

**Utvecklingsarbete:**

# **Hur har du känt dig den senaste veckan?**

**En kvalitativ studie om användningen av Edinburgh Postnatal Depression Scale som screening för prenatal depression**

Sabina Lindroos

Utvecklingsarbete inom Social- och Hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa / 2014



## UTVECKLINGSARBETE

Författare: Sabina Lindroos

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Hur har du känt dig den senaste veckan? – En kvalitativ studie om användningen av Edinburgh Postnatal Depression Scale som screening för prenatal depression

---

Datum 11/2014

Sidantal 14

Bilagor 3

---

### Abstrakt

Syftet med detta utvecklingsarbete var att ta reda på hur hälsovårdaren inom den antenatala vården kan stöda den gravida kvinnan med hjälp av självskattningsformuläret Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Formuläret är utarbetat för screening för förlossningsdepression men är numera även ett medel för att screening för graviditetsdepression. Utvecklingsarbetet baseras på examensarbetet "Jag kanske aldrig skulle ha blivit med barn? En kvalitativ studie om graviditetsdepression med utgångspunkt i boken "Det välsignade tillståndet". Insamlingsmaterialet består av vetenskapliga artiklar och materialet lästes igenom med två forskningsfrågor i åtanke: "Är EPDS utarbetad på ett sådant sätt att den är ändamålsenlig inom den prenatala vården?" och "Hur kan hälsovårdaren stöda den gravida kvinnan med hjälp av EPDS?". Resultatet av artiklarna är uppställt i kategorier har därefter tolkats mot Marie Bergs teori om ett genuint vårdande av det genuina. Resultatet och tolkningen av artiklarna visar att EPDS är ändamålsenlig inom den prenatala vården genom att den är kostnads- och tidseffektiv, det känns bra för den gravida att besvara, den kan ge den gravida en ökad medvetenhet om graviditetsdepression. Vårdare som är medvetna om sin klients resultat i screening tenderar att oftare diskutera kring det psykiska välmåendet med sin klient samt stöda henne mera effektivt. EPDS tillsammans med samtal ger ökad motivation för klienten att söka och fortsätta behandling för depression, och är därmed ett effektivt sätt att stöda henne inom den prenatala vården.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Mödrarådgivning, Prenatal depression,

Edinburgh Postnatal Depression Scale, Riskgraviditet

---

## Development project

Author: Sabina Lindroos

Education and place: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Titel: How have you been feeling during the last week? – A qualitative study in using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in screening for prenatal depression.

---

Date 11/2014

Number of pages 14

Appendices 3

---

### Abstract

The aim of this study was to investigate how the Public Health Nurse in the antenatal care can support the pregnant woman by using the self-report questionnaire Edinburgh Postnatal depression Scale (EPDS). EPDS was originally developed for screening for postpartum depression but nowadays it also may be used to identify woman suffering from depression during pregnancy. The development project is based on the thesis “`Maybe I never should have become pregnant.` A qualitative study in depression during pregnancy, based on the book `The blessed condition?´”. The material consists of scientific articles and the material was read with two questions in mind: “Is EPDS useful in the antenatal care?” and “How can the Public Health Nurse support the pregnant woman by using EPDS?”. The result is presented in different categories and then compared to the theoretical premise of Marie Berg’s theory on genuine needs and genuine care. The result shows that EPDS is useful in antenatal care because it’s effective considering both cost and time, it is accepted by the pregnant woman and can increase her knowledge on depression during pregnancy. The nurse who is aware of her client’s result in screening, tends to discuss about mental health more often and support the woman more effectively. EPDS and discussion motivates the client to use treatment for her depression, and is an effective way to support her in the antenatal care

---

Language: Swedish

Keywords: Antenatal care, Prenatal Depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale, High Risk Pregnancy

---

## Innehållsförteckning

1. Inledning, syfte och frågeställningar .....	1
2. Teoretisk bakgrund och teoretisk utgångspunkt .....	2
2.1 Teoretisk bakgrund .....	2
2.1.1. EPDS .....	2
2.1.2 Användningen av EPDS.....	3
2.2 Teoretisk utgångspunkt.....	4
3. Metod .....	4
3.1 Etiska överväganden .....	4
3.2 Datainsamling och urval .....	5
3.3 Översiktsartikel .....	5
3.4 Processbeskrivning .....	5
4. Resultat .....	6
4.1 EPDS-skalans användbarhet inom prenatal vård .....	6
4.1.1 <i>Acceptans</i> .....	6
4.1.2 <i>Effektivitet</i> .....	7
4.1.3 <i>Nackdelar</i> .....	7
4.2 Vårdpersonalens feedback på EPDS-resultat .....	7
4.2.1 <i>Samtal</i> .....	8
4.2.2 <i>Stöd</i> .....	8
4.3 EPDS-resultatets påverkan på den gravida kvinnan.....	8
4.3.1 <i>Medvetenhet</i> .....	9
4.3.2 <i>Viljan att söka hjälp</i> .....	9
5. Tolkning och diskussion.....	10
5.1 En värdighetsbaserad vårdrelation .....	10
5.2 Ett balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet .....	10
5.3 Förkroppsligad kunskap .....	11
5.4 Avslutande diskussion .....	11
6. Kritisk granskning och vidare forskning.....	12
Källförteckning .....	14

Bilagor

## 1. Inledning, syfte och frågeställningar

Examensarbetet ”Jag kanske aldrig skulle ha blivit med barn? - En kvalitativ studie med utgångspunkt i boken `Det välsignade tillståndet`” (Jofs & Lindroos 2013) är en teoretisk litteraturstudie om hur vårdaren på mödrarådgivningen kan stöda den gravida deprimerade kvinnan på mödrarådgivningen. Det här utvecklingsarbetet är en fortsättning på nämnda examensarbete. Examensarbetet skrevs av två studeranden tillsammans. Respondenten har godkännande från medskribenten i examensarbetet att skriva det här utvecklingsarbetet som en fortsättning.

