

Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel

Storm, Sanne

Publication date:
2023

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Storm, S. (2023). *Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel*. Sjúkrahúsverkið, Psykiatriski Depilin.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Sanne Storm

Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel

- et landsdækkende tværsektorielt
forskningsprojekt



Forskningsrapport 2023



SJÚKRAHÚS
VERKIÐ

PSYKIATRISKI DEPILIN

Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel
- et landsdækkende tværsektorielt forskningsprojekt

Projekt og forskningsleder:

Sanne Storm, PhD og cand mag i musikterapi,
Psykiatrisk Depilin, Landssjúkrahúsið.

Intern validering:

Tormóður Stórá, ledende psykiater
Psykiatrisk Depilin, Landssjúkrahúsið, Færøerne
Annika Hoydal og Margretha Thomsen, forskningsassistenter
Jordemødre ved Landssjúkrahúsið,
Sólrún Folbo, faglig leder og sundhedsplejerske
Gigni (Sundhedsplejen), Færøerne

Ekstern validering og vejledning:

Ask Elklit, psykolog, specialist i psykotraumatologi og psykoterapi
Professor og leder af Videnscenter for Psykotraumatologi,
Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, Danmark.

Publikationen refereres således:

Storm, S. (2023) Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel
- et landsdækkende tværsektorielt forskningsprojekt



Psykiatrisk depilin

Forskningsrapport 2023

ISBN 978-99918-3-741-3



9 789991 837413

Printet udgave:

ISBN 978-99918-3-740-6

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
Abstract	6
1. Introduktion og motivation	8
2. Den generelle forskningsmæssige baggrundsviden	11
3. Formålene med undersøgelsen	17
4. Forskningsprojektets finansiering.....	18
5. Metode	19
6. Resultater fra undersøgelsen	24
6.1 Deskriptiv statistik af demografiske data	26
6.2 Graviditet og fødsel	28
6.3 Kommende fødsel og tanker om at skulle være mor og amning	30
6.4 Selvvurderet helbred og trivsel i krop og sind, samt søvn og kropslig aktivitet	32
6.5 Psykisk lidelse samt selvvurderet chokerende og traumatiske oplevelser	34
6.6 Sociale relationer og social støtte	36
6.7 Resultaterne af en national screening af mentale sundhed	38
6.8 Selvmedfølelse og egenomsorg	42
6.9 Brug af musik i hverdagen	44
6.10 Aktiv musikudøvelse i form af at spille på et instrument eller synge i hverdagen	44
6.11 Synger for barnet i maven og synger for sit barn/sine børn	44
7. Risikofaktorer, der udfordrer trivsel og mental sundhed under graviditet	46
8. Risikofaktorer, der udfordrer trivsel og mental sundhed efter fødsel	50
9. Hvordan påvirkes den gravides mentale sundhed af COVID-9 pandemikrisen og Sundhedsstyrelsens udvidede forsigtighedsprincip	52
10. Sammenfatning og diskussion	54
10.1 Færøske kvinders mentale sundhed i relation til depression, angst og stress under graviditet og efter fødsel	54
10.2 Undersøgelsens fund af risikofaktorer	58
10.3 Undersøgelsens fund i relation til musik, sang og mental sundhed	63
11. Konklusion og anbefalinger.....	64
12. Anbefalinger til videre forskning	65
Litteraturliste	67
Lidt om projektlederen	70
Tak til	71

Resumé

Færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og efter fødsel

- et landsdækkende tværsektorielt forskningsprojekt.

Introduktion

Depression og angst er de mest almindelige psykiske udfordringer for kvinder under graviditet og det første år efter fødsel, og stadig overset. Hvis dette forbliver uopdaget og ubehandlet, har det store konsekvenser for mor, barn og familiens mentale sundhed, samt vilkårene for tilknytningen mellem mor og barn.

Moderens mentale sundhed og forekomsten af angst, stress og depression blandt færøske gravide er ukendt. Der er evidens for, hvordan musik og sangaktivitet støtter mental sundhed, men det er ukendt, hvordan sammenhængen er mellem at synge og moderens mentale sundhed hos gravide kvinder.

Formål

Det overordnede formål med dette forskningsstudie er at undersøge mødres mentale sundhed blandt færøske gravide kvinder, estimere forekomsten af angst, stress og risiko for at udvikle depression, samt undersøge om de samme kvinder er i risiko for at udvikle en depression under graviditet og efter fødslen.

Endvidere er formålene at identificere relevante risikofaktorer for at udvikle angst eller fødselsdepression, samt at evaluere og diskutere den tværsektorielle Shared Care-organisering, der under forskningsprojektet varetog en forebyggende intervention og behandling.

Endelig er målet at gennemføre en undersøgelse af sammenhænge mellem musik- og sangaktivitet og mentale helbredsudfald blandt gravide.

Metoder

Forskningsprojektet som helhed rummer to forskellige undersøgelser. Den ene er funderet i jordemodertjenesten, og den anden er baseret på data fra arkiverne i sundhedsplejen. Data blev analyseret ved hjælp af SPSS.

Den første undersøgelse: I løbet af 14 måneder blev der uddelt 737 invitationer og tilbudt en ekstra jordemoderkonsultation med fokus på: Hvordan har du det?. 121 kvinder blev udelukket af forskellige årsager. 424 (69%) kvinder takkede ja, mens 190 kvinder (31%) takkede nej til at deltage i forskningsprojektet.

Data blev indsamlet under graviditeten af to jordemødre og ved hjælp af 1) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), som inkluderede EPDS-3A med fokus på angst, 2) et ekstra udviklet spørgeskema, der inkluderede Perceived Stress Scale (PSS) og 3) en Self-Compassion Scale (SCS). Forebyggende interventioner blev defineret i henhold til grænseværdierne på Edinburgh Postnatal Depression Scale. Der blev brugt cut-off score på 10, som var baseret på internationale resultater og anbefalinger.

Den anden undersøgelse: Et statistisk komparativt studie baseret på EPDS-screeningsresultater indhentet i sundhedsplejens arkiv omfattede 382 kvinder (90%) ud af de 424 deltagere i første undersøgelse.

Resultater

Status for færøske kvinders mentale sundhed i den perinatale periode.

18 % af de færøske gravide kvinder, der deltog i dette forskningsprojekt, havde mild til svær risiko for at udvikle depression under graviditeten, og 11 % postnalt. 23 % af deltagerne havde angst under graviditeten og 14 % efter fødslen. 9% med angst blev ikke sporet ved kun at forholde sig til den totale point score af Edinburgh Postnatal Depression Scale under graviditet. Dette gjalt for 5% efter fødsel.

Den store procentdel, der ikke bliver sporet ved hjælp af EPDS indikerer, at der er en fare for, at en kommende- og nybagt moder med angst, ikke opdages, og dermed heller ikke får muligheden for at modtage den rette støtte og hjælp.

15 % af deltagerne havde et bekymrende stressniveau, hvor 3 % ifølge anbefalingerne burde være i behandling for stress.

Resultater fra den komparative undersøgelse

En statistisk komparativ undersøgelse viste, at 1) 12% var i mild til svær grad i risiko for at udvikle depression under graviditet, men kom sig og var ikke i risiko postnalt, 2) 5% af deltagerne var ikke i risiko for at udvikle en depression under graviditet, men i risiko efter fødsel, og 3) 6% af deltagerne var i risiko for at udvikle depression både under graviditet og postnalt. Det er således ikke de samme kvinder, der er i risiko under graviditet og efter fødsel.

Følgende risikofaktorer blev identificeret at karakterisere den sidstnævnte gruppe: 1) en historie med tidligere traumatiske oplevelser, 2) oplevelser af misbrug, selvmord, depression og selvskade i nærmeste familie, 3) et højt niveau af angst og stress under graviditeten, 4) de fleste

havde eller havde haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder.

Identificerede risikofaktorer

Følgende generelle risikofaktorer blev identificeret at have en signifikant indflydelse på sårbarhed og risiko for at udvikle angst og fødselsdepression både under graviditet og efter fødslen:

1) unge gravide kvinder i alderen 17-24, 2) gravide for første gang, 3) fødselsangst, 4) en historie med tidligere traumatiske oplevelser, 5) oplevelser af misbrug, depression selvmord og selvskade i nærmeste familie, 6) fødselsangst, 7) psykisk lidelse og 8) få sociale relationer.

Risikofaktorer knyttet til det færøske samfund, et “small-scale society” med multirelationelle strukturer.

Der var to risikofaktorer, der var særlig knyttet til Færøerne: 1) at være kommet hjem til Færøerne, eller være flyttet til Færøerne indenfor 3 år, og 2) at bo i samme hus som forældre eller svigerforældre.

Resultater om tidligere traumatiske oplevelser og mental sundhed

Det viste sig, at tidligere traumatiske oplevelser har en væsentlig indflydelse på risikoen for at udvikle angst, stress og fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel. 56% kvinder viste sig at have en historie med tidligere traumatiske oplevelser, og 45% viste sig at have oplevet misbrug, depression, selvmord eller selvskade i nærmeste familie.

15 % havde en tidligere traumatisk fødselsoplevelse, og dette viste sig at have en signifikant indflydelse på sårbarhed og risiko for at udvikle depression og stress under graviditeten.

Musik, sang og mental sundhed

De deltagere, der angiver, at de ikke har haft mulighed for at vokse op med musik og sangaktiviteter, er i denne undersøgelse fundet i betydeligt større risiko for at udvikle stress, og formår i væsentligt ringere grad også at vise og give sig selv selv-medfølelse og egenomsorg.

Et andet resultat er, at førstegangsfødende tilsyneladende ikke synger for barnet i maven, eller ikke bevidst har besluttet, at dette er en mulighed. Dette fund peger på, at bevidstheden omkring stemmens betydning i tilknytningsprocessen til barnet i maven, ikke er tilstede i særlig høj grad. Derudover er der et sammenfald, der viser, at når angst er signifikant til stede, bliver barnet/børnene ikke sunget for.

Konklusioner

Et tværsektorielt og flerfagligt tæt samarbejde omkring forebyggende og sundhedsfremmende interventioner og behandling anbefales.

Dette omfatter vigtigheden af fortsat at tilbyde screening for angst (EPDS-3A) og risikoen for udvikling af fødselsdepression (EPDS) af jordemødrene og sundhedsplejerskerne, samt at have direkte adgang til et rådgivende, udrednings- og behandlingsteam specialiseret inden for den perinatale periode med psykologisk behandling.

Dette team skal have psykologisk, psykotraumatologisk og psykiatrisk viden og erfaring, og have adgang til en rådgivende psykiater.

Desuden understøtter det høje forekomst af en historie med tidligere traumatiske oplevelser en implementering af en traumbaseret tilgang i mødet med kommende og nybagte forældre i jordemodertjenesten og sundhedsplejen.

Baseret på en forståelse af, at musik og sangaktiviteter er mulige redskaber til selvregulering af fysiske, følelsesmæssige og relationelle tilstande, anbefales yderligere forskning med henblik på at studere forholdet mellem angst, at være gravid for første gang og synge for barnet.

Abstract

Faroese women's mental health during pregnancy and after birth

- a nationwide cross-sectoral research project.

Introduction

Depression and anxiety are the most common mental health problems for women during pregnancy and the first year after childbirth, but still overlooked.

When severe, undetected and untreated it has a great impact on the mother, child and family's mental health, and the conditions for developing mother-infant attachment.

The maternal mental health and prevalence of anxiety, stress and depression among Faroese pregnant women is unknown.

Evidence exists about how music and singing activity is supporting mental health, however it is unknown how the association between singing and maternal mental health is for pregnant women.

Objectives

The general objectives of this research study are to examine maternal mental health among Faroese pregnant women, estimate the prevalence of anxiety, stress and risk for developing depression, and to examine if the same women are at risk for developing a depression during pregnancy and after childbirth.

Furthermore the objectives are to identify relevant risk factors for maternal mental health issues, and to evaluate and discuss the inter-sectorial shared care-organisation holding preventive intervention and treatment during pregnancy and after childbirth. Finally the objective is to carry out an examination of associations between music and singing activity and mental health outcomes among pregnant women.

Methods

The research project as a whole holds two different studies. One is founded in the midwifery and the other is based on the archives within the health visitors centre. Data were analysed using SPSS.

The first study: During 14 months 737 folders were handed out and offered an extra midwife consultation focusing on: How are you?.

121 women were excluded for various reasons. 424 (69%) women accepted to participate, and 190 women (31%) declined to participate in the research study.

Data were collected during pregnancy by two

midwives, and using 1) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), which included EPDS-3A focusing on anxiety, 2) an extra developed questionnaire including Perceived Stress Scale (PSS), and 3) a Self-Compassion Scale (SCS). Preventive interventions were defined according to cut-off rates of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. A cut-off score of 10 was used which was based on international results and recommendations.

The second study: A statistic comparative study was carried out based on EPDS screening results collected from the health visitors's archive, and included 382 women (90%) of the pregnant women.

Results

The status the mental health of Faroese women in the perinatal period

18% of the Faroese pregnant women participating in this research project were mild to severe at risk of developing depression during pregnancy, and 11% postnatally. 23% of the participants had anxiety during pregnancy, and 14% after childbirth. 9% with anxiety was not detected by only referring to the total point score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale during pregnancy. This applied to 5% after birth. The large percentage that is not detected using the EPDS indicates that there is a danger that pregnant women and new mothers with anxiety will not be detected, and thus will not be given the opportunity to receive the right support and help. According to stress it was found that 15% of the participants had a concerning stress-level, where 3% according to recommendations ought to be receiving treatment.

Results from the comparative study

A statistic comparative study found that 1) 12% were in mild to severe risk of developing depression during pregnancy, but recovered and were not at risk postnatally, 2) 5% of the participants were not at risk during pregnancy, but at risk after childbirth, 3) 6% of the participants were at risk for developing depression both during pregnancy and postnatally.

Thus, it is not the same women, who are at risk during pregnancy, and after childbirth.

The following risk factors were identified characterising the latter group: 1) a history of previous traumatic experiences, 2) experiences of addiction, suicide, depression and self harm in close family, 3) a high level of anxiety and

stress during pregnancy, 4) most also had or had been suffering from mental illness in more than 6 months.

Identified risk factors

The following general risk factors were identified to have a significant impact on vulnerability and risk for developing depression and anxiety both during pregnancy and after childbirth:

1) young pregnant women age 17-24, 2) pregnant for the first time, 3) birth anxiety, 4) a history of previous traumatic experiences, 5) experiences of addiction, suicide, depression and self harm in close family, 6) birth anxiety, 7) mental illness lasting more than 6 months, 8) few social relations.

