikke barn!»

Denne setningen er representativt for mange sine reaksjoner på temaet for min bacheloroppgave, men neste setning har ofte vært: *«Hmmm, interessant!»* Jeg stilte det samme spørsmålet til min kone første gang hun spurte meg om jeg hadde hørt om lidelsen. Temaet ble kjent for meg da hun skrev sin hovedoppgave i psykologi. Hun hadde ikke anledning til å gå nærmere inn på temaet. Som mann, fremtidig far og sykepleierstudent ble dette raskt et tema som jeg ønsket å fordype meg i. Jeg fant fort ut at dette var et ganske nytt felt innenfor sykepleien. Jeg tenkte at dette spennende temaet absolutt var noe vi sykepleiere burde ha kunnskap om, for å kunne finne, gjenkjenne og møte disse fedrene på en god måte.

Psykiske påkjenninger i forbindelse med å få barn er et stort fagfelt og det finnes en stor mengde forskning og litteratur. Det finnes også et uttal forskjellige innfallsvinkler og synsvinkler til dette. Det vanligste har vært å se på mors påkjenning og hennes mestring. Mange har også sett på relasjonen mellom mor og barn, påkjenningen på barnet og barnets videre utvikling. Senere er det også sett på relasjonen mellom mor og far og mannens opplevelse av å ha en partner med fødselsdepresjon.

Jeg har valgt å se på nærmere på fenomenet fødselsdepresjon hos menn, hva dette innebærer og hvilken rolle sykepleier kan ha for å oppdage og kjenne igjen disse fedrene.

Dette munnet ut i følgende problemstilling:

Hva er mannlig fødselsdepresjon og hvilken rolle kan sykepleier ha for disse fedrene?

Denne problemstillingen er viktig for å kunne belyse lidelsen og for å kunne se på hvordan sykepleiere kan ha en rolle ovenfor disse fedrene. Siden dette er et nytt og nesten utforsket tema gjør at problemstillingen får en klar nyttefunksjon. Den er også viktig for de sykepleierne, jordmødrene og helsesøstrene som har med familier med små barn å gjøre og den er viktig for sykepleiere under utdanning. Den dekker i tillegg kravene til problemstilling for bacheloroppgave i sykepleie ved HSH

Formålet med oppgaven er tredelt. For det første har den et formål om å bidra til økt kunnskap og forståelse for mannlig fødselsdepresjon hos sykepleiere, helsesøstre og jordmødre. For det andre har den et formål som bacheloroppgave i sykepleierutdannelsen ved Høgskolen Stord Haugesund og for det tredje har den et formål om økt personlig kunnskap innenfor temaet.

Jeg vil i metoddelen presentere hva metode er, noen av de metodene man har til disposisjon, hvilken metode som er valgt for denne oppgaven og hva som kjennetegner denne. Jeg vil så redegjøre for framgangsmåten for dette litteraturstudiet.

Teoridelen av oppgaven vil inneholde flere emner. Jeg vil først skrive om sykepleiekompetanse som begrep og hva denne består i. Jeg vil deretter komme inn på hvilke dokumenter og retningslinjer som styrer hvordan sykepleiere skal forholde seg til og jobbe med nye kunnskapsområder.

Videre i oppgaven vil jeg få presentere den forskningskunnskapen jeg har funnet gjennom dette litteraturstudiet. Jeg vil til slutt presentere valgt sykepleieteori knyttet opp mot sykepleie til denne gruppen. Jeg vil bruke følgende delproblemstillinger som en disposisjon:

- Hva er mannlig fødselsdepresjon?
- Hvor utbredt er lidelsen i Europa og i Norden
- Hvilke årsakssammenhenger kan det være til mannlig fødselsdepresjon?
- Hvilke konsekvenser kan denne lidelsen ha for far?
- Hvor finner vi disse fedrene?
- Hvilke verktøy er best egnet til å teste for fødselsdepresjon hos menn?
- Hvilke holdninger er det til lidelsen?
- Hvilken sykepleieteoretiker kan bidra med teori opp mot sykepleiers arbeid?

I drøftingsdelen av oppgaven vil jeg ta for meg hvordan sykepleier bør opptre i møtet med manglende eller ny kunnskap generelt, men spesielt opp mot møtet med informasjon om fedre med fødselsdepresjon. Jeg vil deretter få drøfte de funnene som er gjort. Jeg vil så trekke tråden videre opp mot sykepleiers rolle til denne gruppen fedre og deres familier og holdninger til mannens depresjon. Jeg vil til slutt presentere hva jeg mener er konklusjonene vi kan trekke ut av denne oppgaven. Jeg vil også kort presentere hva som bør være fokusområder i framtiden.

3.0 Metodedel

Metode er i følge ordnett.no (Kunnskapsforlaget 2009) definert som en planmessig og systematisk framgangsmåte. Dalland (2005) siterer Tranøy og hans definisjon på metode som en framgangsmåte for å frembringe kunnskap. Han siterer også Aubert som forklarer at en metode også er et middel til å løse problemer. En systematisk fulgt metode gjør det også mulig å etterprøve den nye kunnskapen.

Vi skiller tradisjonelt og forenklet mellom to ulike metoderetninger. Kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland 2005). Disse har begge til felles å frembringe ny kunnskap og bedre forståelsen for fenomener i oss, mellom oss og rundt oss. Kvantitativ metode er ofte brukt der en vil ha presise og brede data om et fenomen man ikke er i direkte kontakt med og der man har til hensikt å forklare fenomenet. Kvalitativ metode bærer preg av å være en metode for å samle inn data som er følsomme og dype, der en har en nærhet til kildene og man har en intensjon om å formidle forståelse for fenomenet (Dalland 2005).

Metoden for denne oppgaven er gitt gjennom retningslinjer for skriving av bacheloroppgaven ved sykepleierutdanningen, Høgskolen Stord Haugesund. Metoden er et litteraturstudie av evidensbasert litteratur. Denne oppgaven vil bruke studier av både kvalitativ og kvantitativ karakter.