Vid mödrarådgivningen används olika instrument för att kunna kartlägga vilka gravida kvinnor som behöver extra stöd och inom vilket område den gravida behöver stöd. Inom den postnatala vården används redan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Bilaga 1) rutinmässigt för screening för förlossningsdepression. EPDS-skalan är en självbedömningsskala med 10 påståenden om det psykiska måendet hos kvinnan under de två senaste veckorna. Under 2013 publicerades nya rekommendationer för arbetet inom mödrarådgivningen i Finland, och i och med detta skulle EPDS-skalan börja användas även inom den prenatala vården (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013, s. 102).

I examensarbetet (Jofs & Lindroos 2013) var en av forskningsfrågorna ”Hur kan vårdaren stöda en kvinna som lider av graviditetsdepression?”. I det här arbetet kommer därför respondenten att ta reda på om EPDS-skalan är ett verktyg som vårdaren kan använda som stöd för kvinnan inom den prenatala vården. Forskningen är gjord som en teoretisk litteraturstudie.

Hjälpmedel inom rådgivningsarbetet används för screening och som grund för samtal mellan vårdare och klient. Syftet med det här utvecklingsarbetet är att ta reda på om och hur vårdaren kan använda sig av EPDS-skalan som ett hjälpmedel när hon stöder den gravida kvinnan.

Frågeställningar:

1. Är EPDS-skalan utarbetad på ett sådant sätt att den är ändamålsenlig inom den prenatala vården?
2. Hur kan hälsovårdaren stöda den gravida kvinnan med hjälp av EPDS-skalan?

## 2. Teoretisk bakgrund och teoretisk utgångspunkt

I det här kapitlet behandlar respondenten EPDS och användningen av EPDS inom mödrarådgivning samt presenterar vilken teoretisk utgångspunkt som kommer användas. Den teoretiska bakgrunden är till för att förstå resultatet av analysen av materialet. Resultatet kommer att tolkas mot den teoretiska utgångspunkten.

### 2.1 Teoretisk bakgrund

Vad graviditetsdepression är och hur man kan stöda den deprimerade gravida kvinnan tas upp i examensarbetet. I arbetet framkom att ett sätt att stöda en deprimerad gravid kvinna är att ha kunskap om hur man går tillväga och vilka instrument man kan använda som vårdpersonal vid misstankar om psykiskt illamående. En erfaren vårdare kanske lägger märke till depressionssymptom hos kvinnan utan att hon klär sina känslor i ord (Jofs & Lindroos, 2013). Ett verktyg som som kan användas rutinmässigt för alla kvinnor som kommer till rådgivningen och speciellt vid misstanke om graviditetsdepression är EPDS. I den här teoretiska bakgrunden tas det upp närmare om EPDS-skalan och på vilket sätt den används vid finska mödrarådgivningar.

#### 2.1.1. EPDS

Alla kvinnor som mår dåligt psykiskt söker inte hjälp för sitt illamående på egen hand. Därför kan det vara bra att ha tillgång till instrument som EPDS-skalan inom den pre- och postnatala vården som ett stöd för kvinnan (Stockholms läns landsting 2008, s. 3). Den tid i livet en kvinna kanske har som mest frekvent kontakt med hälsovården är under tiden före och efter förlossning. Trots detta upptäcks inte alla som är deprimerade under graviditeten. Orsaker till det här kan vara till exempel den gravidas ovilja att erkänna ett psykiskt illamående eller att vårdpersonal inte har tillgång till eller inte har tillräckligt bra struktur på användandet av metoder för upptäckandet av depression. (Stockholms läns landsting

2008, s. 11). Under graviditeten har den gravida rätt till att besöka mödrarådgivningen 11 gånger som förstföderska och 10 gånger som omföderska enligt finska rekommendationer (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013, s. 102).

EPDS är ett självskattningsformulär. Formuläret utvecklades från första början för upptäckandet av depressiva symptom postpartum. EPDS visades genom validering vara både sensitivt och specifikt för sitt syfte (Cox & Holden 1987). Det finns andra självskattningsformulär för upptäckandet av depressiva symptom, t.ex. Beck's Depression Inventory (BDI) och Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Bilaga 2), men EPDS är mera ändamålsenligt inom mödravård. Orsaken till detta är bl.a. att BDI tar upp om t.ex. ökad eller minskad aptit, vilket är vanligt förekommande vid en helt normal graviditet. Edinburgh Depression Scale (EDS) är benämningen på EPDS när den används inom den prenatala vården. Självskattningsformuläret ser däremot likadant ut vare sig det används pre- eller postpartum (Stockholms läns landsting 2008, s. 11). BDI finns som bilaga till examensarbetet (Jofs & Lindroos 2013). I nationella mödravårdsexpertgruppen rekommendationer för mödrarådgivningen från 2013 benämns självskattningsformuläret genomgående EPDS och därför har respondenten valt att använda benämningen EPDS framför EDS i det här utvecklingsarbetet.