Risk factors connected to the Faroe Islands, a small scale society and with multiplex relational structure.

Two risk factors were especially connected to the Faroese culture: 1) a maximum stay in the Faroe Island for 3 years (homecoming citizens, and immigrants), 2) living in the same house as the pregnant woman's or partner's parents.

Results about previous traumatic experiences and mental health

It was found that previous traumatic experiences have a significant impact on the risk for developing anxiety, stress and depression both during pregnancy and postnatal. 236 (56%) women were found to have a history of previous traumatic experiences, and 190 (45%) were found to have a history in close family of experiencing abuse, depression, suicide, or self harm.

15% also had a previous traumatic birth experience, and this was found having a significantly impact on vulnerability and risk for developing depression and stress during pregnancy.

Music, singing and mental health

The participants who state that they have not had the opportunity of growing up with music and singing activities are in this study found to be at significant more risk of developing stress, as well as being significantly less able to show and give themselves self-compassion.

Furthermore the study found that first-time mothers apparently do not sing to the child in the womb, or have not consciously decided that there is an opportunity to sing to the child in the womb. This finding indicates that a knowledge about the human voice and its impact on mother-

infant attachment does not exist prominently. The child begins already in the womb to orient itself towards the mother's voice, and can recognize voices and songs after birth.

Additionally there is a co-occurrence result showing that when anxiety is significantly present, the child(ren) is not sung to.

Conclusions

A multi-layered and tiered system of preventive interventions, assessment and treatment is recommended.

This include the importance of continuing to offer screening for anxiety (EPDS-3A) and the risk for developing depression (EPDS) by the midwives and the health visitors, and have directly access to an assessment and treatment team specialized within the perinatal periode holding psychological, psychotraumatological and psychiatric knowledge and experience, and the team having access to a consulting psychiatrist. Furthermore the high level of a history of previous traumatic experiences support implementing trauma informed care among midwives and health visitors.

Based on an understanding that music and singing activities are possible tools for self-regulation of physical, emotional and relational states further research are recommended in order to study the relationship of being pregnant for the first time, having anxiety and singing for the baby more thoroughly.

1. Introduktion og motivation

Graviditet, fødsel og de første måneder efter en fødsel, også benævnt den perinatale periode, er forbundet med omfattende fysiologiske og psykologiske forandringer.

Tiden efter fødsel er en overvældende og krævende periode med mange omstillinger og udfordringer.

For de fleste par er denne tid for familiedannelse fyldt med glæde og opleves at være passende udfordrende.

Men det er faktisk ikke så ualmindeligt, at miste fodfæstet for en stund i denne periode.

I nogle tilfælde kan det være svært at genfinde fodfæstet. Der er måske ligefrem tegn på stress, angst og/eller depression.

Manifesterer disse tegn sig, er der risiko for at udvikle en fødselsdepression. Dette kan ske både under graviditet og i tiden efter fødsel.

1.1 Den færøske baggrund for forskningsprojektet

I perioden 2009 og frem til januar 2012 blev der udarbejdet en tværsektoriel samarbejdsmodel om en landsdækkende tidlig opsporing og indsats mod postnatal angst og depression.

Udarbejdelsen skete i et tæt samarbejde mellem Gigni^{1]}, og et flerfagligt team ved Psykiatrisk Center^{2]} (Sertoymið barnsburðartunglyndi) på Landssygehuset i Tórshavn.

Som et første skridt blev der sat fokus på moderens mentale sundhed. Samarbejdsmodellen og tjenesten, der blev oprettet og iværksat rummede forskellige ydelser, der kunne

1) spore tegn på depression 2) følge op på og i et tæt samarbejde varetage et nationalt program i en sundhedsfremmende og tidlig indsats mod fødselsdepression.

1.1.1 “Hvordan har du det?”

Som et redskab til en tidlig opsporing af tegn på depression efter fødsel blev det internationalt mest anvendte og anerkendte redskab, Edinburgh Postnatal depression Scale, oversat fra engelsk til

færøsk^{3]}. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er udviklet af Cox, Holden og Sagovsky i 1987 (Cox, Holden, Henshaw, 2014) (se figur 1).

EPDS er ikke i sig selv et diagnostisk redskab, men et validt og pålideligt redskab til at identificere manglende trivsel og behovet for yderlig støtte, udredning og et eventuelt behandlingstilbud under graviditet og efter fødsel.

Redskabet udelukker en del somatiske symptomer på generel depression såsom til eksempel søvnvanskeligheder i det, at disse er normale variabler under graviditet og i tiden efter fødsel, den perinatale periode.

1.1.2 “Der er hjælp at få” - Den tidlige og forebyggende indsats

EPDS blev implementeret i 2012 hos sundhedsplejerskerne og samtidig trådte tværsektorielle ansvars- og indsatser ved screening med EPDS trådte da i kraft. Disse retningslinier forholder sig EPDS scoren og beskrives senere i dette afsnit. Det sikrede, at de som blev sporet at have brug for støtte og hjælp også kunne få det.

EPDS består af 10 udsagn, der forholder sig til kendetegn på depression, manglende livsgnist og lyst (anhedoni), angst og selvskade.

For hvert spørgsmål er der fire svarmuligheder, der præsenterer forskellige grader af mulige intensiteter, der skal give et indtryk af, hvordan den enkelte har haft det i løbet af de sidste 7 dage.

Et eksempel på dette er følgende spørgsmål. “Jeg har været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side”.

Derpå vælges det svar som den enkelte med ærlighed overfor sig selv og sin situation oplever passer bedst som svar til hvordan de sidste 7 dage er oplevet:

1) “Lige så meget som jeg altid har kunnet; 2) Ikke helt så meget som tidligere; 3) Afgjort ikke så meget som tidligere; 4) Overhovedet ikke.”

Hver besvarelse har en score fra 0 - 3 point, hvilket betyder, at pointfordelingen kan falde mellem 0 - 30 point.

Desto højere score, desto værre har kvinden det, og desto mere udfordret er trivslen.

I implementeringen af EPDS i den forebyggende og tidlige indsats mod angst og depression blev

3] Oversat til færøsk af N.J. Thomsen og godkendt af T. Stóra, ledende psykiater ved Psykiatrisk Center, Landssjúkrahúsið.

1] Gigni er den færøske sundhedspleje - en sundhedsfremmende og forebyggende organisation for børn og unge på Færøerne under Heilsumálaráðið (Sundhedsministeriet).

2] Det flerfaglige team (Sertoymið barnsburðartunglyndi) bestod i perioden 2009 og frem til 2014 af sygeplejerske, en ansvarshavende psykiater, og forfatteren (musikterapeut), der alle havde solid erfaring i behandling af angst og depression.

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

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 This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
☐ No, not very often Please complete the other questions in the same way.
☐ 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 | *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 as well as usual
☐ No, most of the time I have coped quite well
☐ No, I have been coping as well as ever |
| 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 | *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 |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, some of the time
☐ Not at all | *8. I have felt sad or miserable
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, sometimes
☐ Not very often
☐ No, not at all |

Figur 1: Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS skema

den samlede mulige pointscore inddelt i tre kategorier.

To af kategorierne lægger op til forskellig grader af sundhedsfremmende service, der på forskellig vis involverer det tværsektorielle samarbejde omkring at sikre en hurtig adgang til hjælp.

0-9 EPDS point indikerer ingen tegn på manglende trivsel, hvor imod 10-12 EPDS point lægger op til to ekstra besøg af sundhedsplejersken. Samtalen har fokus på "Hvordan har du det?"

Scores der 13 EPDS point eller derover indikerer dette, at der er brug for en samtale og en nærmere udredning, der går mere i dybden med at undersøge, hvad der kan være medvirkende til, at vedkommende ikke trives og er i risiko for at udvikle en fødselsdepression.

I dette tilfælde opfordrer sundhedsplejersken moderen til at tage kontakt til sin egen læge og

medbringe screenings resultatet og en udtalelse fra sundhedsplejersken.

Fandt den praktiserende læge det relevant kunne denne sende en henvisning til Psykiatrisk Center, der så kunne visitere videre til Sertoymið barnsburðartunglyndi.

Konsultationen ved Sertoymið barnsburðartunglyndi bedømte sammen med moderen behovet for iværksættelse af et eventuelt behandlingstilbud. Dermed blev det Sertoymið Barnsburðartunglyndis opgave at varetage dette speciale og stå for at sikre, at en nærmere og kvalitetssikret klinisk udredning og/eller behandling i overensstemmelse med borgerens behov, blev tilbudt og gennemført.

Sertoymið Barnsburðartunglyndi havde regelmæssige konferencer med ledende psykiater. Hermed var der også adgang til indlæggelse eller visitering til andre tjenester ved Psykiatrisk Center, hvis det var nødvendigt.

1.2 Resultatet af den første landsdækkende undersøgelse af kvinders trivsel efter fødsel

Som en start på denne nationale indsats gennemførte Gigni (sundhedsplejen) den første landsdækkende undersøgelse af kvinders mentale sundhed efter fødsel⁴⁾ i tidsrummet 2012 - 2014. I dataindsamlingsperioden blev ialt 1242 børn født. Der blev indhentet 917 spørgeskemaer, hvilket er en svarprocent på 74%. Resultatet af undersøgelsen afslørede, at 18% havde tegn på manglende trivsel og risiko for at udvikle en fødselsdepression hos førstegangsfødende. For kvinder, som havde født før var det 11%.

Dette resultat var stærkt motiverende for et videre samarbejde omkring en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, der også kunne inkludere jordemodertjensten, samt at undersøge den mentale sundhed hos kvinder under graviditet.

1.2.1 Den lange ventetid

Under afviklingen af undersøgelsen blev det observeret, at der kunne gå lige fra 2 dage til 3 måneder før de som havde behov for hjælp fik et tilbud om hjælp. Vejen til hjælp var som beskrevet ovenfor omstændelig og skulle igennem mange instanser før den nåede frem til Sertoymið barnsburðartunglyndi.

Som gravid eller nybagt mor er dette meget lang tid at vente og meget kan ske i denne periode, der har alvorlige konsekvenser for den kommende mor, det kommende barn og familien som helhed. Disse beskrives mere indgående i det næste kapitel.

1.2.2 Mange havde kendetegn allerede under graviditeten

Den kliniske erfaring var desuden, at mange, der var ramt af en behandlingskrævende angst eller depression efter fødsel startede med at have overvældende stress, angst eller depressions kendetegn allerede under graviditeten. Dette rejste naturligt spørgsmålet om, hvordan trivslen mon var under graviditet og om en tidlig opsporing og en forholden sig til den mentale sundhed under graviditet kunne forebygge og bedre vilkårene for den mentale sundhed både under graviditet og efter fødsel.

1.2.3 Stigmatisering

Dialog mellem Sertoymið barnsburðartunglyndi og sundhedsplejerskerne afdækkede desuden, at det ikke er alle familier, der tager imod tilbuddet om hjælp. Det kunne være svært at kontakte egen

læge, og det at Sertoymið barnsburðartunglyndi var placeret i psykiatrien oplevedes som stigmatiserende. Samtidig viste det sig, at det faktisk kunne give alvorlige konsekvenser for en families eksistensgrundlag, hvis de havde været tilknyttet psykiatrien. En borger registreret i det psykiatriske system kunne få problemer andre steder i samfundet. Til eksempel, når der skulle tegnes forsikring eller bevilges et banklån til et eventuelt huskøb.

Altså kan det, at behandlingstilbuddet er placeret i psykiatrien medføre en form for stigmatisering i forhold til en målgruppe, der er ved at indrette deres liv i form af finansiering af hus, uddannelse og så videre.

Samlet motiverede ovenstående til at undersøge om den systematiske tidlige opsporing og indsats mod fødselsdepression kunne optimeres og kvalitetssikres ved at bringe Sertoymið barnsburðartunglyndis tilbud tættere på borgeren, og etablere en revideret protokol for et tværsektorielt Shared Care-organiseret samarbejde. En revideret protokol skulle give mulighed for at visitere direkte til teamet fra både den praktiserende læge, sundhedsplejen og jordemodertjenesten. Samtidig skulle teamet fortsat have mulighed for med regelmæssig konference og rådgivning fra psykiater.



Bomærke fra oplysningsmaterialet om forskningsprojektet.

⁴⁾ Resultaterne fra denne undersøgelse blev givet forfatteren af daværende ledelse i Gigni ved ansøgning om midler til nærværende forskningsprojekt.

2. Den generelle forskningsmæssige baggrundsviden

Mental sundhed kan ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO defineres som en tilstand af trivsel og livskvalitet, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og belastende livsomstændigheder (SST, 2022).

En dårlig mental sundhed øger risiko for at udvikle sygdom, såsom angst og depression (SST, 2022) og ved langvarig oplevet stress ses også øget risiko for at udvikle depression samt somatiske lidelser (Rugulies et al., 2013).

Eksempler på vigtige beskyttende faktorer, der styrker den enkeltes mentale sundhed og livskvalitet er: Tryk opvækst - Støttende sociale relationer - Trygge omgivelser (Lau et al., 2022).

Globalt er depression og angst de førende årsager til psykiske lidelser hos kvinder i den fødedygtige alder (Ferrari, 2022).

En dansk temarapport omkring forældres psykiske tilstand i barnets første leveår fremhæver, at de mest almindelige mentale sundhedsproblemer under graviditet er angst, depression og stress (Pommerencke et al., 2021).

Ifølge en dansk systematisk litteraturgennemgang af systematiske reviews og meta-analyser tilhører kvinderne i den fødedygtige alder den gruppe, som oftest føler sig stressede, eller har et dårligt mentalt helbred (Rosenwein et al., 2020).

Den nyeste forskning fra USA fremhæver desuden, at PTSD er undervurderet i den perinatale periode og opfordre til en øget traumefokuseret forståelse i svangreomsorgen (Padin et al., 2022).

2.1 Depression og angst under graviditet

En global metaanalyse af et systematisk review, der inkluderer 101 studier, afdækker, at forekomsten af præ- og postnataldepression kan forventes hos omkring 12 - 20 % (Woody et al., 2017; WHO, 2022).

Samme systematiske review peger på, at der mangler undersøgelser for, hvor stor en del af denne byrde, der kan tilskrives depression under graviditet eller i det første år efter fødsel (Woody et al., 2017).

Tre gange oftere medfører depression og angst under graviditet også til angst og depression efter

fødsel (Austin, Tully, Parker, 2007; Milgrom et al., 2008).

Et amerikansk studie har afdækket, at hos 33% af kvinder med fødselsdepression (postnatal depression) startede denne allerede under graviditeten, og hos 27% var symptomer allerede tilstede før graviditet (Wisner et al., 2013).