Et litteraturstudie tar sikte på å bidra med økt forståelse for fenomenet som blir studert og har som mål å samle inn den totale mengde kunnskap. Forskeren kan nyttiggjøre seg av det som har blitt skrevet før, for så å bidra med noe tilbake. Vi deler inn årsakene til å utføre et litteraturstudie inn i fire kategorier:

- for å forberede en tekst eller en oppgave
- for å øke sin forståelse for et emne eller en sak
- som en forberedelse til en studie
- som en systematisk litteraturstudie

(Parahoo 2006)

A systematic review can be defined as the rigorous search, selection, appraisal, synthesis and summary of the findings of primary search in order to answer a specific question

(Parahoo s. 134)

3.1 Definisjon av begreper

Fødselsdepresjon: Depresjon som oppstår etter fødselen (FHI 2009)

Paternal Postpartum Depression: Depresjon hos mannen i tiden etter fødselen.

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Artiklene skal ha fokus på far, fars opplevelser, Paternal Postpartum Depression (PPD), konsekvenser for familie og barn, behandling av PPD, utbredelse av PPD, testing/screening for PPD, sykepleiers eller annet helsepersonell sin rolle ved PPD. Artiklene skal være publisert de siste 15 år.

3.3 Begrensninger i studien

Jeg er i avslutningen av min grunnutdannelse og min forskerkompetanse er således på et ungt stadium. Dette setter begrensninger i min søkekompetanse og databasekjennskap. Som student ved HSH har jeg kun tilgang på de databaser som HSH har tilgang på. Jeg har under dette arbeidet ikke hatt tilgang på upubliserte relevante studier. Høgskolen Stord Haugesund har valgt litteraturstudie som metode ved skriving av bacheloroppgaven.

Det er blitt søkt i følgende databaser: PsycINFO, Medline, Cochrane, Svemed, Ovid, EBN, Vård i Norden, Academic Search Premier

Følgende søkeord er brukt: Fødselsdepresjon, Menn, Male, Paternal, Postpartum, Depression, Young, Fathers, Fatherhood, Nurse, Nursing

Søkeordene er brukt i kombinasjoner, men med Paternal Postpartum Depression som hovedsøkeord.

3.4 Forskningsetiske aspekter

Jeg vil jobbe for å oppfylle kravene til åpenhet i mitt arbeid, fra problemformulering til konklusjon, for å muliggjøre en eventuell etterprøving av studien. Jeg vil også jobbe for at de studier jeg bruker som kilder skal ha en godkjenning av en etisk komite eller ha en klar etisk profil. Jeg vil jobbe for at det blir tatt med artikler som belyser flest mulig sider ved fenomenet (Forsberg, C., & Wengström, Y. 2008).

4.0 Teoridel

Jeg vil først i denne delen av oppgaven presentere begrepet sykepleiekompetanse og hva denne er bygget opp av. Jeg vil gå nærmere inn på begrepet teori og til slutt referere fra dokumenter som styrer vår sykepleiehverdag med tanke på ny kunnskap. Dette danner grunnlaget for å ta inn og ta i bruk den forskningskunnskapen som senere blir presentert. Jeg vil til slutt presentere valgt sykepleieteori knyttet opp mot sykepleie til denne gruppen

4.1 Sykepleiekompetanse

Begrepet *kompetanse* har i språket vårt en betydning av en fullgod forutsetning for å gjøre noe, inneha en stilling e.l.; tilstrekkelig dyktighet, kvalifikasjon(er) (Kunnskapsforlaget 2009). Når vi kobler dette sammen med ordet sykepleie, får vi fram et begrep som er dekkende for de personlige kvalifikasjonene som en person bør og skal inneha for å kunne ta beslutninger og handle innenfor sykepleierens funksjons- og myndighetsområde (Kristoffersen 2005).

Sykepleiekompetanse er ikke statisk. Den vil forhåpentligvis utvikle seg hos sykepleieren, ved hjelp av en omfattende og variert erfaring fra sykepleiesituasjoner, ved hjelp av gode rollemodeller, ved hjelp av kritisk refleksjon, god veiledning og at sykepleieren klarer å tilegne seg ny teoretisk kunnskap (Kristoffersen 2005).

Klinisk sykepleiekompetanse er et sammensatt begrep og kan deles inn i fem kunnskapsområder: Teoretisk/empirisk kunnskap, praktisk kunnskap, estetisk kunnskap, etisk kunnskap og personlig kunnskap. Teoretisk eller empirisk kunnskap bygger på relativ sikker kunnskap og er evidensbasert, systematisert og er tilgjengelig (Fagermoen 1993). Praktisk kunnskap utgjør en sentral del av sykepleierens kompetanse og er knyttet opp mot ferdigheter i kommunikasjon og samhandling, rasjonelle ferdigheter og manuelle ferdigheter (Kristoffersen 2005). Estetisk kunnskap bygger på personlig, konkret og situasjonsbetinget kunnskap som er utviklet i nær tilknytning til ens egen utøvelse av sykepleie. Personlig kunnskap bygger på den enkelte sykepleiers personlige utvikling som menneske. Etisk kunnskap er den moralske komponenten i yrket og består av både generelle etiske retningslinjer, etisk teori og sykepleiers egne etiske overbevisninger (Fagermoen 1993).

Da denne oppgaven har et fokus på teoretisk kunnskap, vil jeg videre gå nærmere inn på dette kunnskapsområdet.

Teori kommer fra det greske *theoria*, som betyr betraktning og er en oppfatning som blir fremsatt som forklaring på visse fenomener, og som bygger på nøyaktige undersøkelser el. fornuftsmessig resonnement. Teori er ingen framstilling av virkeligheten selv, men trekker fram de aspektene som vurderes som de viktigste i den aktuelle sammenhengen og beskriver dem ved hjelp av begreper. Et begrep er en språklig framstilling av en gruppe fenomener som eksisterer i virkeligheten (Kristoffersen 2005).

Teorier kan opptre på forskjellige nivåer ut i fra hvor sterk deres forklaringskraft er til å beskrive og forklare situasjoner i virkeligheten. Vi kan dele disse inn i flere nivåer, men jeg vil her kun presentere den todeling. Denne skiller mellom beskrivende og forklarende teorier (Kristoffersen 2005).

Beskrivende teori identifiserer et fenomen, gir det navn og beskriver det. Dette er en viktig og avgjørende prosess i ethvert fags videre teoriutvikling. I sykepleien må man identifisere og sette navn på de fenomener som vi møter i vårt yrke før man kan utvikle teorier på et høyere nivå, med sterkere forklarende kraft (Kristoffersen 2005).