### 2.1.2 Användningen av EPDS

EPDS tar bara några minuter att fylla i. Formuläret består av 10 påståenden om hur den gravida känt sig under de senaste sju dagarna. Påståendena graderas i en skala från 0-3, det högsta poängtalet är därmed 30. Gränsen som rekommenderas för upptäckten av depression är 12 eller 13 (Stockholms läns landsting 2008, s. 11-12, Cox & Holden 1987).

När man använder EPDS-skalan måste man vara medveten om att ett högt poängantal inte automatiskt säger att kvinnan lider av depression. Som alla andra screeningverktyg ger höga poäng på EPDS-skalan bara en indikation om att kvinnan kan vara deprimerad. Av de som får ett poängantal över 13 är hälften inte allvarligt deprimerade, motsvarande felmarginal är 2/3 om man har en poänggräns på 10. Det som är bra med screening för depression är att de som faktiskt är allvarligt deprimerade upptäcks. Bara en av 10 deprimerade får ett poängantal som tyder på att de inte är deprimerade. Namnet till trots kan EPDS-skalan användas både före och efter förlossningen (Riihimäki & Vuorilehto 2013).

Enligt nya rekommendationer i Finland skall EPDS-skalan användas inom mödravården. I graviditetsvecka 13-18 besöker den gravida mödrarådgivningen för andra gången, och i samband med det här besöket erbjuds hon att fylla i EPDS-skalan (THL 2013, s. 104). Inom rådgivningen i Finland används EPDS-skalan i stor utsträckning, mest för kvinnorna men också i mindre utsträckning för männen (Riihimäki & Vuorilehto 2013).

## 2.2 Teoretisk utgångspunkt

I examensarbetet (Jofs & Lindroos 2013) användes Marie Bergs teori om genuint vårdande av det genuina som teoretisk utgångspunkt, hela teorin beskrivs på sid. 6-10. Teorin är om att stöda en kvinna som genomgår en högriskgraviditet. Respondenten tror att Marie Bergs teori kan tillämpas även på det här utvecklingsarbetet i och med att EPDS används för att screena för depression, m.a.o. för att identifiera kvinnor som genomgår en högriskgraviditet.

## 3. Metod

Det här utvecklingsarbetet är en teoretisk litteraturstudie och litteraturen består av fem vetenskapliga, empiriska artiklar. Analysmetoden är kvalitativ innehållsanalys. Analysen görs induktivt. Hur man använder dokument som datamaterial, hur man gör en kvalitativ innehållsanalys och vad induktiv metod är beskrivs i examensarbetet ”Jag kanske aldrig skulle ha blivit med barn” - en kvalitativ litteraturstudie med utgångspunkt i boken ”Det välsignade tillståndet” (Jofs & Lindroos 2013, s. 29-31).

### 3.1 Etiska överväganden

Då man använder dokument som datamaterial är det viktigt att inget förvrängs, plagieras eller lämnas bort med avsikt. Vid val av dokument är det viktigt att man kontrollerar studiens trovärdighet: om studien godkänts av en etisk komité och att etiska överväganden har gjorts. (Forsberg & Wengström 2008, s. 77-78). I och med att den här studien görs som en litteraturstudie är nämnda överväganden de viktigaste i detta utvecklingsarbete.



### 3.2 Datainsamling och urval

Viktiga frågor att ställa sig själv när datainsamling görs är om den data man inhämtar är passande för studiens syfte och hur hittar man information som besvarar forskningsfrågorna. För att en studie skall vara trovärdig krävs ändamålsenlig data (Elo m.fl. 2014). Med tanke på begränsning av tid och studiens omfattning valdes dokumentstudier i det här utvecklingsarbetet. Dokumenten är bestående av artiklar. Artikelsökningen har gjorts i Cinahl with full text och Academic search elite. Kriterier vid sökningen var att artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext, att de skulle vara empiriska samt att de skulle vara vetenskapliga. Som sökord användes ”pregnancy”, ”EPDS”, ”prenatal depression”, ”depression” och ”antenatal care” i olika kombinationer. Artiklar som var äldre än tio år gamla valdes bort. Artiklar som inte var användbara med tanke på syftet valdes även bort. De flesta artiklarna som hittades under sökningen var forskning kring postnatal depression och EPDS, vilket inte var intressant i det här sammanhanget. Vid sökningarna hittades 7 artiklar kring EPDS och prenatal depression. En av dessa valdes bort eftersom det var en studie gjord på gravida med någon psykisk diagnos, t.ex. schizofreni. Respondenten tyckte att den inte var passande i den här studien eftersom den skulle ha gjort utvecklingsarbetet för brett. En annan av artiklarna valdes bort eftersom syftet var att ta reda på om ångest är en faktor som kommer fram vid användandet av EPDS, vilket inte var ändamålsenligt för den här studien. Studierna är gjorda i Sverige, Australien och Storbritannien. Studierna som var användbara i arbetet var främst kvantitativa, eller gjorda med både kvantitativ och kvalitativ metod.

### 3.3 Översiktsartikel

En översiktsartikel görs för att få en helhetsbild av det insamlade materialet. På det här sättet ser forskaren sambandet mellan forskningsfrågor och resultat i de insamlade artiklarna. På det här sättet underlättas analysprocessen. I översiktsartikeln framgår utgivningsår, titel, syfte, metod och resultat. En bra översiktsartikel innehåller flera artiklar kring samma ämne, som behandlar de forskningsfrågor man ställt upp (Kirkevold 1996, s. 103-105).