Ved svær fødselsdepression er der 25-35 % risiko for tilbagefald ved anden fødsel (Gullestrup & Terp, 2008; Videbech, 2021).

Det er en kendsgerning, at depression i graviditeten kan overlappe med angst, obsessive compulsive disorder, samt trauma og stress relaterede tilstande (Vigod et al., 2016; Pampaka et al., 2019).

Oplevelsen af angst er meget almindelig under graviditet og efter fødsel, og generel angst er mere fremtrædende i denne periode (Ayers et al., 2015).

En dansk undersøgelse fra 2017, fandt at symptomer på fødselsdepression, målt med EPDS og en cut-off score på 12 point, hos forældre potentielt allerede kan opspores under graviditeten (Madsen, 2017).

I denne undersøgelse blev begge kommende forældre screenet med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Resultatet af undersøgelsen fandt, at 11% af kvinderne viste tegn på risiko for at udvikle en fødselsdepression (Madsen, 2017).

Det vides dog ikke om de, der udviste tegn på fødselsdepression i graviditeten, var de samme, som viste tegn på fødselsdepression efter fødslen.

2.1.1 Risikofaktorer

Det vil være individuelt, hvilke risikofaktorer, der forårsager den manglende trivsel (Redshaw & Henderson, 2013).

De mest relevante graviditetsrelaterede risikofaktorer, der er forbundet med depression er angst, høj oplevelse af stress, og manglende støtte fra partner eller de nærmeste (Biaggi et al., 2016; Pampaka, 2019).

En historik med misbrug eller vold i hjemmet, psykisk lidelse, uplanlagt eller uønsket graviditet, uønskede hændelser i livet, aktuelle eller tidligere graviditetskomplikationer, at have mistet barnet under graviditet, og at tilhøre en etnisk minoritetsgruppe er også graviditetsrelaterede

risikofaktorer (Biaggi et al., 2016; Pampaka, 2019).

2.1.2 Konsekvenserne af ubehandlet depression og angst

Et studie af forældre og børn i England (Netsi et al., 2018) afdækkede, at konsekvenserne ved, at moderen går med en ubehandlet depression kortvarigt såvel som langtvarigt er flere, både for moderen selv og barnet.

Undersøgelsen fandt, at moderen ved en ubehandlet depression i op til 11 år efter fødsel stadig vil have tegn på depression (Netsi et al., 2018).

Endvidere afslørede undersøgelsen, at børn af mødre med en kortvarig ubehandlet fødselsdepression har flere psykiske problemer når de bliver 3 år gamle end de børn af mødre, der ikke har haft en fødselsdepression (Netsi et al., 2018).

Endvidere har børn af mødre, der har haft en længerevarende ubehandlet fødselsdepression højere risiko for adfærdsproblemer i 3 års alderen, højere risiko for ikke at kunne håndtere skolegang som 16-årig (matematik), og højere risiko for selv at få en depression i sine ungdomsår (Netsi et al., 2018).

En dansk systematisk litteraturgennemgang af systematiske reviews og metaanalyser viser indikationer for, at der kan være en association mellem depression under graviditeten og barnets søvn mønstre, gråd, adfærd og emotionelle faktorer samt en lavere mor-barn tilknytning op til toårsalderen (Rosenwein et al., 2020).

Samtidig indvirker både angst og depression på vilkårene for at etablere en sikker tilknytning til barnet, som starter allerede under graviditeten, og der er indikation på, at prenatal angst kan medføre vanskeligheder hos barnet fra spæd og op til teenage årene (Netsi et al., 2018).

Konsekvenserne ved angst under graviditet er forbundet med højere risiko for fødselskomplikationer, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, lav Apgar score¹⁾, og indvirker generelt på den mentale sundhed for både moder og barn (Ayers et al., 2015; Rosenwein et al., 2020).

1) En "Apgar score" er en metode til på en skal fra 1 - 10 at bestemme det nyfødte barns tilstand umiddelbart efter fødslen. Der foretages en vurdering på hudfarve, vejrtrækning, muskelspænding, hjerteslag i minutet og reflekser. Er den samlede score 3 eller derunder er tilstanden kritisk, mens 7 og derover er almindeligt og betragtes som normalt. Der foretages 2 vurderinger. Første gang inden for det første minut og derefter igen efter 5 minutter. (reference www.sundhedsguiden.dk)

2.3 Stress under graviditet

Både graviditet og tiden efter fødsel er som tidligere nævnt forbundet med omfattende fysiologiske og psykologiske forandringer, hvilket kan opleves overvældende og kræver helt konkret mange omstillinger.

Stress-faktorene under graviditet kan være mange og er et resultat af en ubalance mellem krav og interne såvel som eksterne ressourcer som den enkelte har til rådighed (Zachariae, 2014). Oplevelsen af stress kan opstå når situationer af psykisk eller fysisk karakter opleves belastende og krævende og forbliver uændrede og giver en oplevelse af utilstrækkelighed (Zachariae, 2014).

I relation til den mentale sundhed for gravide er det væsentligt at skelne mellem kort- og langvarig oplevelse af stress.

Kortvarig stresstilstand vil typisk opstå i en akut presset situation. Den umiddelbare reaktion er, at kroppen reagerer og sættes i alarmberedskab (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Dette gør os i stand til at handle. Når stressbelastningen aftager, kan kroppen slappe af igen og vende tilbage til udgangspunktet.

Er stressbelastningen derimod langvarig, reduceres kroppens og sindets mulighed for at restituere sig og vende tilbage til en afslappet og rolig tilstand (Sundhedsstyrelsen, 2022).

En langvarig stresstilstand vil altid udgøre en belastning for krop og sind, idet vi ikke er skabt til konstant at være i alarmberedskab.

Det øger eksempelvis generelt risikoen for depression (Rugulies et al., 2013), og forværrer dermed vilkårene for at få en god oplevelse af graviditet og fødsel, samt en god start på familielivet i tiden efter fødsel.

Det er helt individuelt, hvordan der reageres på stress og hvor robust den enkelte er til at håndtere stress.

2.3.1 Konsekvenserne af stress

Der er lavet flere undersøgelser, der afdækker hvilken konsekvens oplevet stress under graviditeten kan have på den kommende moder og barnets udvikling.

En systematisk litteraturgennemgang har fundet stærk evidens for, at stress under graviditet øger risiko for spontant at føde for tidligt og for lavere fødselsvægt (Staneva et al. 2015).

En nordisk undersøgelse i 2016 fandt, at stress hos moderen under graviditet er mere til stede hos de, som spontant fødte for tidligt, i forhold til de som ikke fødte for tidligt (Lilliecreutz et al. 2016). En thailandsk undersøgelse i 2020 kom frem til samme resultat (Tanpradit og Kaewkiatitkun, 2020), samt at screening med Perceived Stress Scale (PSS) kunne forudsige for tidlig fødsel.

Der er indikationer for, at der kan være en association mellem stress under graviditeten og barnets temperament og vanskeligheder ved at regulere sig op til toårsalderen (Rosenwein et al., 2020).

Konklusionen efter en stor finsk undersøgelse (Tuovinen et al. 2021) er, at kendetegn på depression, angst og stress hos moderen under graviditeten er forbundet med en signifikant øget risiko for mentale problemer såvel som adfærdsproblemer hos børnene under opvækst.

Særlig er det knyttet til udviklingspsykologiske, emotionelle og adfærdsproblemer.

Undersøgelsen fandt også, at belastningen af stress ikke er knyttet til en bestemt periode under graviditeten eller bestemte stressfaktorer, men til uændret høj oplevet stress, angst og/eller depressive kendetegn gennem hele graviditeten (Tuovinen et al. 2021).

Studier viser endvidere, at stress og udfordringer af den mentale sundhed under graviditet har konsekvenser for i hvilken grad moderen knytter sig til barnet i maven og efter fødsel.

Desto større tilknytning der er etableret til barnet under graviditet, desto bedre er tilknytningen 8 uger efter fødsel (Rossen et al. (2016).

Et internationalt samarbejde i form af et systematisk litteraturreview med fokus på stress under graviditet anbefaler, at gravide og deres ufødte børn bør anerkendes som en sårbar målgruppe (Van den Bergh et al., 2020).

Det fremhæves, at stressfaktorer og svære bekymringer bør mindskes så vidt muligt og det understreges ligefrem, at denne viden bør integreres i mødet med de kommende forældre af den primære tjeneste (Van den Bergh et al., 2020).

Dette inkluderer personale såsom sygeplejersker, praktiserende læge, obstetrikere, jordemødre og psykologer samt andet professionelt personale, der er i en position til at give anbefalinger om,

hvordan stress og bekymringer kan mindskes og støtte til at foretage de fornødne trin, der kan reducere risikoen for belastninger af den mentale sundhed (Van den Bergh et al., 2020).

Generelt eksisterer der altså viden om, at stress under graviditet kan have indgribende konsekvenser og være vigtig at have opmærksomheden på og forholde sig forebyggende til.

En evaluering af stress er en del af de nationale sundhedsundersøgelser i både Danmark²⁾ og Færøerne³⁾, og det er her fundet, at stress er et stigende folkesundhedsproblem (SST, 2022; Fólkaheilsukanning, 2019).

2.4 Tidligere traumatiske oplevelsers indvirkning på trivsel under graviditet.

Tidligere traumatiske oplevelser kan udfordre og gøre den perinatale periode mere sårbar.

Hvis den kommende moder har en historik med Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) kan begivenheder under graviditet og fødsel vække traumaet (Halvorsen et al., 2013).

Gravide med PTSD har større risiko for komplikationer under graviditet og fødsel såsom eksempelvis svangerskabsforgiftning (præeklamps), lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, hvilket indvirker på barnets udvikling (Padin et al., 2022).

Nyeste forskning baseret på et review fra USA (Padin et al., 2022), der inkluderede 1402 gravide, gennemførte både en screening for PTSD (PTSD checklist-2; PCL) og depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Resultatet fandt, at omkring 11% opfyldte kriterierne for PTSD, men ikke for depression ifølge Edinburgh Postnatal Depression Scale. Med andre ord fandt screeningen med EPDS ikke indikation for en nærmere udredninger, og PTSD blev overset.

Resultaterne af undersøgelsen svarer til resultaterne af en systematisk review og metaanalyse (Yildiz; Ayers; Phillips, 2017), der fandt, at op til 20% af traumeksponerede gravide faktisk kunne diagnosticeres med PTSD.

Et systematisk review og en metaanalyse af 59 studier (Yildiz; Ayers; Phillips, 2017), der anvender en fuld diagnostisk udredning for PTSD,

2) Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2021

3) Fólkaheilsukanning 2019

konkluderer at PTSD er udbredt under graviditet og efter fødsel.

Det konkluderes endvidere, at PTSD er tilstrækkeligt udbredt til, at det er et signifikant trivselsproblem. Der opfordres til rutinescreening og behandling, idet at der ellers er øget risiko for, at tilstanden (den mentale sundhed) forværres efter fødsel (Yildiz; Ayers; Phillips, 2017). Dette gælder særligt kvinder, der tidligere har oplevet graviditets-, fødselskomplikationer, eller som har problemer med den mentale sundhed.

Et review af Padin et al. (2022) understøtter denne holdning og iagttagelse ved at påpege, at meget af den manglende trivsel kunne afhjælpes med rutinemæssig, universel screening for PTSD under graviditeten.

Reviews og meta-analyser viser, at op til 3-4% er påvirket af PTSD efter fødsel. Det samme gør sig gældende for 15-19% af kvinderne, der er vurderet at være i høj-risiko idet, at de har komplikationer under graviditeten eller født for tidligt. Ligeledes er op til 39% af de kvinder, der oplever, at deres barn dør under fødslen påvirket af PTSD (Dikmen Yildiz et al. 2017, Ayers et al. 2018).

Resultatet af en dansk undersøgelse (Elklit et al., 2007), der evaluerede de psykologiske følgevirkninger hos forældre til for tidligt fødte børn med en ekstrem lav og meget lav fødselsvægt (gennemsnitligt en vægt på 842 g), afdækkede, at hver femte moder opfyldte kriterierne for post-traumatisk stress, og yderlig 10% opfyldte kriterierne for en subklinisk PTSD-diagnose (Elklit et al., 2007).

Anbefalingen var at prioritere psykologisk støtte og intervention under indlæggelsen og efter udskrivelse for at forebygge udviklingen af kronisk PTSD (Elklit et al., 2007).

De mest vægtige risikofaktorer for at udvikle en PTSD efter fødsel er depression under graviditet - fødselsangst - negative fødselsoplevelser - komplikationer under graviditet og under fødsel - manglende støtte under fødslen og hvis der dissocieres under fødslen (Ayers et al. 2018).

2.5 Sociale relationer og social støtte

Ifølge Sundhedsstyrelsens undersøgelse af danskernes sundhed (SST, 2022) har sociale relationer stor betydning for menneskets fysiske og psykiske helbred.

Undersøgelser har dokumenteret, at stærke

sociale relationer hænger sammen med et bedre helbred, og det faktum, at man sjældnere bliver syg, samt er bedre til at komme sig over sygdom og generelt har et bedre mentalt helbred end hvis de sociale relationer er svage (SST, 2022).

Er de sociale relationer svage eller ligefrem belastende, kan dette medføre eller øge følelsen af ensomhed (SST, 2022).

Oplevelse af ensomhed er en subjektiv følelse, der blandt andet kan være relateret til at føle sig ulykkelig, have en oplevelse af at stå alene, og have et savn af tilhørsforhold til nærmeste relationer og til menneskeligt nærvær.

Behovet for en oplevelsen af tilhørsforhold kan i perioden for familiedannelse øges. I relation til at blive forældre eller lige at være blevet forældre kan sorg over ikke at være i kontakt med forældre eller andre nære relationer derfor naturligt øge omkring ensomhedsfølelsen.

Det er endvidere en kendsgerning, at mange med angst og depression under graviditet og efter fødsel har svært ved at række ud efter hjælp, fordi at det, der betragtes som en glædelig tid, overskygges af bekymringer og angstelse eller ligefrem svære følelser.

Den sociale støtte er undersøgt i relation til PTSD og fundet at være en vigtig beskyttende faktor mod at udvikle PTSD symptomer yderligt (Elklit, 2015), og desuden at være en medvirkende faktor til at øge den enkeltes evne til at cope med stress (Fletcher et al., 2021).

Det er ikke afgørende, hvor omfangsrig netværket er for den enkelte, men af større betydning om den sociale støtte rummer elementer, som positiv anerkendende opmærksomhed, samt kan modtages af den enkelte, hvilket henviser til hvilken form for tilknytnings mønster den enkelte har (Elklit, 2015).