Forklarende teori redegjør for forholdet mellom årsak og virkning og for gjensidig avhengighet mellom fenomener og kan brukes til å forutsi eller kontrollere sykepleiesituasjoner. Hvis en teori med stor sikkerhet kan redegjøre for hvordan et fenomen under gitte betingelser forårsaker endringer i et annet fenomen, kan vi si at den fungerer godt. Evidensbaserte teorier med sterk forklaringskraft er viktige for sykepleien som fag, fordi det skaper teorier som er anvendelige for utøverne. Sykepleiere tar i bruk teorier fra mange andre fag i sin utøvelse av yrket og mange av teoriene i denne oppgaven er hentet fra faget psykologi (Kristoffersen 2005).

Ordet evidens har blitt et mye brukt ord innenfor sykepleiefaget de siste ti årene. Det finnes flere definisjoner på begrepet ut i fra hva man som sykepleieteoretiker legger i begrepet. Den kanadiske sykepleieforskeren Mitchell har en veldig snever definisjon:

«... evidence, defined her as conclusive statements based on findings fram randomised controlled trials...» (Willman og Stoltz s. 30)

Den finske sykepleieteoretikeren Katie Eriksson har et annet og mye videre definisjon på begrepet evidens og mener at sykepleievitenskapen har et eget evidensbegrep:

«Ur vårt perspektiv framstiger ett vårdvetenskapligt evidensbegrepp som är mångdimensionellt med en inre vårdande dimension, som refererar til vårdandets evidens såsom det sanningslika, det sköna och det goda. Evidensbegreppets betydelse i förhållande til vårddarbetet, dess yttre dimension, refererar til ett meningsfullt handlande» (Willman og Stoltz s. 31)

Jeg kommer ikke til å gå nærmere inn på denne debatten eller utvikling av kunnskapssynet i sykepleierutdanningen, men tar med meg videre at det er forskjellige tolkninger av begrepet evidens.

Som sykepleier vil man stadig bli konfrontert med faglige situasjoner som utfordrer det man har lært eller man møter situasjoner der man må erkjenne at ens egen kunnskap eller erfaring ikke strekker til. Som student er dette en opplevelse man skal møte til dagen. Styringsdokumenter legger rammene for hvordan vi som studenter skal forholde oss til når vi trer ut i yrket. Fagplanen for sykepleier-utdanningen ved Høgskolen Stord Haugesund legger føringer på hvilken kompetanse studenten skal inneha etter endt studium:

Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

- *søke og vurdere forskningslitteratur*
- *anvende ny forskning til forbedring av praksis*
- *ha beredskap til å utvikle sykepleiefag og sykepleiepraksis*

(Høgskolen Stord Haugesund 2006)

Rammeplan for sykepleierutdanning, gitt av Utdanningsdepartementet, legger også føringer for hvilken handlingskompetanse vi skal etter endt utdanning. Denne setter krav til sykepleiere om å anvende relevant kunnskap på en måte som utvikler faget og praksis.

Studentene skal etter endt utdanning ha handlingsberedskap til å:

- *arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling og bidra til å videreutvikle egen yrkesrolle, delta i klinisk forskning og formidle resultater*
- *anvende relevante forskningsresultater*

(Kunnskapsdepartementet 2008)

Norges Sykepleierforbund har dannet og gitt ut Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2007). Disse har som oppgave å være sykepleieprofesjonens yrkesetikk og den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis. Disse legger føringer på hvordan sykepleier skal forholde seg til ny kunnskap og hvordan denne skal anvendes.

3.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde.

3.5 Sykepleieren bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis.

De yrkesetiske retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring.

Sykepleieren har personlig ansvar for, og skal kunne forsvare, sin praksis som sykepleier, samt ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring. (Norsk Sykepleierforbund 2007)

4.2 Presentasjon av forskningskunnskap

"Førstegangsfedre er som Bambi på isen. De er grønne matroser på et hav av følelser, forvirring og manglende fasiter. De kan ingenting om babyer. De er med andre ord akkurat like ustø på barnestell som... førstegangsmødre" (Risnes jr., 2003, side 6).

Dette utsagnet er satt på spissen, da det ikke tar hensyn til kjønnsroller, kulturelle aspekter og interesser, men setter fokus på at både mor og far står ovenfor noe helt nytt og har mye lære i forbindelse med å bli foreldre for første gang.

Overgangen til å bli foreldre er for mange en svært givende og belønnende fase i livet, men den kan også være hard og slitsom. Det er også knyttet en sterk psykisk påkjenning til denne overgangen i livet og depresjoner kan oppstå i forbindelse med fødsel. Denne skiller seg ikke vesentlig fra andre depresjoner, men er spesiell på grunn av tidspunktet den bryter ut på. Postnatal depresjon eller fødselsdepresjon ligger mellom barseltårer og fødselspsykose i alvorlighetsgrad. Fødselsdepresjon er et anerkjent fenomen og har vært knyttet til mor i nesten all litteratur og forskning. Et økende antall studier har også begynt å knytte dette opp mot far og har tatt hans psykiske helse med i betraktningen (Madsen og Juhl 2007). Mannlig fødselsdepresjon eller paternal postpartum depression er hverken et mye brukt begrep eller et anerkjent begrep. Svært få studier bruker dette begrepet. Begrepet beskriver en depresjon som oppstår hos menn etter fødselen (Goodman 2004).

Det er ikke gjort undersøkelser som kan si noe om hvilken utbredelse denne lidelsen har i Norge, men vi kan trekke paralleller til andre studier som er gjort i lignende vestlige land for å kunne komme med antagelser om utbredelse i Norge

Den danske undersøkelsen *Men's Psychological Transition to Fatherhood – Mood Disorders in Men Becoming Fathers* (2006), gjort ved rikshospitalet i København, omfattet 600 menn. Denne studien peker på at omkring 7 % av fedre får en fødselsdepresjon. Denne studien hadde en responsrate på 90,4 %. Hvis vi knytter dette opp mot den norske befolkningen, som er et ganske likt samfunn, kan vi få en pekepinn på hvor mange menn som blir rammet av denne lidelsen. Det ble født 58 459 barn i Norge i 2007 (Statistisk Sentralbyrå 2008). Dette gir oss et estimert antall på omkring 4000 fedre som får denne lidelsen.