### 3.4 Processbeskrivning

Artiklarna som valdes till studien lästes igenom noggrant. Därefter gjordes en översiktsartikel (Bilaga 3). Översiktsartikeln består av en tabell över artiklarnas författare, titel, årtal, syfte, metod och resultat. Vid analysen läses artiklarna flera gånger med

forskningsfrågorna som ram. Resultatet kategoriseras i över- och underrubriker. Resultatet tolkas och diskuteras sedan mot Marie Bergs teori om det genuina vårdandet av det genuina. Slutligen diskuteras hela utvecklingsarbetet i en kritisk granskning.

## **4. Resultat**

Artiklar som besvarar den här studiens frågeställningar kommer att presenteras i det här kapitlet. Som hjälp för tolkningen har resultatet av studierna kategoriserats i över- och underkategorier. Det finns tre överkategorier med flera underkategorier. Alla kategorier är markerade med fet stil. Överkategorierna känns igen genom en större font och underkategorierna är kursiverade.

### **4.1 EPDS-skalans användbarhet inom prenatal vård**

I artiklarna som används i den här studien framkommer statistiskt hur många kvinnor som varit villiga att fylla i EPDS-formuläret. I artiklarna framkommer också fördelar med att använda EPDS som screeningverktyg samt vad man bör tänka på som vårdare när man använder EPDS som screeningverktyg.

#### **4.1.1 Acceptans**

EPDS accepteras att fylla i av de flesta kvinnor. I studierna var över 80% av kvinnorna villiga att fylla i EPDS-skalan (Mosack & Shore 2006, Flynn m.fl. 2006, Carter m.fl. 2004). I en av studierna var deltagarantalet något mindre, 63% besvarade EPDS både under tidig och sen graviditet. Under den första screeningen var deltagarantalet högre i jämförelse med hur många som fullföljde hela studien (Wickberg m.fl. 2005). I en av studierna tillfrågades kvinnorna om hur de upplevde att fylla i skalan, och samtliga svarade att den var lätt att fylla i och att de varken kände sig stressade eller stötta av någon av påståendena i EPDS-skalan. Det fanns inga skillnader i acceptans då man jämförde kvinnor med höga poäng med kvinnor med låga poäng, även om kvinnorna med låga poäng reflekterade kring möjligheten att deprimerade kvinnor lättare skulle bli stötta av något påstående (Leigh & Milgown 2006).

#### **4.1.2 Effektivitet**

Det är billigt att använda EPDS som screeningverktyg. Den kräver inte heller mycket tid och vårdaren behöver inga speciella bakgrundskunskaper om screening och diagnostisering inom psykiatri. Den själsliga kostnaden en oupptäckt depression kan ha för en mamma och hennes barn kan bli stor. Med tanke på det och att användningen av EPDS inte belastar vården tidsmässigt eller ekonomiskt är det ett bra verktyg, speciellt om man kan upptäcka ens en gravid med graviditetsdepression. EPDS är både tids- och kostnadseffektivt (Mosack & Shore 2006).

#### **4.1.3 Nackdelar**

EPDS i jämförelse med CES-D har inte visat på att EPDS skulle vara ett bättre verktyg att använda under graviditet. I en studie kom man fram till att CES-D identifierade flera gravida som deprimerade än EPDS. Däremot identifierade båda verktygen lika många som deprimerade postpartum. I studien kom det inte fram om EPDS ger falskt negativa resultat eller om CES-D ger falskt positiva resultat. I princip är det ingen skillnad vilket av verktygen man använder vid screening, men eftersom man i studien inte fann någon kvinna med högt poängantal i EPDS-screeningen föredrog man användning av CES-D. Det är viktigt att vårdaren diskuterar med kvinnan för att avgöra vilka faktorer som orsakar ett högt poängantal (Mosack & Shore 2006). Orosmåln för användning av screening är även att man för lätt inom vården skall stämpla en kvinna med ett högt EPDS-resultat (Leigh & Milgrown 2006, Carter m.fl. 2014).

## **4.2 Vårdpersonalens feedback på EPDS-resultat**

I artiklarna framkom på vilket sätt vården av den gravida kvinnan påverkas av att vårdaren är medveten om hennes resultat i EPDS-screeningen samt att resultatet kan användas som grund för samtal, och på vilket sätt kvinnan upplever det att samtala om resultatet.

#### **4.2.1 Samtal**

Ett positivt screeningresultat behöver inte säga så mycket om kvinnan är deprimerad eller inte. Men resultatet kan vara en bra öppning för samtal kring hur kvinnan mår. Vårdaren kan utgående från resultatet föra ett samtal som kan hjälpa henne att avgöra om den gravida kvinnan behöver behandling, samt vilka omständigheter som gör att kvinnan har depressiva symptom (Mosack & Shore 2006). Samtalet kring resultatet kan vara kortare om det inte tyder på en depression, men det är bra om vårdaren ändå får fram att den gravida faktiskt mår bra (Leigh & Milgrown 2006). Att samtala med den gravida om resultatet är en motivationsfaktor för viljan att söka hjälp för depression. Frekvensen av kvinnor som sökte hjälp efter förlossning var i en studie inte lika hög som under graviditet, vilket pekar på vikten av att vårdpersonal tar saken till tals i ett tidigt skede (Flynn m.fl. 2006).