2.6 Musik og sang i relation til mental sundhed

I de fleste kulturer er sang og musik kulturbærer og fællesskabsbefordrende (Bonde, 2019).

Som et eksempel på dette på Færøerne kan nævnes midnatssangen ved Ólavsøka, hvor vi samles i tusindvis og synger sange skrevet op igennem tiden, og traditionen tro altid ender fællessangen i den færøske kædedans.

Derudover er Færøerne og de nordiske lande generelt kendt for at have en stærk korkultur, der

involverer både børn og voksne i mange forskellige stilarter.

I Danmark (2013) og på Færøerne (2015) inkluderede den nationale sundhedsundersøgelse en række musikspørgsmål.

Resultaterne af denne undersøgelse er ikke gjort op for Færøerne, men resultaterne fra Danmark (Bonde, Juel, Ekholm 2018) afslørede betydelige forskelle mellem professionelle musikere, amatørmusikere og ikke-musikere, og mellem aktive og ikke længere aktive musikere (både amatører og professionelle).

Aktive professionelle musikere rapporterede en række helbredsproblemer, mens aktive amatørmusikere rapporterede et væsentligt bedre helbred end både ikke-musikere og ikke længere aktive amatør musikere.

Der blev fundet en klar sammenhæng mellem sang og leg i barndommen, og det at være aktivt musikudøvende som professionelle eller amatør-musikere i voksenlivet, og også en tro på, at musikaktiviteter og musik oplevelser indvirker på at holde sig sund (Bonde, Juel, Ekholm 2018).

2.6.1 Musik, sang og mental sundhed generelt

Generelt er det idag veldokumenteret, hvordan korsang/deltagelse i sangfællesskaber højner livskvalitet (Johnson, 2013, Clift et al., 2010).

Det er også veldokumenteret, at sang har en afstressende og beroligende effekt på krop og sind, og samtidig øger forekomsten af immunglobulin A (IgA) (Beck, 2000; Kreutz, 2004).

Tilsyneladende har det større effekt at bruge sin krop til at synge med i forhold til sænkning af kortisol og IgA (afstressende og styrkelse af immunforsvaret), end at lytte til musik (Beck, 2000; Kreutz, 2004).

Den afstressende virkning, som sang har, ledsages ofte af en følelse af velvære. Også denne tilstand har ikke blot en psykologisk, men også en helt konkret biokemisk årsag.

Følelsen kommer blandt andet fra endorfiner, som frigøres når man synger. Endorfiner fungerer som kroppens eget morfin, og er blandt andet kendetegnet ved at indgyde en følelse af velvære og lykke.

Sang forårsager endvidere en stigning i oxytocin-niveauet. Oxytocin, der populært kaldes kærligheds- eller tilknytningshormonet, og har betydning for menneskers tillid og følelse af tilknytning til hinanden.

Stigningen i oxytocin-niveauet kan være en forklaring på, hvorfor netop sang har vist sig som en effektiv katalysator for tilknytning og fællesskab mellem mennesker (Dunbar et al., 2012; Grape et al., 2003; Tarr et al., 2014).

Til eksempel har det vist sig, at det at være engageret i fællessang øger deltagers mentale sundhed og velvære, livsglæde, følelsesmæssige tilstand, samt følelse af tilhørsforhold og selvtillid (Williams et al. 2018).

2.6.2. Musik, sang og mental sundhed under graviditet

Et kohortestudie af Giuseppina Persico (2017) undersøgte effekten af, at moderen synger vuggesange under graviditet.

Ialt 156 kvinder deltog i undersøgelsen og blev delt i to grupper, hvor den ene gruppe sang og den anden fungerede som en kontrol gruppe.

Studiet fandt en signifikant forøgelse af mor-barn tilknytningen efter fødsel hos de mødre, der havde sunget vuggesange under graviditeten.

Undersøgelsen fandt endvidere, at de som sang under graviditet oplevede signifikant mindre stress efter fødsel. Ligeledes afdækkede undersøgelsen, at der var signifikant færre neonatal gråd-episoder, bedre nattesøvn samt færre børn med infantil kolik episoder i gruppen, der sang før fødsel. (Persico et al., 2017)

Resultatet af et RCT-studie (N=134) fandt, at kvinderne, der deltog i gruppesessioner med sang reducerede deres symptomer mere end de, som deltog i ikke-musiske sessioner.

Et semistruktureret interview blev efterfølgende udført af 54 deltagere, der deltog i gruppesessionerne med sang.

Disse afdækkede flere goder af gruppesessioner, der inkluderer fællessang såsom oplevelser af at være autentisk, være del af sociale og multikulturelle kreative oplevelser, samt desuden en mulighed for at berolige spædbarnet og skabe "me time" for dem selv.

Gruppesangøvelserne faciliterede og styrkede desuden følelsen af identitet og mor-barn-tilknytning. (Sanfilippo et al., 2021)

Som nævnt tidligere er det meget almindeligt, at den kommende moder oplever angst og kan have svært ved at knytte sig til barnet i maven ved en graviditet præget af høj risiko.

En RCT-undersøgelse (Baltaci & Baser, 2022) fra Tyrkiet har studeret effekten af at lytte til vuggesange og samtidig rette sin opmærksomhed på barnet i maven hos "high-risk" gravide i forhold til angst og prenatal tilknytning. Resultatet viste, at gruppen, som lyttede til vuggesange havde et signifikant lavere angst-niveau og en bedre prenatal tilknytning. Disse ændringer var allerede at spore efter andendagen (Baltaci & Baser, 2022).

Et tre-armet RCT-studie fra Tyskland (Wulff et al., 2021), hvor forholdet mellem musik- og sanginterventioner blev sammenholdt med en kontrolgruppe, viste meget lovende resultater både i en umiddelbare effekt måling og over tid. Undersøgelsen afdækkede en umiddelbar effekt af både musik- og sanginterventioner i hver enkelt session på det emotionelle plan, i forhold til stress og tilknytning. Sanginterventionerne viste dog en signifikant større effekt i reduktion af stress og valens end musikinterventioner. Ved evaluering af effekten over tid blev der fundet en signifikant forbedring af den generelle "self-efficacy"⁴⁾ og oplevelse af tilknytningen til sit ufødte barn (Wulff et al., 2021).

2.6.3 Den menneskelige stemme og tilknytning

Den menneskelige stemme har stor betydning for at knytte bånd og etablere en sikker tilknytning mellem de primære omsorgspersoner og barnet (Stern, 1997; Malloch & Trevarthen, 2009; Trevarthen, 2017; Pocwierz-Marciniak; Harciarek, 2021).

Der er en lang tradition for, at vi med vores stemmer spontant skaber melodiske fraser eller decideret synger sange for de mindste på tværs af kulturer som en integreret del af omsorgen. Det har fra tidernes morgen været et naturligt redskab at gribe til, når vi vil trøste, berolige, lægge op til sjov og ballade /leg med vores børn, eller når vi skaber ritualer omkring at lægge vores børn til at sove eller fejre deres fødselsdag.

Det fælles i alle disse aktiviteter er, at sangen er retningsbestemt. Vi synger til barnet. Uden at vi bevidst tænker over det, retter vi naturligt vores fulde opmærksomhed omkring barnet og ønsket om at formidle ro, omsorg, vores kærlighed til barnet igennem vores sang. På den måde bliver stemmen og sangen naturligt formet derefter.

Den rummer lige præcis de elementer i kvalitet, dynamik, tempo og melodi, som skal til for at formidle dette (Stern, 2010; Malloch & Trevarthen, 2009).

Der skabes dermed muligheden for at etablere fælles opmærksomhed og samhørighedsfølelse (Hart, 2006).

Det er også påvist, at er vi ikke nærværende i denne handling, så reagerer barnet med krop og stemme og "fortæller" os dette gennem sin lyd og kropslig bevægelse (Bonnár, 2014, Stern 1997).

Er moderen svært deprimeret kan dette belaste den følelsesmæssige afstemning mellem mor og barn, og barnet vil forsøge at forandre sin indre tilstand for at matche og tilpasse moderens udtryk (Stern, 1997).

Depressionen vil præge hendes stemmeføring og gestik, samt overskud til at være den, der tager ansvaret for at skabe samhørighedsfølelsen og det er i stedet barnet, som tuner ind på moderens udtryk og afstemmer sig dette udtryk og dermed på den måde få oplevelsen af samvær (Hart, 2006; Marwich & Murray, 2009).

Stemmen afspejler vores trivsel og dermed også vores manglende trivsel, men rummer også kimen til at styrke og regulere både sig selv og barnet (Storm, 2017).

Det er også dokumenteret, at barnet allerede mens det befinder sig maven tuner sig ind på særligt moderens stemme, og derigennem allerede tuner sig ind på kultur (Pocwierz-Marciniak, Harciarek, 2021).

4) "Self-efficacy" er et forholdsvis nyt begreb indenfor mental sundhed, der inkluderer troen på egen formåen og evner. Dette inkluderer mestringsstrategier.

3. Formålene med undersøgelsen

Det overordnede formål med undersøgelsen er at undersøge færøske kvinders mentale sundhed under graviditet og i tiden efter fødsel; også benævnt den perinatale periode.

Kvindernes mentale sundhed og trivsel under graviditet er ikke tidligere undersøgt på Færøerne.

Undersøgelsen strækker sig over perioden fra november 2019 og frem til februar 2021.

Færøerne blev i marts 2020, under afviklingen af forskningsprojektet, ramt af COVID-19 pandemien.

Derfor blev en ekstra undersøgelse inkluderet, der forholdt sig til om COVID-19-pandemien indvirkede signifikant på de kommende mødres mentale sundhed og trivsel.

Der er i Tabel 1 en samlet oversigt over de forskellige formål med undersøgelsen.

Den mentale sundhed - depression, angst og stress

1) at undersøge og kortlægge kvinders trivsel og mentale sundhed landsdækkende under graviditet på Færøerne.

a) at undersøge depressions-, angst-, og stressniveau under graviditet.

b) at studere hvilke faktorer, der øger om risikoen for at udvikle depression og angst under graviditet. Dette inkluderer at afdække generel demografi, samt demografi om tidligere graviditets- og fødselsoplevelser, samt netværk, oplevet søvnkvalitet og tidligere traumatiske oplevelser.

c) at konkretisere, hvor omfattende behovet er for en tidlig sporing og sundhedsfremmende indsats mod dette under graviditet

2) at undersøge og kortlægge kvinders trivsel og mentale sundhed landsdækkende efter fødsel på Færøerne

a) at undersøge depressions- og angst niveau efter fødsel.

b) at undersøge hvorvidt de, der udviser tegn på risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditeten, er de samme, som har tegn på at udvikle en fødselsdepression efter fødslen

c) at undersøge om det er muligt med en tidlig sporing og indsats at skabe bedre vilkår for en god start på forældreskabet og et godt afsæt i livet for barnet?

Selvurdering og forestillinger om den kommende fødsel og det kommende forældreskab.

3) at undersøge kvindernes selvurderede oplevelse af helbred og trivsel

4) at undersøge, hvordan tankerne, forventningen og forestillingen er om den kommende fødsel og det kommende forældreskab.

5) at undersøge niveauet af selv-medfølelse

a) at undersøge, hvilke redskaber, der fortrinsvis gøres brug af til at give sig selv egenomsorg

b) at undersøge netværk

c) at undersøge i hvilken grad egen-indflydelse på mental sundhed vægtes.

Tabel 1: De forskellige formål med undersøgelsen

Musik og sang og mental sundhed

6) at undersøge sangens og musikkens rolle i nærværende målgruppe med afsæt i en forståelse af, at musik- og sangaktiviteter er mulige redskaber til selv-regulering af fysiske, emotionelle og relationelle tilstande.

a) at studere sammenhænge mellem at synge og spille musik aktivt og forskellige sundhedsrelaterede resultater såsom EPDS (mental sundhed/trivsel), EPDS-3A (angst), og PSS (stress);

b) at studere, hvordan sang og musik indgår i hverdagen, og i relation til barnet både under graviditet og for barnet/børnene efter fødsel.

COVID-19-pandemiens indvirkning på kvindernes mentale sundhed og trivsel under graviditet

7) at undersøge hvorvidt COVID-19-pandemien indvirkede på den mentale sundhed hos gravide.

Tabel 1: De forskellige formål med undersøgelsen

4. Forskningsprojektets finansiering

Forud for data indsamling ansøgte og modtog forskningsprojektet godkendelse fra det færøske datatilsyn, og der blev samtidig rapporteret om forskningsprojektet til etisk forskningskomité på Færøerne.

Forskningsprojektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Psykiatrisk Center og Jordemoder-tjenesten ved Landssygehuset i Tórshavn, samt

Gigni (Sundhedsplejen) ved Heilsutrygd (Public health insurance)¹¹ med forfatteren som projektleder.

Forskningsprojektet har modtaget støtte af Sjúkrakassagrunnurin Føroyar (Den færøske sygekassefond).

11 "Heilsutrygd" sorterer under Heilsumálaráðið (Ministry of Health - Sundhedsstyrelsen på Færøerne) og varetager blandt meget andet funktionen af praktiserende læge- og sundhedsplejeordning.

5. Metode

Den landsdækkende undersøgelse fandt sted i tidsrummet november 2019 og frem til februar 2021.

Forskningsprojektet er funderet i en optimeret revideret protokol af det allerede eksisterende tværsektorielle Shared Care-organiserede samarbejde omkring en tidlig opsporing og indsats mod tegn på manglende trivsel efter fødsel.

Under afviklingen af forskningsprojektet inkluderede dette jordemodertjenesten og fødegangen (A2), og gav alle tværsektorielle parter - den praktiserende læge - sundhedsplejen - jordemodertjenesten - fødegangen (A2) - mulighed for i denne periode at kontakte og visitere direkte til Sertoymið barnsburðartunglyndi (se figur 2).

Dermed blev adgangen til rådgivning og hjælp fra Sertoymið barnsburðartunglyndi nemmere med det formål også at nedbringe ventetiden. Sertoymið barnsburðartunglyndi¹⁾ fungerede som en selvstændig enhed ved Psykiatrisk Center, der var rådgivende, udredende og behandlende med særlig viden indenfor perinatal mental sundhed. Teamet havde ugentlig konference og rådgivning fra psykiater.

1) I periode for afviklingen af forskningsprojektet var følgende faggrupper tilknyttet Sertoymið barnsburðartunglyndi: To sygeplejersker (0,4) med basis uddannelse i kognitiv samtalerapi, en psykolog (0,2), en læge (0,2), en social-rådgiver (0,2), og en musikerapeut (0,5), samt forfatteren som administrator og musikerapeut (1.0).

Figur 2 præsenterer et overblik over den tværsektorielle Shared Care-organisering.