Goodman (2004) har gjennom et litteraturstudie på fødselsdepresjon hos menn sett blant annet på utbredelse. Hun refererer til undersøkelser som viser til en forekomst fra 1,2 % til 25,5 %. Hun referer også til studier som viser at når fedre lever sammen med en partner som har en fødselsdepresjon øker forekomsten til mellom 24 og 50 %

Det finnes mange årsaker til at noen får en depresjon. Det er faktorer av både biologisk, psykisk og sosial art som påvirker både mors og fars depresjon. Noen kjente årsaksfaktorer er mangel på psykisk og sosial støtte, personlighet, stress, forandringer i parforholdet, mangel på søvn, tap og sorg opplevelser, tilpassingsproblemer, manglende oppfyllelse av forventninger og negative opplevelser rundt selve fødselen (Goodman 2004). Noen årsaksfaktorer er spesielt representert hos menn. De er ofte knyttet opp mot endring av sosial rolle, holdninger til at far skal være sterk og ikke snakke om følelser, endring i familiedynamikken, bekymringer for økt ansvar, stress og økonomi, tap av intimitet, forandringer på partnerens kropp, opplevelser knyttet opp til sin barndom og til sin far og til slutt hvor inkludert hans følelser er (PANDA 2009).

Goodman (2004) refererer i sin litteraturstudie til en liste over risikofaktorer i synkende rekkefølge. Den største risikoen ligger i om mannen tidligere har hatt en depressiv lidelse. Mors depresjon, før eller etter fødselen, kommer som nummer to. Videre er det kvaliteten på parforholdet som spiller inn på risikoen for å utvikle depresjon. Uten å nevne dem i noen rekkefølge er det også nevnt faktorer som alder og lav sosial status. Schumacher, Zubaran og White (2008) refererer i tillegg til nevrotisme og umodenhet som risikofaktorer. De nevner også ikke planlagt graviditet og for lite informasjon om graviditet og fødsel som faktorer som øker risikoen for å få en depresjon.

Folkehelseinstituttets bok *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel* (Eberhard-Gran M., Slinning K 2007) har alle som jobber med med gravide, fødende og spedbarnsfamilier som målgruppe. De fokuserer i ett avsnitt på at situasjonen rundt en fødsel er en stor følelsesmessig påkjenning også for partneren. De referer til en studie av Munk-Olsen (2006). Her konkluderes det med at det er lite som tyder på at menn har en økt risiko for depresjon i den første tiden etter en fødsel, uavhengig av kvinnens psykiske tilstand.

Undersøkelsen *Living With Postpartum Depression: The Father's Experience*, valgte dybdeintervjuer med åtte menn som metode og fokuserte på hvordan det var for disse og leve sammen med en partner som led av fødselsdepresjon. Resultatet av denne studien var at fedrene gav uttrykk for lignende opplevelser og at det kom fram en felles tematikk (Meighan, Davis, Thomas, Droppleman, 1999).

«The birth of the infant brought about a loss of the partner the husband had known and loss of the relationship once shared with his spouse. The men also described other losses, including loss of control, loss of intimacy, and loss of how things used to be. Attempts to find someone in the health care system who could help were in most cases unsuccessful. Most of the men and women sought professional help in the first few weeks after the onset of depression. (Meighan, Davis, Thomas, Droppleman, 1999)

Det er et sterkt samsvar mellom depresjon hos en av personene i et forhold og depresjon hos den andre. Andelen av spedbarnsforeldre der minst en av foreldrene opplevde depressive symptomer to måneder etter fødsel er på 36,2 – 47%. Utbredelsen av spedbarnsforeldre der begge personene opplevde symptomer på depresjon en måned etter fødsel er på 19,6 %. Denne synker til 4,7 % to måneder etter fødsel (Goodman 2004).

Den amerikanske studien *Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior* (Paulson, Dauber og Leiferman 2008), med data fra 5089 foreldrepar, viser at en forekomst på 14 % hos mødre og 10 % hos fedre hadde moderate til alvorlige depressive symptomer. De trekker også paralleller til at denne forekomsten hos fedre er dobbelt så høy som forekomsten av depresjon generelt i den mannlige befolkningen i USA.

Det er for liten forskning til å fastslå når det er mest vanlig for far å bli deprimert. Noen studier kan tyde på at fars depresjon begynner senere enn mors fødselsdepresjon, som ofte begynner tidlig etter fødselen, og øker i forekomst det første året (Goodman 2004).

Det er vanskelig å skulle si noe generelt om hvordan fedre opplever denne depresjonen. Det er gjort få studier på dette. Post and Antenatal Depression Association (PANDA) har laget et informasjonsskriv om menn som får en depresjon etter å ha blitt far. Her viser de til noen vanlige følelser. Noen fedre opplever en følelse av å være fanget, en følelse av å være ekstremt alene i sin situasjon uten å vite hvordan man skal komme seg ut av den. Andre fedre opplever PPD som å bli overveldet av sinne og raseri. De føler sinne ovenfor partneren, barn og andre familiemedlemmer. De kan føle seg usikker på egne følelser og er ofte sjokkert over egen oppførsel. Andre igjen er overveldet av følelser av håpløshet og hjelpsløshet over at livet og eget selvbilde kanskje aldri kommer til å bli det samme igjen. Noen fedre føler en skuffelse over opplevelsen av å bli far og at de har feilet i sin rolle. Dette fører til en følelse av å skuffet barn og mor (PANDA 2008).

Mannen kan ha de tradisjonelle symptomer på en depresjon, men det er viktig å ha kjennskap til de mer mannlige uttrykk. Generelt og forenklet kan disse settes opp i følgende liste:

- Lavere stressterskel/mer stresset
- Aggressiv, utagerende, problemer med selvkontroll
- Utbrenthet og tomhet
- Uforklarlig trøtthet
- Irritabel, rastløs og frustrert
- Vanskeligheter med å fatte beslutninger i hverdagen
- Endret søvnmønster
- Nedsatt seksuell lyst
- Hodepine, smerter
- Søvnproblemer
- Følelse av uro, engstelse og ubehag
- Økt forbruk av alkohol/medikamenter
- Overaktivitet, jobber mye, trener mye
- Endring av oppførsel, vanskelig å ha med å gjøre
- Følelse av nedstemthet, negativ/andre har oppfattet mannen som nedstemt eller negativ
- Følelse av selvmedlidenhet, klagende/andre har oppfattet mannen som selvmedlidende eller klagende (Madsen 2007)

Når vi ser på forskjellige faktorer knyttet til fars depresjon, er det naturlig å spørre hvor vi finner disse fedrene. Med årsaks- og risikofaktorene tatt i betraktning, kan vi trekke slutningen om at disse fedrene finnes overalt, men med en overrepresentasjon hos de fedrene som tidligere har hatt en depressiv lidelse og hos de fedrene som er i partnerskap med en som har en fødselsdepresjon.