#### **4.2.2 Stöd**

Barnmorskor eller hälsovårdare som är medvetna om sin klients höga poäng i EPDS tenderar att stöda de deprimerade kvinnorna mera effektivt än de barnmorskor som inte är medvetna om resultatet. I en studie lindrades depressionssymptomen hos de kvinnor som hade en barnmorska som var medveten om hennes resultat i screeningen. Barnmorskorna som fick reda på EPDS-poängen fick också gå en kort skolning i hur man stöder en deprimerad gravid kvinna. Däremot jämförde man i samma studie antalet kvinnor som hänvisats till behandling, med resultat att alla kvinnor med höga EPDS-poäng hänvisades vidare vare sig barnmorskan var medveten om EPDS-resultat eller ej (Wickberg m. fl. 2005). Kvinnorna i en av studien gav enbart positiv respons på att vårdaren diskuterat EPDS-resultatet med dem. Att vårdaren är medveten om poängen är en trygghet för den gravida. En del gravida som känner sig deprimerade kan känna en lättnad över att vårdaren vet hur det ligger till och det här kan komma till vetskap för vårdaren till exempel i samband med screening (Leigh & Milgrown 2006).

### **4.3 EPDS-resultatets påverkan på den gravida kvinnan**

I artiklarna framkom att besvarandet av EPDS-formuläret både kan öka medvetenhet kring depression vid barnafödande samt att resultatet kan ge motivation för att söka hjälp för depressiva symptom. EPDS lägger inte bara igång en process hos vårdaren utan även hos den gravida kvinnan.

### **4.3.1 Medvetenhet**

Ifyllandet av EPDS-formuläret kan sätta igång en process hos kvinnan. Medvetenhet kring riskfaktorer för depression kan få kvinnan att reflektera kring sitt eget mående. I en av studierna tillfrågades kvinnorna hur de upplevde att fylla i EPDS-skalan och på vilket sätt det påverkat dem. Hälften av kvinnorna uppgav att deras medvetenhet om graviditets- och förlossningsdepression ökade. Samma antal kvinnor upplevde även att det ökade deras kännedom om vilka riskfaktorer det finns för depression (Leigh & Milgrown 2006). Trots medvetenhet om riskfaktorer och att kvinnan själv vet att hon har höga EPDS-poäng behöver hon trots allt inte själv anse att hon är deprimerad (Carter m.fl. 2004).

### **4.3.2 Viljan att söka hjälp**

Carter m.fl. (2004) gjorde ett försök att rekrytera kvinnor till psykoterapi endast genom screening. Resultatet var att de flesta kvinnor inte ens ville bli kontaktade efter ifyllandet trots att de var villiga att fylla i själva formuläret. De som var villiga att bli kontaktade om de hade fått ett poängantal över 12 var inte å sin sida villiga att få den behandling de erbjöds. Orsaker till att inte ta emot behandling var t.ex. att kvinnan inte kände sig deprimerad eller att hon inte ville bli stämplad. Endast screening var i det här fallet alltså inte en bra metod. Även resultatet i en studie av Flynn m.fl. (2006) var att de gravida är villiga att söka hjälp först när de diskuterat sitt resultat med vårdpersonal. Viljan att fortsätta behandling för depression är även större om den deprimerade får gå på kontroller för sitt psykiska illamående regelbundet. Viljan att söka och genomgå behandling har alltså inget samband med endast EPDS-resultat.

## 5. Tolkning och diskussion

Resultatet i föregående kapitel tolkas mot Marie Bergs teori om genuint vårdande av det genuina.

### 5.1 En värdighetsbaserad vårdrelation

Vad händer efter ett positivt resultat för depression vid EPDS-screeningen? Samtal om EPDS-resultatet tillsammans med vårdpersonal har visats vara en motivationshöjare för deprimerade gravida att söka hjälp för sitt psykiska mående. Regelbundna kontroller av den gravidas psykiska mående är en motivationsfaktor för att den deprimerade skall vilja fortsätta sin behandling. I och med det här är det viktigt att vårdaren har en fortgående dialog med klienten, hur upplever kvinnan behandlingen efter screeningresultatet? Det kan finnas skäl att kvinnan fyller i EPDS-formuläret flera gånger under graviditet som ett lätt sätt att följa upp hennes psykiska mående.

Det är en trygghet för den gravida att vårdaren är medveten om att hon är deprimerad. Men för att kunna tala om sådana saker bör det finnas en ömsesidighet och en tillit mellan vårdare och klient. Finns det ett sådant förhållande är det även lättare att diskutera en sådan sak som EPDS-resultatet. I en tillitsfull relation är det en lättnad för den gravida att hennes vårdare vet hur hon mår, kvinnan behöver inte känna sig dömd eller stämplad. Vårdaren bör hela tiden se till den gravida kvinnans värdighet. Att ge en kvinna en stämpel utgående från ett screeningresultat kan vara kränkande.

### 5.2 Ett balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet

Det är som sagt viktigt att vårdaren inte automatiskt stämplar en klient med ett högt poängantal i screening för depression. Bara för att en kvinna får höga poäng betyder det inte att hon själv anser att hon känner sig deprimerad. Vårdaren kan alltså inte stirra sig blind på ett screeningresultat utan bör beakta vad kvinnan själv säger att hon känner.

Samtal är ett sätt att motivera sin klient till att söka behandling, men det är viktigt att inte hela rådgivningsbesöken går ut på att samtala om klientens depression. Man måste även komma ihåg det som är friskt och så att säga normalt under graviditeten.