Den praktiserende lægetjeneste er blå, jordemodertjenesten bordeaux, sundhedsplejetjenesten lys-lilla og Sertoymið barnsburðartunglyndi placeret ved Psykiatrisk Center er orange.

Som det fremgår af illustrationen har både praktiserende læge, jordemodertjenesten, fødegangen og sundhedsplejen direkte adgang til Sertoymið barnsburðartunglyndi.

5.1 Deltagerne

I tidsrummet november 2019 og frem til februar 2021 fik 736 kvinder udleveret en invitation til en ekstra jordemoderkonsultation, der fokuserede på: "Hvordan har du det?".

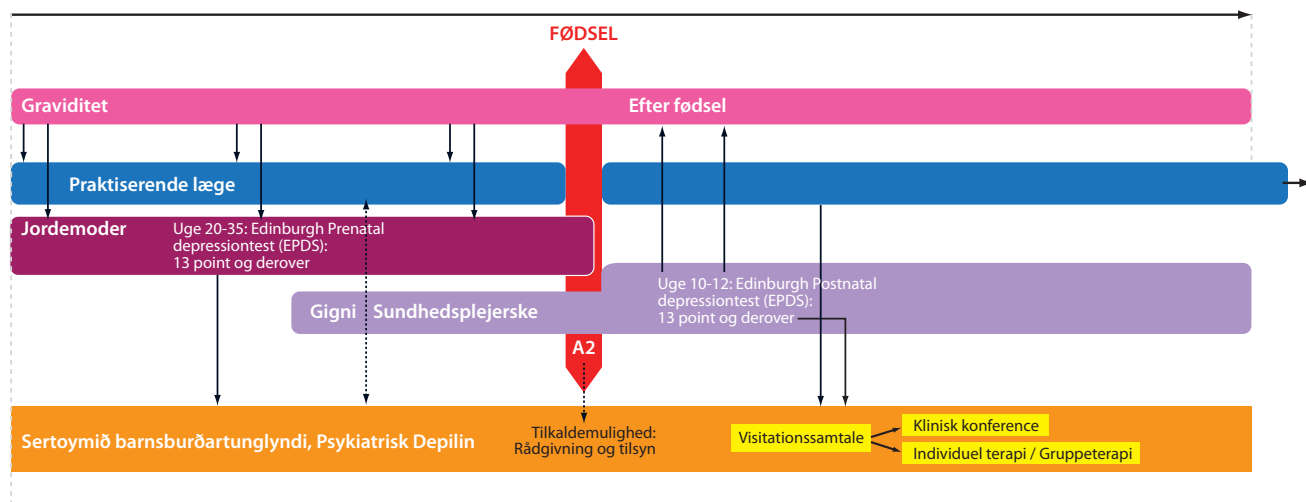
Samtidig fik de en invitation om at deltage i forskningsprojektet: "Tidlig indsats mod perinatal angst og depression på Færøerne; en tværsektoriel Shared Care-organisering".

Inklusionskriterierne for at deltage i forskningsprojektet var at deltagerne forstod færøsk og at graviditeten var indenfor uge 20 og uge 35.

Ialt 121 kvinder (16%) blev af forskellige årsager ekskluderet. Årsagerne var blandt andet, at de enten ikke forstod færøsk, ikke var at træffe, var syge, havde født eller aborteret eller var forhindret af andre fysiske årsager.

For nogle viste det sig at de boede i udlandet, var blevet dobbelt indskrevet, eller af en eller anden

Shared care-organisering og tværsektorel samarbejdsmodel - gældende i perioden 2015 og frem til 2021



Figur 2: Den tværsektorielle Shared-Care organisering.

årsag ikke havde fået folderen udleveret, eller var kommet for langt i graviditeten.

Dette efterlod 615 mulige deltagere i forskningsprojektet. Ud af de 615 mulige deltagere takkede 190 (31%) nej-tak til at deltage, hvilket giver en svarprocent på 69% for nærværende undersøgelse.

Med andre ord takkede 424 kvinder ja til at deltage i forskningsprojektet. En svarprocent bør mindst være 50% eller derover ifølge Aagerup (2015)²¹. Dette for at kunne begrunde, at empirien/data har en vis validitet.

5.2 Data-indsamling i relation til formål med undersøgelsen

Til indfrielse af formålene af undersøgelsen blev der indsamlet data med udvalgte spørgeskemaer på forskellig vis.

Alle data, der blev indsamlet, og som indgår i denne undersøgelse er anonymiserede.

Dataindsamlingen skete primært under graviditet ved den førnævnte ekstra konsultation hos jordemoderen ved hjælp af tre spørgeskemaer:

1) Edinburgh Postnatal Depression Scale, 2) et ekstra udviklet spørgeskema, der rummede PSS, og 3) en Self-Compassion Scale.

Sundhedsplejen har siden 2012 rutinemæssigt tilbudt en screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale. Dette gav mulighed for at gennemføre et statistisk komparativt studie, hvor data blev indsamlet fra sundhedsplejens arkiv (Gigni) i form af screenings resultater med Edinburgh Postnatal Depression Scale.

I det følgende vil de forskellige spørgeskemaer blive beskrevet mere indgående. Til sidst følger en beskrivelse af metoden, der er anvendt til at analysere de indsamlede data.

5.3 Undersøgelse af den mentale sundhed

I undersøgelsen af kvinders mentale sundhed under graviditet, herunder stress- og angstniveauet samt tegn på risiko for at udvikle en fødsels-depression, blev der anvendt to spørgeskemaer: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og en Perceived Stress-Scale (PSS), der var en del af det ekstra spørgeskema.

EPDS spørgeskemaet rummer desuden muligheden for at evaluere angstniveauet (EPDS-3A). Til undersøgelse af niveauet for at kunne vise sig selv medfølelse og egenomsorg blev spørgeskemaet Self-Compassion Scale anvendt.

5.3.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS er som tidligere nævnt et internationalt anerkendt og meget anvendt screeningsredskab til en tidlig opsporing af kvinder, der er i risiko for at udvikle en depression både under graviditet og efter fødsel. Cox et al. (2014) anbefaler anvendelse af en cut-off score på 10 EPDS point.

En cut-off-score på 10 EPDS point vil have et forebyggende og sundhedsfremmende formål og finde størstedelen af de, som er i risiko for at udvikle en depression.

Den vil ifølge Cox et al. (2014) samtidig være særlig anvendelig i forskningsprojekter, hvor EPDS er det eneste anvendte screeningsredskab.

EPDS er valideret i mange lande til at være et validt og pålideligt redskab til dette.

I valideringsprocessen af EPDS som et screeningsredskab tages der højde for internationale kulturelle små forskelle ved at tilpasse cut-off score i henhold til DSM-5 og ICD-10 diagnose systemet i det pågældende land (Matthey, 2022).

Derfor varierer det meget internationalt, hvilken cut-off score, der indikerer en mulig depression.

Det mest anvendte er 13 point eller derover (Mann & Evans, 2015). Generelt betragtes en score på 13 EPDS point eller derover derfor som en vigtig indikation for at tilbyde en nærmere udredning og/eller et eventuelt behandlingstilbud.

En score på 10, 11 eller 12 EPDS point lægger derimod op til opfølgende samtale indenfor 2-4 uger (Henshaw & Ericksen, 2015).

En validering af EPDS blev udført i Danmark i 2018 (Smith-Nielsen et al., 2018) og på Færøerne i 2019 (Fjallheim, 2019).

I Danmark var resultatet af valideringen, at en cut-off score på 11 EPDS point (Smith-Nielsen et al., 2018).

På Færøerne var resultatet af valideringen, at 10 EPDS point (Fjallheim, 2019) var den optimale cut-off score til at spore depression.

Et systematisk review og meta-analyse fra 2020

²¹ Ifølge Aagerup (2015, s. 137) ligger en tilfredsstillende svarprocent på mellem 60-70%, hvor en meget tilfredsstillende svarprocent er mere end 70%.

kom til den konklusion, at anvendelsen af EPDS både under graviditet og efter fødsel, ved en cut-off score på 13 EPDS point eller derover, i en nærmere udredning ofte vil kunne diagnosticere en depression.

Hvorimod at anvendelsen af en lavere cut-off EPDS score på 10 EPDS point vil spore de som er i risiko (Levis et al., 2020).

Dermed falder den fundne cut-off score på 10 EPDS point og valideringen af EPDS på Færøerne (Fjallheim, 2019) indenfor internationale anbefalinger.

Ovenstående internationale retningslinier for cut-off score stemmer dermed overens med de retningslinier for EPDS score, som blev iværksat i sundhedsplejen (Gigni) efter fødsel i 2012 (se afsnit "1.1.2 "Der er hjælp at få" - Den tidlige og forebyggende indsats").

Disse integreres under afviklingen af forskningsprojektet til jordemodertjenesten og vil blive beskrevet i det følgende afsnit.

5.3.1.1 Retningslinier knyttet til EPDS score under afviklingen af forskningsprojektet

Under afviklingen af forskningsprojektet gjaldt følgende retningslinier for jordemodertjenesten:

1. En score på 10-12 EPDS point lægger op til en konsultation hos jordemoder. Under afviklingen af forskningsprojektet varetages disse af de to forskningsassistenter, (begge uddannede jordemødre), der er trænet til at anvende spørgeskemaet Edinburgh Postnatal Depression Scale, og have de ekstra samtaler.

I samtykke med den kommende moder kontaktes og informeres dennes faste jordemoder om situationen.

Spores der under de ekstra udbudte samtaler ingen bedring anbefales det, at Sertoymið barnsburðartunglyndi og egen læge kontaktes til nærmere udredning og et behandlingstilbud.

2. Scores der 13 EPDS point eller derover indikerer dette, at der er brug for en udredende samtale, der går mere i dybden med at undersøge, hvad der kan være medvirkende til, at vedkommende ikke trives, og er i risiko for at udvikle en fødselsdepression.

I dette tilfælde anbefales det, at der tages kontakt til både egen læge og Sertoymið barnsburðartunglyndi. Konsultationen hos Sertoymið barnsburðartunglyndi rummer en nærmere udredning og et behandlingstilbud.

Kontakten til egen læge er med til at sikre, at det undersøges om der eventuelt er somatiske årsager, der lægger til grund for den manglende trivsel.

5.3.1.2 EPDS-3A (angst)

Ved at fokuserer på spørgsmål 3,4 og 5 i Edinburgh Postnatal Depression Scale, kan angstniveauet evalueres, og betegnes EPDS-3A (Smith-Nielsen et al. 2021). De tre spørgsmål giver en maximum mulig score på 9 point.

En EPDS-3A score på 5 eller mere viste i en dansk undersøgelse at være det mest optimale antal point for at identificere angst (Smith-Nielsen et al. 2021).

I nærværende undersøgelse anvendes derfor en cut-off score for angst på 5 point og derover.

5.3.2 Undersøgelse af stress-niveau under graviditet

I undersøgelsen af stress-niveauet anvendes i de nationale sundhedsundersøgelser både i Danmark³ og Færøerne⁴ et anerkendt og valideret screenings redskab for stress.

Redskabet, Perceived Stress Scale (PSS), er udviklet af Cohen et al. (1983). PSS-spørgeskemaet findes i tre udgaver med henholdsvis 14, 10 eller 4 spørgsmål.

PPS-10, der består af 10 spørgsmål, er det spørgeskema, som har den største psykometriske validitet til at evaluere stress i praksis og som et evalueringsredskab i forskningsprojekter (Lee 2012).

I relation til graviditet viser en international undersøgelse fra 2022 (Katus et al., 2022) af Perceived Stress Scale (PSS-10, at PSS-10 kan vurdere stress på tværs af en bred vifte af kulturelt forskellige omgivelser og antal af fødsler.

Besvarelsen af de 10 spørgsmål (PSS-10) relateres til egenoplevelsen af psykologisk stress i de sidste fire uger. Spørgeskemaet undersøger i hvor høj grad det enkelte menneske oplever dagligdagen / livet ukontrollabelt, uforudsigeligt og overvældende, samt om vedkommende føler sig nervøs og stresset.

Et eksempel på et spørgsmål er: "Hvor ofte inden for den sidste måned er du blevet oprevet over

3] Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2021

4] Fólkaheilsukanning 2019

noget, der skete uventet?”. Der fokuseres med andre ord ikke på specifikke forhold som eksempelvis arbejdsmiljø, privatliv, konflikter eller sygdom.

Skemaet er ikke velegnet til at stille diagnoser, men kan give en idé om, hvad tegn på manglende trivsel kan handle om.

5.3.2.1 Vurdering af stressniveau

PSS-10 skalaen går fra 0 til 40 og skal aflæses på følgende måde: Jo højere score, desto højere grad opleves der stress.

I følge psykolog Nelholt og speciallæge Søndergaard (2019) anser flere studier, at en score over 17-18 point bør give anledning til bekymring.

Det anføres endvidere at står dette stressniveau på over længere tid, bør det give anledning til at sætte ind med forebyggende og aflastende tiltag. Samtidig bør der holdes øje med den videre udvikling af stressniveauet. En score over ca. 25 anses for behandlingskrævende, hvor mere akutte tiltag bør iværksættes og sygemelding bør overvejes.

I den færøske nationale sundhedsundersøgelse i 2017 (Mohr 2017), samt i den nationale sundhedsprofil i Danmark blev der anvendt en cut off score på 18, hvilket betyder, at en score på 18 point og derover vurderes til, at have et højt stressniveau.

Det er besluttet at anvende samme cut-off score på 18 point sådan, at undersøgelsen af den mentale sundhed hos gravide på Færøerne kan sammenholdes med den nationale sundhedsundersøgelse og på den måde give et perspektiv på stressniveauet hos gravide idet målgruppen er en del af den generelle nationale sundhedsundersøgelse.

5.3.3 Undersøgelse af selv-medfølelse / egenomsorg (self-compassion)

Begrebet “self-compassion” er et forholdsvis nyt begreb i Danmark og kan oversættes med “selv-medfølelse” og “egenomsorg”. Selvmedfølelse (self-compassion) er et begreb og et screeningsredskab (Self-Compassion Scale, SCS), der er udviklet af Kristin Neff (2003).

Det handler om at anerkende og tilgive ufuldkommenhed, samt at mestre kunsten at have medfølelse med sig selv.

Som mennesker er vi vant til at vise mennesker vi holder af venlighed og omsorg, når de har

det svært, fejler i deres handlinger eller føler sig utilstrækkelige.

Det er ofte mere vanskeligt at vise sig selv samme med-følelse og omsorg. Den selvkritiske røst træder ofte hellere frem og giver dig skyld og skamfølelse, og måske endda impulsen til at give op og trække dig.