Mors fødselsdepresjon har ofte vært kartlagt med et verktøy som heter Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Denne er validert for kvinner og ble i 2001 også validert for menn (Matthey mfl. 2001). Dette er et spørreskjema med 10 spørsmål som skal rangeres og er laget for å kunne brukes i allmennpraksis og på helsestasjon. Denne testen ble i 2003 oversatt og validert for bruk på norske kvinner. (Berle mfl. 2003) Den er enda ikke validert for menn i Norge. Denne testen bruker tradisjonelle symptomer for depresjon og tar ikke høyde for at menn og kvinner kan ha forskjellig uttrykk for depresjon.

Madsen (2007) tar i bruk to ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge for mannlig fødselsdepresjon. I tillegg til EPDS er også Gotland Male Depression Scale (GMDS) tatt i bruk samtidig. Dette verktøyet tar i tillegg hensyn til de mer mannlige depresjonssymptomene. Konklusjonen i denne studien viser til at det er behov for verktøy som også fanger opp de unike mannlige symptomene og at disse to verktøyene i kombinasjon gir et mer korrekt bilde av mannens psykiske helse.

Det er velkjent at fødselsdepresjon hos mor har en innvirkning på spedbarnets helse og utvikling (Ramchandani 2008). Samme forsker har gjort to studier som har sett på om fars depresjon har en innvirkning på barnets utvikling. Han konkluderer i en studie fra 2005 at fødselsdepresjon hos fedre var sterkt knyttet opp mot negative psykiske og følelsesmessige utløp i 3- 5 alderen og økt risiko for adferdsproblemer hos gutter, uavhengig av mors fødselsdepresjon og senere depresjoner hos far. (Ramchandani 2005) Studien fra 2008 konkluderer med at fødselsdepresjon hos far er sterkt knyttet opp mot en økt risiko for psykiske lidelser hos barn i 7 års alderen (Ramchandani 2008).

I Dagbladets Magasinet den 31. januar 2009 presenterer Susanne Sollid Kaluza en artikkel om menn som får fødselsdepresjon. Vi møter menn og deres opplevelse av lidelsen og det refereres til Madsen og Juhl (2007) Hun spør professor Madsen om hvorfor vi skal fokusere på fedre med fødselsdepresjon:

«For det første fordi vi skal hjelpe menn når de er i nød. For det andre, fordi det hjelper barna. Og for det tredje fordi det hjelper kvinnene» (Magasinet 2009 s. 25)

I samme artikkel svarer professor i allmennmedisin og forsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, Anne Eskild på samme spørsmål. Hun har 25 års erfaring som lege og er ekspert på kvinne- og kjønnsforskning.

«Jeg er så lei av at allt fokus skal være på menns helse (...) Jeg synes ikke dette er interessant i det hele tatt. Menns fødselsdepresjon er en bagatell»(Magasinet 2009 s. 24)

I Norge går nærmere 100% av nybakte mødre til kontroll på sin lokale helsestasjon ca. Seks uker etter fødselen. Her møter de helsesøstre og av og til jordmødre. (Anker-Rasch 2005) I studien: *Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem?*, er det gjort en intervjustudie av helsesøstres opplevelser på helsestasjoner i Oslo. Her konkluderes det med at helsesøstrene ikke har noen klar metode for å finne fram til mødre med fødselsdepresjon. De baserer seg mye på egen erfaring, personlighet og intuisjon og at dette fører til en tilfeldighet i hvem som blir oppdaget. Helsesøstrene visste at de ikke fanget opp alle og var åpne for å ta i bruk EPDS som verktøy (Anker-Rasch 2005). Sykepleieres og helsesøstres viktigste verktøy er språket og bruk av dette til kommunikasjon mellom mennesker. Helsesøstre og jordmødre bruker samtalen som verktøy og bruker således seg selv terapeutisk. Mange sykepleieteoretikere har teorier om sykepleie og kommunikasjon med pasienten (Eide og Eide 2000).

«Hildegard Peplau var den første sykepleier som beskrev de psykodynamiske aspekter ved sykepleier-pasient-forholdet fra et sykepleieperspektiv, inspirert av psykoanalytisk tenking. (Loomis 1986, Arnold og Boggs 1989 i Eide og Eide 2000 s. 67)

I sitt hovedarbeid *Interpersonal Relations in Nursing* fra 1953 ser hun på sykepleie som en terapeutisk mellommenneskelig prosess der målet er å fremme helse og utvikling av personligheten i retning av et kreativt, konstruktivt, produktivt og personlig liv. Her er relasjonen mellom sykepleier og pasient sentralt for det terapeutiske utbyttet. Hun beskriver fire faser i dette arbeidet og setter fokus på hvor viktig det er at sykepleier klarer å forholde seg adekvat i de ulike fasene (Eide og Eide 2000).

- Orienteringsfasen:

Her møter sykepleier mor eller far for første gang og analyserer situasjonen. Foreldrenes behov identifiseres og klargjøres og ut av denne klargjøringen utvikles en relevant sykepleiediagnose. Åpenhet og tillit er nøkkelord i denne fasen og det er viktig å huske på Travelbees prinsipp om å møtes som som selvstendige individer med egen identitet.

- Identifiseringsfasen:

Dette er fasen som følger etter at problemet er definert. Denne består av en gjensidig klargjøring av forestillinger og forventninger og det utvikles en plan for sykepleien med sikte på å møte behovene til mor eller far.

- Utforskningsfasen:

Her er mor eller fars tanker, følelser og forestillinger som skal utforskes i tilknytning til årsaken de har søkt hjelp. Dette er en viktig fase i forholdet mellom sykepleier og mor eller far. Sykepleier bygger opp foreldrenes evne til å klare seg som foreldre og formidle en tro på egen mestring. Det blir i tillegg gitt veiledning og hjelp slik at de kan klare dette.

- Løsningsfasen:

I denne fasen vil foreldrene gradvis løsrive seg fra sykepleier og parallelt med at styrken til å stå alene styrkes. Dette avhenger i at de har fått tilstrekkelig hjelp, støtte og kontakt i de foregående fasene (Eide og Eide 2000).