### 5.3 Förkroppsligad kunskap

Teoretisk kunskap genom t.ex. skolning om graviditetsdepression tillsammans med medvetenhet om sin klients EPDS-poäng kan leda till att vårdaren stöder sin klient mera effektivt. Medvetenhet om EPDS-resultatet utan kunskap om depression är till ingen nytta i och med att blott ett screeningresultat inte är en direkt motivationsfaktor för behandling. Ett positivt screeningresultat är inte enda anledningen till att vårdpersonal hänvisar till behandling. Vårdare i studierna har hänvisat till behandling utan medvetenhet om den gravidas EPDS-poäng. En vårdares intuitiva kunskap kan få henne att se saker hos den gravida utan att den gravida säger det högt. På samma sätt kan vårdaren genom teoretisk kunskap om vilka orsaker som kan leda till att en gravid kvinna blir deprimerad göra att hon för saken på tal. Praktisk kunskap om hur vårdaren skall gå tillväga vid misstanke en graviditetsdepression innebär att hon vet vilka verktyg (EPDS) hon har till hjälp samt vilken hjälp det finns (psykologer, psykiatri). Om en vårdare av någon anledning misstänker depression hos den gravida kan hon använda sig av EPDS-formuläret för att föra saken på tal i och med att det visade sig att kvinnorna är villiga att fylla i formuläret samt diskutera resultatet med vårdpersonal.

### 5.4 Avslutande diskussion

Den intressantaste frågan i det här arbetet var på vilket sätt vårdaren kan stöda den gravida kvinnan med hjälp av EPDS. Den frågan var svår att få svar på eftersom kvalitativa artiklar kring ämnet inte hittades. Den andra forskningsfrågan var om EPDS är användbart inom den prenatala vården, svaret blev att EPDS är fördelaktigt att använda eftersom det inte är stötande för den gravida kvinnan, det är enkelt att använda samt att gravida är villiga att samtala kring resultatet.

Trots att det inte finns specifika forskningar kring på vilket sätt man kan använda EPDS som stöd för den gravida kom det fram i resultatet att en vårdare som är medveten om den gravidas poäng i screeningen tenderar att stöda den gravida mera effektivt. Marie Bergs teori om genuint vårdande av det genuina är en teori om hur man stöder kvinnor i en riskgraviditet. Teorin kunde även användas i den här studien om användningen av EPDS, vilket tyder på att EPDS kan användas för att stöda den gravida kvinnan, t.ex. genom att EPDS-resultatet kan vara en grund för ett samtal. Det som återkommer i det här utvecklingsarbetet är samtalets betydelse och den fortgående dialogen. De här båda

faktorerna är en motivationsfaktor för att den deprimerade gravida kvinnan skall vilja behandlas för sin depression samt fortsätta behandlingen graviditeten ut.

## 6. Kritisk granskning och vidare forskning

Kritisk granskning av det här arbetet har gjorts utgående från kriterier uppställda av Mays & Pope (2000). Arbetet granskas med hjälp av frågor om arbetets relevans, syfte, metodens relevans med tanke på syftet, arbetets urval, begränsning, material och analys samt sammanställningen av arbetet. Med hjälp av dessa frågor granskas arbetets kvalitet. Mays & Pops kriterier har valts i och med att de är specifikt utarbetade för kvalitativa studier.

EPDS-skalan har varit längre i användning efter förlossning än under graviditeten. EPDS-skalan har utarbetats för screening för förlossningsdepression och därför ville respondenten forska i på vilket sätt man kan använda den som stöd för den gravida kvinnan vid screening för graviditetsdepression. Examensarbetet (Jofs & Lindroos 2013) behandlade vårdarens stöd av den gravida deprimerade kvinnan och därför valdes respondenten att fortsätta på samma spår i det här utvecklingsarbetet. Det finns litet forskning kring graviditetsdepression jämfört med förlossningsdepression, och ännu mindre forskning kring användningen av EPDS inom vården prepartum. En barnmorska eller hälsovårdare bör vara medveten om relevansen av att använda EPDS-skalan för att ha motivation att använda den, och det är kontexten med arbetet och syftet. För att besvara syftet användes vetenskapliga artiklar om EPDS. Intervjuer eller andra metoder ansågs inte vara bra alternativ för att besvara syftet p.g.a. arbetets storlek. I artiklarna hittades återkommande teman som besvarade arbetets frågeställningar. Frågeställningen om att stöda kvinnan via EPDS skulle ha fått ett bättre svar via kvalitativa artiklar, men främst kvantitativa artiklar hittades vid sökningen. Endast en av artiklarna är en forskning gjord med hjälp av både kvantitativ och kvalitativ metod. Mera sådan forskning efterlyses därmed. Även om respondenten förväntat sig att hitta mera sådan forskning besvarades frågeställningarna. Arbetet gjordes kvalitativt framom kvantitativt eftersom en kvantitativ metod inte skulle ha besvarat frågeställningarna. Syftet för arbetet begränsade skrivandet av resultatet tydligt eftersom respondenten valde att skriva endast om EPDS inom prepartumvården och inte att gå in på graviditetsdepression som sådan eller screening för depression postpartum eller i andra livsskederna. Behandlingsalternativ eller diagnostisering togs inte heller upp i och med att det inte direkt berör hälsovårdare som arbetsgrupp, även om det är bra att vara medveten om alternativ för behandling av depression. För att kontrollera att syftet av



arbetet uppfyllts gick respondenten tillbaka till frågeställningarna för att kontrollera att de besvarats. Frågan ”Hur kan vårdaren stöda den gravida kvinnan med hjälp av EPDS” fick ett tydligare svar i tolkningskapitlet än i resultatkapitlet. Det här var med hjälp av Marie Bergs teori om att stöda en kvinna som går igenom en riskgraviditet. I framtiden när EPDS använts under en längre tid i Finland skulle det vara intressant om det forskades i samma ämne med intervjuer som insamlingsmetod. En sådan studie skulle dock kräva ett större omfång än ett utvecklingsarbete.