Selvmedfølelse er med til at opbygge en indre robusthed ved at øge din evne til at støtte og acceptere dig selv, når noget opleves svært og utilstrækkelighedsfølelsen til eksempel viser sig.

Selvmedfølelse inkluderer forskellige komponenter såsom “venlighed over for dig selv”, “fælles menneskelighed, samt “udøvelse af af “mindfulness” i forståelsen at anerkende og acceptere, der alle er med til at opbygge en indre robusthed (Neff (2011).

Self-Compassion Scale består af 6 forskellige kategorier: 1) venlighed overfor sig selv versus 2) at være dømmende overfor sig selv, 3) fælles menneskelighed versus 4) at isolere sig og 5) at kunne handle med mindfulness versus 6) overidentifikation.

5.3.3.1 Evaluerings af selv-medfølelse og egenomsorg

Self-compassion Skalaen (SCS), evaluerer samlet, hvorvidt du behandler dig selv med venlighed og egenomsorg.

Udsagnene vurderes på en Likert skala fra (1) ”Næsten aldrig” til (5) ”Næsten altid”.

I denne undersøgelse bestod Self-Compassion Skalaen af 26 spørgsmål, der blev oversat til færøsk fra engelsk⁵¹.

Evalueringen er baseret på først at udføre en udregning af et gennemsnit af værdierne opnået på følgende kategorier: Self-Kindness - Self-Judgment - Common Humanity - Isolation - Mindfulness - Over-identification”.

Det gælder for kategorierne Self-Kindness - Common Humanity - Mindfulness, at værdierne her ved en god evne til at drage omsorg for sig selv vil være høj.

Derimod gælder det for kategorierne Self-Judgment - Isolation - Over-Identification, at her skal den samlede score være lav, hvis man besidder en god evne til at varetage en egenomsorg.

51] De 26 spørgsmål i “Self-Compassion Scale” blev oversat af tre uafhængige personer først fra engelsk til færøsk, og derpå tilbage til engelsk. Derefter blev spørgeskemaet afprøvet i en mindre gruppe for umiddelbar forståelighed og anvendelighed.

Til sidst udføres en beregning af det totale gennemsnit, hvor der først er gennemført en reverse beregning af scoringen indenfor kategorierne Self-Judgment - Isolation - Over-Identification.

Derpå lægges resultaterne for samtlige kategorier sammen, og der udregnes et gennemsnitligt samlet score.

En samlet score, der falder indenfor værdierne 1.0 - 2.49 indikerer en lav selvmedfølelse.

En samlet mellem 2.5 - 3.5 indikerer en moderat selvmedfølelse.

En samlet 3.51 - 5.0 indikerer en høj selvmedfølelse (Neff, 2003, 2019).

Sagt på en anden måde vil resultatet af en høj score indikere, at du er god til at drage omsorg for dig selv. I denne undersøgelse forholder analysen sig udelukkende til den samlede score.

5.3.4 Et ekstra spørgeskema

Til indfrielse af de øvrige formål blev der desuden udviklet et ekstra spørgeskema, der indhentede demografiske data og data vedrørende tidligere graviditets- og fødselsoplevelser, samt søvnkvalitet og tidligere traumatiske oplevelser.

Det ekstra spørgeskema kom desuden omkring en aktuel selv vurdering af helbred og trivsel generelt, tanker, forventninger og forestillingerne om kommende, fødsel, amning og forældreskab, samt trivsel og kropslig velbefindende under sidste graviditet.

Inkluderet i det ekstra spørgeskema var også spørgsmål der var rettet mod brugen af sang og musik i hverdagen, herunder at synge for dit barn under graviditeten - synge for dine børn, og planer om at synge for barnet/børnene.

Spørgsmålene i det ekstra spørgeskema var i nogle tilfælde binære spørgsmål, hvor der kun var to svarmuligheder, men i langt de fleste spørgsmål var der et sæt af svarmuligheder.

I de tilfælde blev spørgsmålet besvaret ved at sætte et kryds ved det udsagn, som kom tættest på egenoplevelsen.

Det varierede om der var 3, 4 eller 5 svarmuligheder (en Likert-scale). I nogle få tilfælde kunne spørgsmålet besvares ved at sætte flere krydser.

5.4 Data-analyse

Til analyse af de tre spørgeskemaer blev der udført en statistisk analyse (Software: IBM SPSS version 28.0.1.1.).

Første trin i analysen var at udføre en deskriptiv statistikanalyse med en beregning af gennemsnit, standardafvigelse (SD), og procenter. Denne analyse giver et indtryk af målgruppen.

Andet trin var at gennemføre en række en-vejs ANOVA-analyser. Denne analyse undersøge hvorvidt nogle datagrupper adskiller sig væsentligt (signifikant) fra andre i relation til de fire test, som er anvendt i denne undersøgelse: Edinburgh Postnatal Depression Scale, der også rummer en screening for angst (EPDS-3A), Perceived Stress Scale (PSS), samt Self-Compassion Scale (SCS).

6. Resultater fra undersøgelsen

I dette afsnit beskrives resultaterne af den deskriptive statistikanalyse.

I de tilfælde, hvor det giver mening i forhold til antallet af svarmuligheder er der udført en beregning af minimum/maximum point, et gennemsnit og en standardafvigelsen.

Det er gennemgående for tabellerne, der rummer disse beregninger, at jo mindre tallet er, desto bedre er oplevelsen og situationen for deltagerne. Ergo gælder følgende: at desto højere tallet er, desto større er risikoen for at udvikle en fødsels-depression.

Eneste afvigelse i dette er tabellerne, der præsenterer deltagernes brug af deres netværk i afsnit 6.6.1. Sociale relationer.

6.1 Deskriptiv statistik af demografiske data

I Tabel 2 præsenteres den overordnede demografi af deltagerne i undersøgelsen.

Som tidligere nævnt har 424 kvinder deltaget i undersøgelsen (N=424) med en spredning på 17 til 43 år, og en gennemsnitsalder på 30 år.

For at kunne undersøge om der er en særlig aldergruppe, som er sårbar under graviditet, er der udført en aldersfordeling, der følger de færøske folkesundhedsundersøgelser inddeling.

Med denne inddeling fordeler kvinderne i undersøgelsen sig i tre grupper med 13% (55 kvinder) i alderen 17-24 år, 70% (298 kvinder) i alderen 25-34 år og 17% (71 kvinder) i alderen 35 - 44 år.

Kun 4% (18 kvinder ud af de 424 kvinder) er født udenfor Færøerne.

6.1.1 Civilstand

Langt størstedelen af kvinderne (95%) lever i et parforhold, og sammen med faderen til det kommende barn.

Kun få er alene om forældreskabet (5%).

Størstedelen har boet mere end 3 år på Færøerne (84%). Omkring 16% (67 kvinder) har boet mindre end 3 år på Færøerne og her oplyser de fleste, at de er vendt hjem til Færøerne efter at have studeret og arbejdet nogle år efterfølgende i udlandet.

Samlivsmønsteret for de fleste er, at begge forældre er tilstede i hverdagen (81%), mens at det for 19% forholder sig sådan, at de lever et såkaldt ”sømandsliv”.

Definitionen på et ”sømandsliv” er, at partneren er væk i flere uger af gangen med jævne mellemrum i den perinatale periode.

6.1.2 Boligforhold

Boligforholdene for familien i dag er præget af, at lige lidt over halvdelen ejer deres egen bolig (57%), mens en fjerdedel (25%) bor til leje og 18% (74 kvinder) bor i samme hus som deres forældre eller svigerforældre.

6.1.3 Uddannelse og indtægt

Lidt over halvdelen (55%) har en mellemlang (38%) eller lang uddannelse (17%), mens at 6% har folkeskole og 31% en ungdomsuddannelse (FHS, HF, HH, Gymnasie eller lignende).

Af de demografiske data fremgår det endvidere, at langt de fleste forsørger sig ved en fast lønindtægt i parforholdet (96%) og kun ganske få (4%) lever af andet så som SU, understøttelse og/eller kontanthjælp.

Størstedelen er i arbejde (85%), mens 9% ikke er i arbejde, hvoraf de 5% her skyldes, at de studerer.

6% er imidlertid sygemeldt i relation til graviditeten.

Variabel	N	Spredning	Gennemsnit / %
Alder	424	17-43 år	30
Gestationsuge	424	20-35	27
Oprindelsesland			
Færøerne			96%
Udenfor Færøerne			4%
Flyttet til FO	414		
For mere end 3 år siden			84%
For mindre end 3 år siden			16%
Marital status	424		
Er sammen med partner			95%
Er alene			5%
Samliv	412		
Bor ikke sammen med faderen til barnet			5%
Bor sammen med faderen til barnet			95%
Samlivsmønster	399		
Hjemmeboende			81%
Lever et "sømandsliv"			19%
Boligforhold	424		
Ejerbolig			57%
Bor til leje			25%
Bor i samme hus som forældre/ svigerforældre			18%
Uddannelse	424		
7-9 klasse			2%
10 klasse			4%
Stx, HF, FHS, HH			31%
Mellemlang uddannelse 3-4 år			38%
Lang uddannelse mere end 4 år			17%
Andet			8%
Arbejde	424		
I arbejde			85%
Ikke i arbejde, hvoraf 5% studerer			9%
Sygemeldt i relation til graviditet			6%
Indtægt	418		
Lønindtægt			96%
Uddannelsesstøtte (SU)			1%
Understøttelse (ALS)			1%
Social ydelse (Almannahjælp)			1%
Andet			1%

Tabel 2: Den overordnede demografi af deltagerne i undersøgelsen.

6.2 Graviditet og fødsel

Tabel 3 er om demografi omkring graviditet og fødsel. Der fremgår det, at omkring 1/3 af deltagerne er førstegangsfødende, mens omkring 2/3 har født før.

Langt de fleste har gennemført en vaginal fødsel, mens tæt på 1 ud af hver 5. kvinde har oplevet at få kejsersnit.

Omkring en trediedel har oplevet udfordringer under sidste graviditet og sidste fødsel, og hele 15% har oplevet en fødsel chokerende og traumatisk. Størstedelen har et barn eller to børn, mens 17% har 3 børn eller flere. 2% har mistet deres første barn.

Den selvvaluerede mentale sundhed og kropslige velbefindende under sidste graviditet er generelt god.

Kun 8% har vurderet deres mentale sundhed under sidste graviditet til at være "ikke så god" eller at være decideret "dårlig" og 11% havde en "ikke så god" oplevelse eller en decideret "dårlig" oplevelse af kroppens velbefindende under sidste graviditet (se udregning af standardafvigelse, gennemsnit for score, samt pointfordeling i Tabel 4).

Variabel	N=424	%
Fødsel		
Førstegangsfødende	143	34%
Flergangsfødende	281	66%
Flergangsfødende	N=281	
Vaginal	230	82%
Kejsersnit	51	18%
Børn	N=280	
0 barn	5	2%
1 barn	132	48%
2 børn	96	35%
3 børn	37	13%
4 børn	10	4%
Udfordringer i sidste graviditet	N=281	
Ja	97	35%
Nej	184	65%
Udfordringer ved sidste fødsel	N=280	
Ja	111	40%
Nej	169	60%
Traumatisk oplevelse i relation til fødsel	N=281	
Traumatisk fødselsoplevelse	43	15%

Tabel 3: Demografiske data omkring graviditet og fødsel.

Variabler	N=281	Point	Min-Max	Mean	SD
Selv vurderet mental helse under sidste graviditet		1-5	1-5	1.94	0.96
Selv vurderet kropslig velbefindende under sidste graviditet		1-5	1-5	2.08	1.02

Tabel 4: Selvvurderede mentale sundhed og kropslig velbefindende under sidste graviditet.

6.3 Kommende fødsel og tanker om at skulle være mor og amning.

I dette afsnit præsenteres resultater, der vedrører tanker om kommende fødsel.

Dette inkluderer en selvsvurdering af - 1) tillid til sig selv og egen krop til at gå fødslen imøde, - 2) forventningens glæde, tanker om - 3) forældrerollen og - 4) kommende fødsel.

Afsluttende præsenteres resultater af spørgsmål vedrørende amning.

Tabel 5 giver en oversigt over antal besvarelser til hver enkelt spørgsmål, mulig point-fordeling samt udregning af minimum/maximum point, et gennemsnit samt en beregning af standardafvigelsen.

6.3.1 Forventninger og forestillinger, der vedrører kommende fødsel og forældrerollen.

Hos omkring halvdelen (52% svarende til 219 deltagere) forholder det sig sådan, at de glæder sig og ser frem til fødslen.

Hos 165 deltagere (39%) forholder det sig sådan, at glæden fylder mest ved udsigten til den kommende fødsel, men der er også en bekymring til stede for, om de kan klare den kommende fødsel.

Hos næsten 9% (ialt 40 deltagere) fylder bekymringen og ængstelsen for den kommende fødsel rigtig meget, hvoraf at 21 kvinder (5%) er decideret bange for den kommende fødsel og derfor kan beskrives til at have fødselsangst.

Glæden ved udsigten til at blive mor er stor og forestillingen om at blive en god mor er stærk. Langt de fleste glæder sig rigtig meget til at blive mor, og kun de sidste 6% glæder sig kun lidt, hvoraf 1% slet ikke glæder sig til at blive mor.

Forestillingen om at kunne indtage moderrollen er tilsvarende sikker hos størstedelen (88%) og det er kun få (12%), der udtrykker en lille usikkerhed omkring at klare opgaven samtidig med, at de glæder sig at blive mor.

Der er også en stor tillid til sig selv og til egen krop (89%) i forhold til kommende fødsel.

10% har en nogenlunde tillid til sig selv og til egen krop om at klare den kommende fødsel, mens kun 1% ikke har så meget tillid til sig selv og egen krop eller slet ingen.

6.3.1 Amning

Til spørgsmålet omkring amning er der 423 besvarelser. Næsten alle (94%) har et ønske om at amme deres barn efter fødslen.

Der er kun 1% (5 kvinder), der siger decideret nej til at have en plan om at amme.

De sidste 5% (20 kvinder) har endnu ikke taget stilling og en beslutning til dette spørgsmål.

Omkring 272 kvinder (64%) har erfaring med at amme, og af dem har 45% (190 kvinder) haft en god oplevelse med at amme.

Der 50 kvinder (12%), som har nogle rigtig kedelige erfaringer med at amme.

10 kvinder ud af disse (25 kvinder) har dårlige erfaringer med at amme.