Peplau legger vekt på relasjonen mellom sykepleier og den andre og påpeker at den andre gjerne plasserer sykepleier inn i ulike roller etter eget behov. Dette skjer samtidig som sykepleier trer inn og ut av roller og skaper seg roller en trives i. I dette spenningsfeltet ligger det muligheter for sykepleier til å fremme en prosess i retning av modning og personlighetens bevegelse framover. Jeg vil kun kort liste opp Peplaus seks ulike og tildels overlappende roller:

- Rollen som en fremmed
- Rollen som ressursperson
- Rollen som lærer
- Rollen som veileder
- Rollen som surrogat
- Rollen som leder

(Eide og Eide 2000)

Rikshospitalet i København har utarbeidet et hefte om menn og fødselsdepresjoner (2005). Her refererer de til fem forslag til hvordan man best kan kommunisere med mannen. De nevner at man som helsepersonell bør være konkret og ikke pakke spørsmålene unødige inn. Vi bør stille konkrete spørsmål som krever konkrete svar. De nevrer at jo mindre man forventer av samtalen jo mer vil mannen fortelle. Vi bør utvise sympati, men ikke medlidenhet, som kan fjerne menns følelse av kontroll. Man bør søke å finne en god balanse mellom mannens behov for selvbestemmelse og autonomi på den ene siden og hans behov for omsorg og trøst på den andre. Vi bør legge opp og formidle muligheter (Dansk sygeplejeråd 2007).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg få komme med en drøfting rundt hvordan sykepleier bør opptre i møtet med manglende eller ny kunnskap generelt, men spesielt opp mot møtet med informasjon om fedre med fødselsdepresjon. Jeg vil deretter få drøfte de funnene som er gjort. Jeg vil så trekke tråden videre opp mot sykepleiers rolle til denne gruppen fedre og deres familier og holdninger til mannens depresjon.

5.1 Sykepleier i møte med manglende eller ny kunnskap

Det er en naturlig del av sykepleierhverdagen å komme opp i situasjoner der en innser at man har større eller mindre hull i sine kunnskaper, men har vi en like naturlig holdning til å oppdage og tette disse hullene? I følge styringsdokumentene skal sykepleier holde i gang en kontinuerlig læringsprosess og søke og anvende ny kunnskap for å forbedre praksis. Dette betyr å oppdage hull og tette dem så fort som mulig. Dette er store og omfattende krav. Jeg tror at ingen sykepleiere er fullstendig faglig oppdatert til enhver tid, men jeg mener at de går et skille mellom dem som har en profesjonell holdning til sin egen kompetanse og dem som ikke har det. Disse vil kanskje ha større oversikt over egne manglende og eksisterende kunnskaper og dette gjør dem bedre i stand til å ta i mot ny kunnskap, tette hull og kanskje ha en bedre oversikt over hvor den nye kunnskapen befinner seg. Jeg tror at en god holdning til sin egen læring, kompetanse og ny kunnskap kan gjøre at man som sykepleier vil kunne stille sterkere enn dem som ikke har det. Disse vil kunne yte en bedre sykepleie til en større og mer differensiert pasientgruppe.

Kunnskap om at menn også kan lide av fødselsdepresjon er relativt ny, men viktig. Kommer denne kunnskapen i kontakt med de sykepleierne som trenger den? Jeg har ikke solide holdepunkter for å hevde at den ikke gjør det, men det at det ikke finnes norsk sykepleielitteratur på dette området kombinert med at forskningslitteraturen ikke er allment tilgjengelig, peker i en retning om at dette er kunnskap man selv må søke opp av egen interesse eller behov. Her er det igjen også snakk om hvilken holdning man har til å søke opp ny kunnskap. Jeg har tidligere nevnt Norsk Sykepleierforbunds Etske retningslinjer for sykepleiere. Noen av ordene som ble sitert var: fagutvikling, forskning, formidling og innarbeiding. Dette krever en aktiv holdning av sykepleier. Hvis mange sykepleiere blander en aktiv holdning og interesse for sine fagfelt, tror jeg at fagutvikling, forskning, innarbeiding og ikke minst formidling vil kunne stå sterkere i framtiden. Dette vil blant annet komme fedre med fødselsdepresjon til gode.

Det at oppdatert informasjon om mannens helse i forbindelse med å bli far blir kjent blant sykepleiere, gjør at man får et nytt verktøy som passer til en ny pasientgruppe. Man kan legge dette verktøyet sammen med det andre utstyret i sykepleierverktøykassen og bli bedre i stand til å yte sykepleie. Dette verktøyet gjør man bedre i stand til å gjenkjenne symptomer, finne ut hva som er problemet, sette i gang riktige tiltak og evaluere i etterkant.

5.2 Drøfting av funn

De data som er referert til i denne oppgaven kommer fra et lite fagfelt, men har likevel en bredde i både i metode, synsvinkel, utvalg av forskningspersoner og er publisert i anerkjente tidsskrift. Goodmanns litteraturstudie (2004) er av en slik bredde at jeg har valgt å legge lit til denne studien for å kunne si noe om hvorvidt vi snakker om en reel lidelse eller ikke.

Eberhard-Gran M., Slinning K. (2007) har i boken *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel* viet ett lite avsnitt for å se på muligheten for at menn kan ha en større risiko for å få en depresjon i tiden etter at man har blitt far. Det er flott at de tar dette opp, men jeg stiller meg undrende til valg av studie for å argumentere mot en forhøyet risiko for depresjon hos menn. Studien av Munk-Olsen mfl. (2006) blir brukt som begrunnelse for konklusjonen om temaet. Denne studien ser på førstegangs mødre og fedre opp mot innleggelse på psykiatrisk sykehus med alvorlig psykisk sykdom eller poliklinisk behandling for det samme, det første året etter fødselen. Jeg mener at å velge ut kun én studie for å belyse emnet og gjøre konklusjoner ut fra denne blir for usikkert. Spesielt med tanke på at studien fokuserer på en rekke alvorlige lidelser, den prøver å tallfeste en lidelse med et behandlingsapparat i støpeskjeen og den er gitt ut av Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Jeg vil kort nevne responsraten i den danske undersøkelsen *Men's Psychological Transition to Fatherhood – Mood Disorders in Men Becoming Fathers* (2006) Den var på hele 90,4. Dette kan tolkes dit hen at menn er villig og interessert i å delta i forskning rundt menns helse generelt og fødselsdepresjon spesielt.