## Källförteckning

Carter F. A., Carter J. D., Luty S. E., Wilson D. A., Frampton C. M. A., Joyce P. R. (2004). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 39:255–261

Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJP*. Vol. 150: 782-786.

Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K. & Kyngäs H. (2014). *Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness*.

<http://sgo.sagepub.com/content/4/1/2158244014522633.full-text.pdf+html>. (Hämtat 17.09.14.)

Flynn, H. A., O'mahen, H.A., Massey, L. & Marcus, S. (2006). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *Journal of women's health*. Vol. 15 (10), 1195-1204.

Forsberg C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Natur & Kultur.

Jofs, C. & Lindroos S. (2013). "Jag kanske aldrig skulle ha blivit med barn". En kvalitativ studie om graviditetsdepression med utgångspunkt i boken "Det välsignade tillståndet?" Vasa: Yrkeshögskolan Novia.

Kirkevold M. (1996). Oversiktsartikler- et meddel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Ingår i: Bjerkheim T., Mathiasen J. & Nord R. *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget

Klementti R. & Hakulinen-Viitanen T. (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Leigh, B. & Milgrown, J. (2006). Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *Australian journal of advanced nursing*. Vol. 24 (3), 14-18.

Mays N. & Pope C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. Vol. 320. 50-52.

Mosack V. & Shore E. R. (2006). Screening for depression among pregnant and postpartum women. *Journal of community health nursing*. Vol. 23(1), 37–47.

Riihimäki K. & Vuorilehto M. (2013). Raskaudenaikaisen masennuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*.

[http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=s1141188&p\\_haku=EPDS](http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=s1141188&p_haku=EPDS). (Hämtad 13.09.14)

Stockholms läns landsting. Rapport (2008:4) *Depression under graviditeten. Litteraturöversikt och validering av EDS-formuläret*

Wickberg P., Tjus T., Hwang P. (2005). Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: a naturalistic study. *Journal of reproductive and infant psychology*. Vol. 23 (1), 33–41.

## Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup> (EPDS)

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Your Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Baby's Date of Birth: \_\_\_\_\_

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time  
 Yes, most of the time  
 No, not very often  
 No, not at all

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things  
 As much as I always could  
 Not quite so much now  
 Definitely not so much now  
 Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things  
 As much as I ever did  
 Rather less than I used to  
 Definitely less than I used to  
 Hardly at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong  
 Yes, most of the time  
 Yes, some of the time  
 Not very often  
 No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason  
 No, not at all  
 Hardly ever  
 Yes, sometimes  
 Yes, very often

5. I have felt scared or panicky for no very good reason  
 Yes, quite a lot  
 Yes, sometimes  
 No, not much  
 No, not at all

6. Things have been getting on top of me  
 Yes, most of the time I haven't been able to cope at all  
 Yes, sometimes I haven't been coping so well  
 As usual  
 No, most of the time I have coped quite well  
 No, I have been coping as well as ever

7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping  
 Yes, most of the time  
 Yes, sometimes  
 Not very often  
 No, not at all

8. I have felt sad or miserable  
 Yes, most of the time  
 Yes, quite often  
 Not very often  
 No, not at all

9. I have been so unhappy that I have been crying  
 Yes, most of the time  
 Yes, quite often  
 Only occasionally  
 No, never

10. The thought of harming myself has occurred to me  
 Yes, quite often  
 Sometimes  
 Hardly ever  
 Never

Administered/Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

<sup>2</sup>Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Fronek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

## Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup> (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.<sup>2</sup> The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for "perinatal" depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt during the previous week. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety, neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women's Health Information Center <[WWW.AWICENTER.GOV](http://WWW.AWICENTER.GOV)> and from groups such as Postpartum Support International <[WWW.CISSA.LINX.EDU/POSTPARTUM](http://WWW.CISSA.LINX.EDU/POSTPARTUM)> and Depression after Delivery <[WWW.DEPRESSIONAFTERDELIVERY.COM](http://WWW.DEPRESSIONAFTERDELIVERY.COM)>

### SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an \*)  
 Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an \*)  
 Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30  
 Possible Depression: 10 or greater  
 Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

### Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

- The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
- All the items must be completed.
- Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
- The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

<sup>1</sup>Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

<sup>2</sup>Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Fronek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

**Take this simple questionnaire to find out if you have depression**  
 Depression screening questionnaires are completed to help detect depression. They are often given by physicians or mental health professionals. There are no right or wrong answers to the questions provided below. To take the questionnaire print it out and answer all of the questions. Next, add up your score. A positive score of 16 or more may indicate that you are suffering from depression and you should consult your physician or mental health professional.

Name: \_\_\_\_\_

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please mark how often you have felt this way during the past month.