Variabler	N=424	Point	Min-Max	Mean	SD
Tillid til sig selv og sin krop	N=422	1-5	1-5	1.66	0.72
Forventningens glæde	N=423	1-4	1-4	1.22	0.55
Selvvalueret forældrekompetence	N=422	1-3	1-2	1.12	0.33
Forestillinger om kommende fødsel	N=424	1-4	1-4	1.63	0.79

Tabel 5: Forventninger og forestillinger i relation til kommende fødsel og forælderrollen.

6.4 Selvvurderet helbred og trivsel i krop og sind, samt søvn og kropslig aktivitet

I det følgende præsenteres resultaterne på variable, der omhandler en selvvurdering af helbred og trivsel i sin helhed, samt en selvvurdering af hvor velbefindende kroppen opleves både med et fysiologisk og psykologisk perspektiv.

Dette inkluderer en vurdering af egenoplevelse af kropsbevidsthed.

Til sidst i afsnittet præsenteres resultaterne af oplevet søvnkvalitet og i hvilken grad der ønskes større kropslig aktivitet.

Tabel 6 giver en oversigt over variablerne, antal besvarelser til hver enkelt spørgsmål, samt mulig point-fordeling og udregning af minimum/maximum point, samt et gennemsnit og en beregning af standardafvigelsen.

Resultatet fra en selvvurdering af helbredstilstanden alt i alt samt trivslen er, at det er meget få kvinder (1%), som oplever, at trivslen er "mindre god" eller decideret "dårlig", eller oplever at deres helbredstilstand alt i alt er "mindre god" eller decideret "dårlig".

Størstedelen oplever (99%), at helbredet alt i alt er godt og at de trives.

Resultatet af spørgsmålene, som retter en fokuseret opmærksomhed ind på kroppen er nogenlunde det samme.

Langt de fleste (omkring 85%) oplever, at kroppens helbred er god og 84% føler en veltilpashed i kroppen.

Det er igen meget få (5-6%), der ikke oplever kroppens helbred god eller decideret føler sig utilpas i kroppen.

Selvvurderingen af kropsbevidsthed, evnen til at lytte til kroppens signaler, er ligeledes god hos langt de fleste (83%).

Der er ingen som oplever at have en dårlig kropsbevidsthed, og der er kun 7%, der oplever en "mindre god" kropsbevidsthed eller evne til at lytte til kroppens signaler.

Resultatet af forespørgslen til et ønske om at

kunne være mere kropslig aktiv svarer de fleste (85%), at de har et ønske om at kunne være mere kropslig aktive.

6.4.1 Søvnkvalitet

I alt 422 kvinder har besvaret spørgsmålene omkring søvn.

I forhold til at have en oplevelse af at være udhvilet og sove nok, så oplever omkring 14% (59 kvinder) aldrig eller næsten aldrig at være udhvilet eller at sove nok.

Dog oplever omkring halvdelen (53%) at sove nok og at være udhvilet, og omkring 33% har en oplevelse af, at det sker, at de er udhvilede, men bare ikke helt tit nok.

Årsagerne til ikke at føle sig udhvilet og sove nok er forskellige, men størstedelen knytter sig til det at være gravid.

For mange, 47% ud af dem, som aldrig eller næsten aldrig oplever sig udhvilet, skyldes dette at skulle op på toilet eller gener som ofte opstår i forbindelse med graviditet såsom bækkenløsning, lændesmerter, halsbrand, en meget varm krop og at sove mere let under graviditeten.

Til eksempel kan det være svært at finde en behagelig stilling at ligge og sove i, der ikke giver ubehag eller smerteoplevelse i bækken og lænd.

Der er urofornemmelse i kroppen og nogle få beskriver også at have tankemylder af ængstelig karakter.

Andre igen oplever sig forstyrret af, at barnet sparker.

Andre faktorer, som forstyrrer en god nattesøvn, er larm i eller udenfor huset (8%) eller det at skulle tage sig af børn (16%) i løbet af natten.

Variable	N=424	Point	Min-Max	Mean	SD
Selvurderet helbred alt i alt	424	1-5	1-5	1.9	0.73
Selvurderet trivsel	424	1-5	1-4	1.69	0.7
Selvurderet kropslig helbred	424	1-5	1-5	2.25	0.78
Selvurderet kropslig velbefindende	424	1-5	1-5	2.2	0.81
Selvurderet kropsbevidsthed	421	1-5	1-5	2.23	0.84
Søvn / følelse af at være udhvilet	422	1-3	1-3	1.61	0.72
Ønske om større kropslig aktivitet	424	1-3	1-3	1.21	0.51

Tabel 6: Selvvurderet helbred og trivsel i krop og sind, samt søvn og kropslig aktivitet.

6.5 Psykisk lidelse samt selvvrurderet chokerende og traumatiske oplevelser

I dette afsnit fokuseres der på at præsentere resultaterne fra undersøgelsen, der beskriver de vilkår, som psykisk lidelse og oplevelser, der af kvinderne selv vurderes til at være af en chokerende og traumatisk karakter. Dette inkluderer resultater for deltagernes oplevelser af misbrug, selvmord, depression eller selvskade i den nærmeste familie.

Tabel 7 præsenterer en oversigt over fordelingerne, der beskrives ved hjælp af procenter.

6.5.1 Har eller har haft en psykisk lidelse i mindre end eller mere end 6 måneder

For at undersøge om psykisk lidelse er en sårbarhedsfaktor i forhold til at bevare den mentale sundhed er deltagerne i forskningsprojektet blevet bedt om at angive, om de på tidspunktet for besvarelse af spørgeskemaet har eller har haft en psykisk lidelse, som har stået på i mindre end eller mere end 6 måneder.

Den psykiske lidelse kunne både være en diagnostiseret lidelse, men også en selvvrurderet psykisk lidelse.

Spørgsmålet har vist sig at være komplekst i sin udformning, derfor fokuserer opgørelsen af resultatet på en præsentation i en forenklet form.

Først præsenteres, hvordan fordelingen er på ja/nej til at have haft en psykiske lidelse uanset længe. Derpå præsenteres resultatet af den statistiske udregning om hvorvidt lidelsen har varet mindre end eller mere end 6 måneder.

Omkring 7% (29 personer) bekræfter, at have haft en psykisk lidelse, der både varede mindre end og mere end 6 måneder.

Disse indgår derfor kun i opgørelsen af at have haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder. De fleste har beskrevet, hvad deres psykiske lidelse bestod i.

Generelt forholder det sig sådan, at de psykiske lidelser, der nævnes fortrinsvis uanset varighed er angst, depression og stress. Har den psykiske lidelse stået på i mere end 6 måneder nævnes diagnoser som til eksempel ADHD/ADD, skizotypi, samt bipolaritet.

Resultatet af undersøgelsen er, at 66% (278 deltagere) ud af 424 personer oplyser, at de aldrig har haft en psykisk lidelse, mens 146 kvinder (34%) oplever at have en psykisk lidelse eller har oplevet at have haft en psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet mindre end 6 måneder eller mere end 6 måneder.

Andelen, der oplever at have en psykisk lidelse, der har stået på i mindre end 6 måneder er 2% (9 personer), mens 14% (59 personer) bekræfter at have oplevet at have haft en psykiske lidelse, der varede mindre en 6 måneder.

Ialt 7 % (31 personer) oplever at have en psykisk lidelse nu, som har stået på i mere end 6 måneder, og 11% (47 personer) bekræfter, at have haft en psykisk lidelse, der har varet i mere end 6 måneder.

Der er ialt 389 kvinder, der har svaret på spørgsmålet vedrørende medicinbrug, og her viser resultatet, at meget få (ialt 11 kvinder, 3%) bekræfter at tage medicin i tilknytning til en psykisk lidelse.

6.5.2 Selvvrurderede oplevelser af chokerende og traumatiske karakter

Lidt over halvdelen bekræfter, at de har haft tidligere oplevelser af en chokerende og traumatisk karakter.

I spørgeskemaet var det desuden muligt at præcisere den chokerede og traumatiske oplevelse ved at sætte kryds ved et eller flere bud på traumatiske oplevelser (se Tabel 7).

De forskellige traumatiske oplevelser fylder mest i nævnte rækkefølge: - 1) at have mistet et nærtstående, - 2) oplevet en svær og problematisk opvækst, - 3) oplevet fysisk og/eller psykisk overgreb (seksuelt overgreb, ydmygelser, chikane), - 4) at skulle gå en skilsmisse igennem, - 5) oplevet fysisk vold (slået, sparket), - 6) andet eller ikke oplyst.

Ud af 236 personer har ialt 117 kvinder (49%) haft en enkelt chokerende og traumatisk oplevelse, 27% (63 deltagere) har haft ialt to chokerende og traumatiske oplevelser, og 33 kvinder (14%) har haft tre, og 23 kvinder (10%) har haft 4 eller op til ialt fem chokerende og traumatiske oplevelser.

Ligeledes er det tæt på halvdelen (45%), som har oplevet misbrug, selvmord, depression eller selvskade i nærmeste familie.

Variabel	N	Procent
Psykisk lidelse	N=424	
Har ikke haft en psykisk lidelse	278	66%
Har eller har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder	78	16%
Har eller har haft en psykisk lidelse i mindre end 6 måneder	68	18%
Medicinforbrug	N=389	
Ja	11	3%
Nej	378	97%
Selv vurderet chokerende og traumatisk oplevelse	N=424	
Ja	236	56%
Nej	188	44%
Karakteren af chokerende og traumatiske oplevelse(r)*	N=236	
Mistet nærtstående	99	23%
Skilsmisse	44	10%
Svær og problematisk opvækst	68	16%
Fysisk vold (slået, sparket etc)	19	5%
Fysisk eller psykisk overgreb (seksuelt overgreb, ydmygelser, chikane)	65	15%
Andet/Ikke oplyst	42	10%
Misbrug, selvmord, depression, selvskade i nærmeste familie	N=424	
Ja	190	45%
Nej	234	55%

Tabel 7: Oversigt over psykisk lidelse, medicinforbrug og chokerende og traumatiske oplevelser.

* Det er muligt at have oplevet en eller flere af de beskrevne traumatiske oplevelser, derfor kunne der sættes flere krydser i skemaet.

6.6 Sociale relationer og social støtte

Sociale relationer belyses i denne undersøgelse inspireret af en strukturel dimension som også indgår i de nationale generelle sundhedsundersøgelse i Danmark og på Færøerne.

Den strukturelle dimension belyses ud fra følgende spørgsmål: "Hvor ofte er du i kontakt med "familie" og "venner og bekendte" som du ikke bor sammen med", "kolleger i fritiden", "naboer" eller "personer, som du har kontakt med gennem mail, chat eller lignende".

Til spørgsmålet var det muligt at svare: "dagligt", "ofte", "af og til" "sjældent" eller "aldrig".

Det blev samtidig undersøgt om deltagerne havde nogen de kunne søge støtte og hjælp hos, hvis de havde personlige problemer, eller havde brug for støtte i dagligdagen. Til dette spørgsmål var det muligt at svare: "Ja, altid"; "Ja, for det meste"; "Nej, almindeligvis ikke"; "Nej, aldrig".

6.6.1 Sociale relationer

Tabel 8 giver et overblik over, hvordan de sociale relationer fordeler sig for deltagerne i nærværende undersøgelse.

For Tabel 8 gælder det, at desto højere tallet er desto bedre er netværket.

Af undersøgelsen fremgår det, at langt de fleste deltagere (91%) er i kontakt med deres familie hver dag eller ofte, mens 9% kun er i kontakt med deres familie af og til, sjældent eller aldrig.

Kontakten til venner og bekendte er også stærk, men her gælder det, at for omkring 17% har de kontakt med venner og bekendte hver dag, mens den største procentdel af deltagerne (51%) ofte har kontakt til venner og bekendte.

Omkring 27% af deltagerne har kontakt af og til, mens de sidste 5% kun har kontakt sjældent eller aldrig med venner og bekendte.

Omkring 25% af deltagerne er i kontakt med kollegaer i fritiden enten hver dag (7%) eller ofte (18%), mens at det forholder sig sådan, at de resterende 75% af deltagerne er kontakt med kollegaer i fritiden af og til (34%), sjældent (26%) og aldrig (16%).

Kontakten til naboer er endnu mindre igen. Omkring 18% ialt er i kontakt med naboer hver dag (4%) eller ofte (14%), mens at de resterende 82%

af deltagerne kun er i kontakt med deres naboer af og til (35%), sjældent (28%) eller aldrig (20%).

Derimod stiger kontakten igen til andre igennem mail og chat. Her er 15% af deltagerne i kontakt med deres netværk hver dag, 27% er det ofte, mens 31% af deltagerne kun er i kontakt med deres netværk af og til, sjældent (15%) eller aldrig (12%) gennem mail og chat.

6.6.1.1 Kontaktfladens omfang

Nærstuderer deltagerens kontaktflade, der som nævnt ovenfor består af 5 forskellige mulige kontaktflader (familie, venner/bekendte, kollegaer i fritiden, naboer eller netværk igennem mail/chat) viser det sig, at 2% ikke er i kontakt med nogen, og omkring 19% kun har en eller to kontaktflader.

Altså er der 21% af deltagerne, som enten ingen kontaktflade har eller kun har en eller to kontaktflader.

De resterende 79% af deltagerne har 3 kontaktflader (27%), 4 kontaktflader (29%) eller 5 kontaktflader (23%).

6.6.1.2 Social støtte

I undersøgelsen af tilgængelig social støtte svarede 98% af deltagerne bekræftende på, at det havde de altid (82%) eller for det meste (16%), mens 2% af deltagerne afdækkede, at det havde de almindeligvis ikke eller aldrig.

Netværk	N	Point	Min-Max	Mean	SD
Familie	424	1-5	1-5	4.43	0.73
Venner/bekendte	424	1-5	1-5	3.81	0.78
Kollegaer/fritid	424	1-5	1-5	2.75	1.13
Naboer	423	1-5	1-5	2.54	1.01
Kontakt gennem mail/chat	423	1-5	1-5	3.20	1.21
Social støtte	423	1-4	1-4	3.80	0.46

Tabel 8: Sociale relationer

6.7 Resultaterne af en national screening af mentale sundhed

I det følgende afsnit vil resultaterne fra undersøgelsen af de færøske kvinders trivsel og mentale sundhed under graviditet blive præsenteret.

Herunder kortlægge a) tegn på depression og b) angstniveau, og c) niveauet af stress under graviditet. Resultaterne fra et statistisk komparativt studie bliver også præsenteret. Denne undersøgelse kortlægger, hvorvidt de, der udviser tegn på risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditeten, er de samme, som har tegn på at udvikle en fødselsdepression efter fødslen.

I Tabel 9 præsenteres de forskellige variabler/screeningsredskaber, antal besvarelser (N) der indgår i statistikken, den mulige pointfordeling i testen, en bestemmelse af minimum og maximum og gennemsnitligt point-score, samt hvad standardafvigelsen har været i nærværende undersøgelse.