Temaet som Madsen (2007) tar opp i sin studie om at menn kan ha forskjellige symptomer og uttrykk i forhold til kvinner er viktig. Dette minner oss om at vi er forskjellige og at vi ikke kan overføre begrepet fødselsdepresjon til menn uten å tilpasse både undersøkelsesverktøy, kommunikasjon eller behandling. Uten å gjøre dette står vi i fare for å bomme på alle tre og mannen møter et helsevesen som ikke er tilpasset ham og som ikke klarer å hjelpe. Hvis vi kobler dette scenariet opp mot de, i følge PANDA (2009), vanlige følelsene mannen sliter med, får vi et bilde av menn som har en alvorlig lidelse og som ikke får hjelp. Et velutviklet helsevesen kan ikke la en gruppe mennesker være uten god og tilpasset helsehjelp.

Når vi ser på Ramchandani sinne funn, både i 2005 og 2008, får vi innsyn i at dette ikke bare er et problem som rammer mannen. En far med fødselsdepresjon påvirker barnet og har en innvirkning på dets utvikling. Jeg kan ikke konkludere med at dette er udiskutable sannheter, da det er basert på kun to studier, men kan jeg som sykepleier ha kunnskap om at det er stor sannsynlighet for at dette stemmer og ikke likevel ikke handle ut i fra det? Jeg vil ta denne nye kunnskapen til etterretning og jobbe ut i fra at barna er en veldig god grunn til å hjelpe fedre med fødselsdeprejon.

Anker-Raschs nevner i sin studie at nærmere 100 % av nybakte mødre stiller på kontroll på sin lokale helsestasjon. Jeg sitter ikke på informasjon om hvor mange fedre som stiller på denne kontrollen, men antar at det er et stort flertall av mødre. Hva om samtlige helsesøstre hadde spurt mor spørsmålet: «Hvordan har far det?», «Har han det bra?» ? Jeg tror at dette kunne vært et effektivt første steg mot å nærme seg mannen. Kanskje helsesøstre kunne jobbe for at begge foreldre burde møte på kontroll. Dette hadde vært et naturlig steg for å inkludere far og et naturlig steg mot også å sette relasjonen i fokus.

5.3 Sykepleiers rolle til denne gruppen fedre og deres familier

Økt fokus på fødselsdepresjon hos menn kan ha flere positive konsekvenser. En mulig konsekvens for fedre er at dette blir anerkjent som en reell lidelse. Dette kan føre til at informasjon om lidelsen blir tatt med i sykepleielitteratur, informasjonsbrosjyrer, forskning og at både fagpersoner, fedre og mødre får økt kunnskap om at dette er noe som det går an å lide av og blir kjent med begrepet. En annen mulig positiv konsekvens er at helsesøstre og sykepleiere kan med den økte kunnskapen bli flinkere til å oppdage fødselsdepresjon både hos mor og far. Dette kan både skje ved at de tar inn ny teoretisk kunnskap om fedrene som en del av kompetansen sin eller at de tar i bruk et verktøy som EPDS for å systematisere undersøkelsene.

Dette innebærer en endring i helsesøstres metoder i arbeidet med deprimerte mødre og en inkludering av fedrene. Dette vil muligens bli en debatt om ressurser, men også en debatt om hvorvidt vi skal sette i gang en masseundersøkelse av alle mødre og fedre. Det vi kan trekke ut som viktige punkter etter denne oppgaven er at helsesøstre bør systematisere sine metoder og trekke inn fedrene i de tilfellene der mor er deprimert.

Som vi har sett referanser til i denne oppgaven er menn som lever med fødselsdeprimerte mødre utsatt for en betydelig økt risiko for selv å bli deprimert. Skal dette være den utløsende faktor for å trekke inn fedrene? Jeg tror det bør bli en fast prosedyre å trekke inn partneren til en fødselsdeprimert kvinne. Dette for at det er en hel familie som blir påvirket av den enes lidelse, det er stor sannsynlighet for at mannen har det vanskelig og det er en mulighet for at han er deprimert også. I tillegg til dette er det et barn som også kan bli skadelidende av foreldres sykdom. Denne prosedyren innebærer økt fokus på mannens helse i overgangen til å bli far, men helsepersonell bruker kunnskapen sin om temaet på en litt passiv måte. Vi inkluderer ikke far før det er høyst nødvendig.

En annen tilnæringsmåte til mannens helse vil være å ligge i forkant og jobbe preventivt i forhold til en mulig psykisk lidelse. Dette vil innebære at begge foreldre vil få tilpasset og god informasjon og opplæring under svangerskapet og etter fødsel. Felles informasjonshefter i kombinasjon med kjønntilpassede vil kanskje kunne gjøre foreldrene bedre i stand til å kjenne på både sin egen helse og partnerens. Sykepleier må jobbe for at far blir naturlig inkludert i alle fasene av svangerskapet, fødselen og i tiden etterpå, at de får den hjelpen de trenger, får mulighet til å luften spørsmål, forventninger og følelser. Helsesøster, jordmor eller sykepleier må også sørge for at mor og far vet hvor de kan søke hjelp hvis de trenger det og sørge for at hjelpen er tilgjengelig ved behov.

Hildegard Peplau sine teorier om relasjonen mellom sykepleier og den andre, basert på tanken om at det er en mellommenneskelig prosess med et mål om å fremme helse og utvikling av personligheten, passer naturlig opp mot arbeidet rundt fødselsdepresjon. Arbeidet med foreldre med spedbarn handler mye om å få hjelp til både mestre sin egen helse og å tilpasse seg og utvikle seg i den nye rollen.

En annen tilnæringsmåte er å innføre bruk av undersøkelsesverktøy som EPDS og GMDS på helsestasjonene. Studien til Anker-Rasch (2005) konkluderer blant annet at helsesøstrene var åpne for å ta i bruk verktøy. Slike verktøy vil kunne fange opp flere kvinner og validert for menn vil kanskje denne fange opp flere menn, men spørsmålet om man har kapasitet til å fange opp alle reiser seg fort.

Et viktig moment er spørsmålet om hvor vi finner disse mennene. På det nåværende tidspunkt tror jeg det vil være vanskelig å finne disse mennene, men med større kunnskaper om lidelsen kombinert med en holdningsendring, vil man kanskje kunne fange opp disse fedrene der de måtte dukke opp. Svangerskapskurs, sykehus, fastlege, arbeidsplass og vennegruppe vil da kanskje være mulige arenaer.