Questions	During the past week			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me				
2. I did not feel like eating; my appetite was poor				
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends				
4. I felt I was just as good as other people				
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing				
6. I felt depressed				
7. I felt that everything I did was an effort				
8. I felt hopeful about the future				
9. I thought my life had been a failure				
10. I felt fearful				
11. My sleep was restless				
12. I was happy				
13. I talked less than usual				
14. I felt lonely				
15. People were unfriendly				
16. I enjoyed life				
17. I had crying spells				
18. I felt sad				
19. I felt that people dislike me				
20. I could not "get going"				

For Physician Use: Scoring:

Scoring:	(less than 1 day)	(1 - 2 days)	(3 - 4 days)	(5 - 7 days)
Questions 4, 8, 12 and 16	3	2	1	0
All other questions	0	1	2	3

The score is the sum of the 20 questions. Possible range is 0 - 60. If more than four questions are missing answers, do not score the CES-D questionnaire. A score of 16 points or more is considered depressed.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), (Radloff, 1977)

Författare (årtal), Titel, Publicering	Syfte	Metod	Resultat
<p>Wickberg P., Tjus T., Hwang P. (2005). Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: a naturalistic study. <i>Journal of reproductive and infant psychology</i>. Vol. 23 (1), 33–41.</p>	<p>Att evaluera betydelsen av användningen av EPDS i den antenatala vården</p>	<p>En undersökning gjordes bland 32 barnmorskor i Sverige. Barnmorskorna bestod av en undersökningsgrupp och en kontrollgrupp. Undersökningsgruppen och kontrollgruppen fick samma information om syftet för studien. Skillnaden var dock att undersökningsgruppen fick en föreläsning om olika aspekter på depression. Barnmorskornas klienter fick alla besvara EPDS i vecka 25 och 36. Undersökningsgruppen blev informerad om vilka av deras klienter som hade uppnått ett poängtal mellan 12 och 25 medan kontrollgruppen inte blev tilldelad någon sådan information. Mammorna fick sedan fylla i ett frågeformulär om den antenatala vården vid efterundersökningen, 8-12 veckor postpartum.</p>	<p>EPDS kan vara användbar vid screeningen för depression i den antenatala vården, som komplement till intervju. Resultatet tyder även på att barnmorskor som fått en föreläsning om depression samt är medvetna om sina klienters depressiva symptom stöder sina klienter mera effektivt är barnmorskor som inte fått samma föreläsning och inte är medvetna om sina klienters depressiva symptom.</p>

<p>Frances A. Carter, Janet D. Carter, Suzanne E. Luty, Deborah A. Wilson, Christopher M. A. Frampton, Peter R. Joyce (2004). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. <i>Journal of women's health</i>. Vol. 15 (10), 1195-1204.</p>	<p>Att evaluera rekrytering av deprimerade kvinnor till psykoterapi, endast genom screening (med hjälp av EPDS)</p>	<p>400 kvinnor som var på ett rutinultraljud erbjöds fylla i EPDS. Kvinnor som fått 12 poäng eller mer på skalan och gick med på att bli kontaktade, kontaktades för en intervju och erbjöds två olika terapiformer.</p>	<p>Få kvinnor gick med på att bli kontaktade trots poängtal 12 eller mer. Få av de som blev kontaktade var intresserade av att intervjuas och endast 6 personer inledde terapi. Det här sättet att fånga upp och hjälpa kvinnor att få terapi för sin depression var enligt forskarna inte effektivt.</p>
<p>Leigh, B. &amp; Milgrom, J. (2006). Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. <i>Australian journal of advanced nursing</i>. Vol. 24 (3), 14-18.</p>	<p>Syftet var att ta reda på om kvinnor accepterar att 1) fylla i EPDS-skalan tillsammans med andra formulär och 2) få feedback från barnmorskor gällande betydelsen av EPDS-skalan i screeningen för graviditetsdepression</p>	<p>Deltagare rekryterades från 2 stora förlossningssjukhus i Melbourne, Australien. Deltagarna fick fylla i EPDS-skalan, och barnmorskor räknade poängen och diskuterade resultatet på ett av rådgivningstillfällen. Kvinnorna fick även en broschyr. Sedan ringde man upp kvinnorna och intervjuade dem kring deras tankar om att fylla i EPDS-skalan samt feedbacken de fått från barnmorskan.</p>	<p>Kvinnorna förhöll sig accepterade till att fylla i skalan samt att få feedback kring den. Ingen tyckte att den var stötande. Studien pekar på att det är allmänt accepterat att rutinscreening för graviditetsdepression görs.</p>

Bilaga 3

<p>Flynn, H. A., O'mahen, H.A., Massey, L. &amp; Marcus, S. (2006). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. <i>Journal of women's health</i>. Vol. 15 (10), 1195-1204.</p>	<p>Syftet var att ta reda på vilken effekt ett reultat av ett screeningverktyg kan ha på läkarens och vårdarens samtal med klienten samt i vilken utsträckning klienten söker behandling för depression</p>	<p>Gravida kvinnor fick fylla i EPDS-skalan i början av graviditeten. Alla kvinnor som fått ett poängantal över 10 erbjöds delta i studien. I den elektroniska journalen syntes EPDS-poängen. Det syntes även röd flagga i programmet som visade att kvinnan gick igenom en högriskgraviditet.</p>	<p>Många kvinnor var villiga att fylla i EPDS-skalan. 67% av kvinnorna som deltog i studien uppgav att hälsovårdspersonal diskuterade depression med dem. Samtalen hade en effekt på villigheten att söka hjälp för psykiskt illamående enligt statistiken i studien.</p>
<p>Mosack V. &amp; Shore E. R. (2006). Screening for depression among pregnant and postpartum women. <i>Journal of community health nursing</i>. Vol. 23(1), 37-47.</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera screening för depression bland gravida kvinnor</p>	<p>Gravida kvinnor fick fylla i EPDS-skalan och CES-D-skalan. Kvinnorna följdes upp i två år efter förlossningen.</p>	<p>Bland kvinnorna i studien var det flera som fick poäng som tydde på psykiskt illamående enligt CES-D skalan än EPDS-skalan. Bland gravida kvinnor var det inte en enda som fick ett poängtal över 12 i EPDS-skalan, vilket kan tyda på att EPDS-skalan inte är passande för screening för prenatal depression.</p>