5.4 Holdninger til mannens depresjon

Det er nå skrevet om denne lidelsen i en landsdekkende avis og det er flere og flere som har hørt om dette og mange har også meninger om dette. Som sykepleier er den nye informasjonen direkte knyttet opp mot det å kunne finne, gjenkjenne og hjelpe de fedrene som lider. På den annen side så kan man hevde at dette er informasjon som kun et fåtall av helsepersonellet trenger å vite noe om. At man som sykepleier skal ha inngående kunnskaper om alt, blir en ønsketenkning, men for sykepleiere som kan komme til å utøve sykepleie til unge mødre, unge fedre eller barnefamilier er dette kunnskap som er nyttig og viktig

Få ting er så sterkt knyttet opp mot kjønn som fødsel og fødselsrelaterte problemer. Dette har i alle tider vært kvinnens arena og er naturlig nok det enda. Å beskrive begrepet mannlig fødselsdepresjon kan skurre fra første stund. Begrepet er satt sammen av to ord som ikke før har blitt brukt sammen. For en mann vil dette, kanskje sammen med brystkreft, være noe av det minst maskuline en kan lide av. Nå som dette begrepet er i støpeskjeen i Norge, bør vi tenke på hvilket begrep vi velger. Kan et riktig navn på lidelsen være med på å ikke tilføre en ekstra belastning til lidelsen? Jeg har ikke svaret på dette, men et forslag ville kanskje vært begrepet «*Pappadepresjon*». Et begrep som er sterkere knyttet til mannens opplevelse av å blir far.

Selv om det enda ikke finnes noe norsk forskning på dette området, betyr ikke dette at vi kan late som om dette fenomenet ikke eksisterer i Norge eller bagatellisere det som professor Eskild gjør. Det er menn som daglig lider med dette, det er barn som unødig lider under dette og det er partnere som har det ekstra vanskelig på grunn av fars depresjon.

6.0 Konklusjon

Jeg vil i denne delen av oppgaven kort presentere hva jeg mener er konklusjonene vi kan trekke ut av denne oppgaven. Jeg vil også kort presentere hva som bør være fokusområder i framtiden.

Jeg mener at vi så langt kan konkludere med at fødselsdepresjon hos menn er et meningsfylt begrep og representerer en reel lidelse for mange menn. Dette fordrer en konklusjon om å handle ut i fra dette. Vi har sett at menn kan ha sine egne uttrykk for depresjon og at metoder for undersøkelse må tilpasses til dette. Jeg mener også at helsesøstre og jordmødre står i en særskilt posisjon til å kunne oppdage, undersøke, veilede og informere fedre med denne lidelsen, men at deres arbeid og verktøy må tilpasses og settes i system for å nå flest mulig. Jeg konkluderer ikke med at denne gruppen helsepersonell er best på behandling av disse fedrene. Vi trenger en holdningsendring og en navneendring for å kunne hjelpe disse fedrene på en best mulig måte.

Veien videre vil forhåpentligvis være preget av et bredere forskningsarbeid på dette temaet. Dette trenger vi for å kunne bli bedre på å fange opp disse fedrene og gi dem bedre sykepleie.

Denne oppgaven bør følges opp av en bred debatt om hvordan vi kan bli bedre til å fange opp disse fedrene, skape et godt behandlingstilbud og sette videre fokus på mannens helse i overgangen til å bli far.

Fars helse er like viktig som mors.

7.0 Litteraturliste

Anker-Rasch C. (2005) *Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem?* Mastergradsoppgave
Gøteborg: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap

Berle J.Ø., Aarre T.F., Mykletun A., Dahl A.F., Holsten F. (2003) Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 76 (2003) 151–156

Dalland, O. (2005) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS

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

Fagermoen S.M (1993) *Sykepleie i teori og praksis – Et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Folkehelseinstituttet (2008) *Fødselsdepresjon - fakta om depresjon i forbindelse med fødsel* Hentet 27. januar 2009 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:66503::1:5647:29:::0:0

Forsberg, C. Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur

Goodman J.H. (2004) Paternal Postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursin*, 45(1), 26-35

Høgskolen Stord Haugesund (2006) *Fagplan for sykepleierutdanningen* Stord: HSH

Kristoffersen N.J., Nortvedt F., Skaug E. (2005) *Grunnleggende sykepleie Bind 4* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanningen* Oslo:

Kunnskapsdepartementet

Madsen S. Aa, Juhl T. (2007) Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Jmhg Vol. 4, No. 1, pp. 26-31, March 2007*

Madsen S. Aa., Juhl T., Vestergaard A.L. (2006) Men's Psychological Transition to Fatherhood – Mood Disorders in Men Becoming Fathers København: *Copenhagen University Hospital*

Madsen S. Aa, Juhl T. (2005) Mænd & fødselsdepressioner – en guide til arbejdet med mænd med psykiske vanskeligheder i overgangen til foreldeskabet. København: Psykologisk og Psykosocial Forskningsenhed, Rigshospitalet

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

Meighan, M., Davis, M.W., Thomas, S.P., Droppleman, P.G.(1999) Living With Postpartum Depression: The Father's Experience *The American Journal of Maternal/Child Nursing Issue: Volume 24(4), July/August 1999, pp 202-208*

Munk-Olsen (2006) New parents and mental disorders – A population-based register study *JAMA, December 6, 2006 Vol 296, No 21 (Reprinted)*

Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler* Oslo: NSF

Olsen H, Gram j, Madsen S.V(2007) Utdannelse i kommunikation og dialog med mænd – Kompendium med fokus på mænds sunhed og sygdomme: *Dansk sygeplejeråd*

Parahoo, K (2006) *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. New York: Palgrave Macmillan

Post and Antenatal Depression Association (2008) *Men and postnatal depression: Fact sheet 9*
[Brosjyre] Melbourne: PANDA

Ramchandani P.G., Stein A., Connor T., Heron J., Murray L., Evans J (2008) Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 47:4, April 2008

Ramchandani P.G., Stein A., Connor T., Evans J (2005) Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet* 2005; 365:2201-05

Risnes jr., Per Asbjørn (2003): *Verdens beste pappa. Hakkespettbok for førstegangsfedre*. Oslo: Kagge Forlag AS.

Schumacher M., Zubaran C., White G. (2008) Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Australian College of Midwives. Elsevier Australia* 25. March

Sollid Kaluza S. (2009, 31. januar) Når far får fødselsdepresjon. *Dagbladet Magasinet* s. 24-25

Statistisk Sentralbyrå (2008). *Befolkningsstatistikk. Fødte, 2007* Hentet 1. februar 2009 fra <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/fodte/>

Willman a., Stoltz P.(2002) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* Lund: Studentlitteratur