“T1” repræsenterer screeningsresultatet under graviditet og “T2” repræsenterer screeningsresultatet efter fødsel.

6.7.1 Resultat af screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale under graviditet

Resultatet af screening under graviditet (T1) viste en variation mellem 0-26 point med et gennemsnit på 5,89 point og en standardafvigelse på 4,47 (se Tabel 10).

Resultaterne af screeningen under graviditet (T1) faldt på følgende måde i de tre grupper: 82% havde en score på 0-9 point, hvilket indikerer trivsel og overskud til at håndtere dagligdagen, 10% en score på 10-12 point og 8% havde en score på 13 point eller derover (se Tabel 10).

Da alt over 10 point anbefales ekstra opmærksomhed og sundhedsfremmende interventioner, klinisk udredning og/eller behandling lægges resultatet af de to grupper sammen.

Med en cut-off score på 10 viser det samlede resultat dermed et behov for en tidlig og sundhedsfremmende indsats af forskellig intensitet på 18%.

6.7.1.1 De ekstra jordemoderkonsultationer ved en EPDS score på 10-12 point.

Som beskrevet i retningslinierne i afsnit “5.3.1.1 Retningslinier knyttet til EPDS score” fik alle, der tilhørte gruppen med et EPDS screeningsresultat på 10-12 point, en eller to ekstra konsultationer hos jordemoder (forskningsassistent). Ved en gennemgang af henvisninger til Sertoy-mið barnsburðartunglyndi fremgår det, at ingen i denne gruppe, havde brug for at blive visiteret videre til nærmere udredning eller behandling.

6.7.2 En sammenholdelse af screening med EPDS under graviditet og efter fødsel.

Til gennemførelse af det statistiske komparative studie indgår 382 screeninger med Edinburgh Postnatal Depression Scale efter fødsel, der blev fundet i arkiverne hos Gigni (EPDS-T2).

Der mangler 42 screeninger, hvilket svarer til 10%. Årsagen til dette er flere. Nogle fravalgte tilbuddet om screening efter fødslen. Andre igen var flyttet.

Resultatet af 382 screeninger efter fødsel (T2) varierer mellem minimum 0 point til maximum 22 point, hvilket er 2 point lavere end højeste EPDS score under graviditet.

Gennemsnittet for EPDS score er 1,44 point lavere efter fødsel, ligesom standardafvigelsen også er lidt lavere efter fødsel (se Tabel 9).

Gruppen, der ifølge EPDS score formodes at trives efter fødsel er større end under graviditet. Der ses også et betydeligt fald i antallet af deltagere, der scorer enten 10-12 EPDS point, eller 13 EPDS point og derover.

Resultaterne af screeningen efter fødsel (T2) viser med en cut-off score på 10, at behovet for en tidlig indsats mod fødselsdepression er faldet fra 18% til 11% efter fødsel (se Tabel 10).

6.7.2.1 Er det de samme deltagere, som er i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel?

For at undersøge, om det er de samme kvinder, som er i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel, sammenholdes EPDS screeningsresultatet fra graviditet med EPDS screeningsresultatet efter fødsel.

Det er konkret undersøgt, hvorvidt der sker en bevægelse fra at være i risiko for at udvikle en fødselsdepression (at have en point score på 10 EPDS point eller derover), til at have det bedre efter fødsel (at have en point score på 9 EPDS point og derunder). Det er ligeledes undersøgt om

den modsatte bevægelse sker, hvor EPDS screeningsresultatet er på 9 EPDS point eller mindre under graviditet, men på 10 EPDS point eller derover efter fødsel.

Tabel 11 viser bevægelsen af EPDS screeningsresultatet fra graviditet til efter fødsel.

77% (296 deltagere) er hverken i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet eller efter fødsel.

For 5% (20 deltagere) sker der en bevægelse fra ikke at være i risiko under graviditet, til at være i risiko for at udvikle en fødselsdepression efter fødsel.

For lidt mere end det dobbelte, 12% (44 deltagere), sker der en bevægelse fra at være i risiko under graviditet, til ikke at være i risiko for at udvikle en depression efter fødsel.

Der er 6% (22 deltagere), der både er i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel (se Tabel 11).

Dét, som kendetegner gruppen, som er i risiko for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel er, at stort set alle har 1) haft tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter, samt 2) oplevet misbrug, selvmord, depression eller selvskade i nærmeste

familie, og har et højt 3) angst og 4) stress niveau under graviditet og ligeledes angst efter fødsel.

Omkring totrediedel har desuden haft en 5) psykisk lidelse.

De fleste i gruppen er flergangsfødende. Det er ikke fundet, at manglende netværk og søvn er kendetegnende for denne gruppe.

6.7.3 Tilstedeværelse af angst under graviditet (T1) og efter fødsel (T2) ved EPDS-3A

Table 12 præsenterer resultatet af en evaluering af angstniveauet med EPDS-3A.

Opgørelsen af T1 afslører, at 23% viser indikation på angst, mens 77% ingen indikation har på angst under graviditet (se tabel 12).

En sammenholdelse afslører, at EPDS spørgeskemaet i sig selv og det samlede EPDS point score ikke formår at spore 9%, der har angst i sådan en grad, at en indsats mod angstniveauet anbefales.

14% er dækket ved kun at fokusere på den totale EPDS score (se Tabel 12).

Som det fremgår af tabellen (se Tabel 9) er der en forskel på 9 deltagere fra den totale beregning af EPDS til kun at fokusere på EPDS-3A.

Variabler	N	Point	Min-Max	Mean	SD
EPDS T1	424	0-30	0-26	5.89	4.47
EPDS-angst T1	424	0-9	0-9	2.96	1.95
EPDS T2	382	0-30	0-22	4.45	3.98
EPDS-angst T2	373	0-9	0-9	2.27	1.90

Tabel 9: Screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Variabler	T1(N=424)	T2 (N=379)
EPDS 0-9	82%	89%
EPDS 10-12	10%	6%
EPDS 13+	8%	5%

Tabel 10: Præ- og post-test-resultat med EPDS

Variabel	N=382	Procent
Ikke i risiko - hverken under graviditet eller efter fødsel	296	77%
En bevægelse fra ikke at være i risiko under graviditet til at være i risiko efter fødsel	20	5%
En bevægelse fra at være i risiko under graviditet til ikke at være i risiko efter fødsel	44	12%
I risiko både under graviditet og efter fødsel	22	6%

Tabel 11: Bevægelse af EPDS screeningsresultatet under graviditet og efter fødsel.

Dette skyldes, at opgørelsen af den totale EPDS score eksisterede, men opgørelse af hvert spørgsmål i EPDS-spørgeskemaet eksisterede ikke hos de manglende 9 deltagere.

Opgørelsen af T2 afslører, at 14% viser indikation på angst, mens 86% ingen indikation har på angst (se Tabel 12). Dette viser en betydelig lavere tilstedeværelse af angst efter fødsel.

Gennemsnittet for EPDS-3A var 2.27 (SD = 1,90; spændvidde: 0-9) (se Tabel 9).

En sammenholdelse afslører, at screening med EPDS-spørgeskemaet alene ikke formår at spore 5%, der oplever angst i sådan en grad, at interventioner mod angstniveauet anbefales.

9% er dækket ind af EPDS-screeningen alene (se Tabel 12).

Variabler	T1 (N=424)	T2 (N=373)
EPDS-3A		
0-4 point (Ingen angst)	77%	86%
5 point og derover (Angst)	23%	14%
Dækket af EPDS screening	14%	9%
Ikke dækket af EPDS screening	9%	5%

Tabel 12: T1 og T2 screeningsresultat med EPDS-3A (angst)

6.7.4 Stress under graviditet.

I undersøgelsen af stress med Perceived Stress Scale (PSS) under graviditet svarede 422 deltagere på dette spørgeskema (N=422).

Fordelingen af pointscore faldt mellem 0 og 31 point, hvor max kan være 40 point.

Der blev fundet en middelværdi på 10.81 og en standardafvigelse på 6.11.

Resultatet af nærværende undersøgelse viser, at 15% har et bekymrende højt stressniveau under deres graviditet, hvoraf 3% kommer under kategorien et behandlingskrævende stressniveau.

Relateret til EPDS-spørgeskemaet afsløres det, at Edinburgh Postnatal Depression Scale ikke at spore 3% af de deltagere som PSS evaluerer til at have et bekymrende stressniveau.

85% betragtes som ikke at være belastet af stress.

6.8 Selvmedfølelse og egenomsorg

Spørgeskemaet viste sig at være komplekst og krævende at udfylde. Samtidig var det meget tidskrævende. Der er ialt indsamlet 413 besvarelser under graviditet.

Lidt over halvdelen (57%, 237 deltagere) scorede højt, hvilket indikerer en god evne til at give sig selv egen-omsorg og selv-medfølelse.

Af disse er der 7% (27 deltagere), der har en lav score, hvilket indikerer en lav selv-medfølelse og egenomsorg. 36% (149 deltagere) har en moderat score på SCS, hvilket indikerer en moderat selv-medfølelse og egenomsorg.

6.8.1 Mestringsstrategier og self-efficacy

Et væsentlig element i at bevare en mental sundhed er at kunne mærke egne ressourcer og begrænsninger, og gøre brug af de redskaber, som støtter disse.

Derudover er forståelsen af egenindflydelse på egen trivsel og sundhed generelt også af stor værdi.

På spørgsmålet om egenindsats har betydning for egen trivsel og sundhed var der fem svarmuligheder:

”Særlig vigtig”, ”Vigtig”, ”Af nogen betydning”, ”Har ingen betydning”, ”Slet ikke vigtig”.

Ud af 424 deltagere oplever 287 deltagere (68%), at egenindsats i forhold til mental sundhed er ”særlig vigtig” og 130 (31%) oplevede egenindsats ”vigtig”, mens kun 7 kvinder (1%) oplevede egenindsats ”af nogen betydning” for at håndhæve en god mental sundhed.

I undersøgelsen af, hvilke redskaber, der umiddelbart gøres brug af til at berolige sig selv og rumme udfordrende situationer af følelsesmæssig karakter, og/eller give sig selv egenomsorg, var der forskellige valgmuligheder, og der kunne sættes flere krydser:

1) at finde en person at tale med, 2) at overveje, hvordan man kunne bedre situationen, 3) kropslig udfoldelse/gå en tur, træne etc., 4) græde, 5) læse, 6) lytte til musik, 7) andet.

Fordelingen af strategierne var som følger: 87% finder en person at tale med, 47% overvejer, hvordan de kan slippe ud af situationen, 38% græder eller sørger, 30% bruger kropslig udfoldelse, 29% lytter til musik, 9% læser og 12% bruger andre metoder.

Ved anvendelsen af andre metoder er det, at se serier/fjernsyn, den mest foretrukne metode til at aflede sig selv, dernæst kommer aktiviteter såsom, at strikke, gå en tur, sove, rydde op og gøre rent eller at bede/gå til møde.

Få nævner også aktiviteter som at lave sig en kop te eller kaffe, udføre kreative handlinger, at digte, tegne, synge eller lytte til musik/podcasts, meditere og udføre mindfulde øvelser som mulige strategier til at berolige sig selv eller give sig selv egenomsorg.

6.9 Brug af musik i hverdagen

I det ekstra spørgeskema var der også spørgsmål, der undersøgte sangens og musikkens rolle for deltageren. Dette med afsæt i en forståelse af, at musik- og sangaktiviteter er mulige redskaber til selv-regulering af fysisk, emotionelle og relationelle tilstande.

Her var flere svarmuligheder, se Tabel 13, og det var muligt at sætte flere krydser.

Opgørelsen afdækkede følgende funktioner eller effekter af musikken:

- 1) til at slappe af (80%)
- 2) til at få mere energi (65%)
- 3) til regulering af stemningsleje (64%)
- 4) som et middel til at forbedre og styrke koncentration (33%)
- 5) i kirke eller anden form for menighed (28%), -
- 6) til at udtrykke følelser (19%)
- 7) til at blive klogere på sig selv (15%).

Kun 5% bruger ikke musik til noget i hverdagen.

6.10 Aktiv musikudøvelse i form af at spille på et instrument eller synge i hverdagen

En stor del af deltagerne (69%) er vokset op med at synge og spille på instrumenter i deres barndomshjem (se Tabel 13) og omkring halvdelen (52%) oplyser, at de har været eller er aktive korsangere.

På spørgsmålet om deltagerne kunne finde på at synge for sig selv eller synger med, når de lytter til musik i radio eller på anden måde, er svaret et stort "Ja" (95%).

6.11 Synger for barnet i maven og synger for sit barn/sine børn

I opgørelsen af gruppen i sin helhed, uden at tage hensyn til om det er første graviditet for deltageren eller en deltager, som har født før, viser

resultatet, at 74% (313 deltagere) bekræfter, at synge for deres barn uanset om det er for barnet i maven eller for/sammen med barnet/børnene derhjemme.

26% (111 deltagere) synger ikke for barnet eller børnene, eller har ikke bevidst taget stilling til dette som noget, der kunne gøres for barnet under graviditeten.

Rettes opmærksomheden ind på de deltagere, som er gravide for første gang, 143 deltagere, hvilket svarer til 34% af den samlede gruppe på 424 deltagere, så skal der et bevidst valg til for at vælge at synge for barnet, som befinder sig i maven.

Undersøgelsen afdækker her, at 26% (37 deltagere) ud af 143 deltagere bekræfter, at de synger for deres barn i maven, mens 22% (32 deltagere) har svaret nej til, at de synger for deres barn, og så er der 52% (74 deltagere), der ikke har svaret på spørgsmålet.

Her har 5 deltagere beskrevet, at årsagen til, at de ikke har besvaret spørgsmålet er fordi de venter deres første barn. Noget kunne derfor tyde på, at årsagen til, at spørgsmålet ikke er besvaret hos de, som er gravide for første gang, er fordi, at der ikke er taget bevidst stilling til, om de ønsker, at synge for barnet i maven eller ikke.

Ud af de 281 kvinder (66% af den samlede gruppe på 424 deltagere), der har født før og har barn/børn derhjemme, bekræfter 276 deltagere (98%), at de synger for dette/disse, mens kun 4 kvinder (2%) oplyser, at de ikke synger for deres barn/børn.

6.11.1 Plan om at synge for eller med barnet efter fødsel

For alle deltagere i undersøgelsen samlet, flergangsfødende og førstegangsfødende, bekræfter 94% (399 deltagere) ud af 424 besvarelser, at de har planer om at synge for barnet, når det bliver født. 6% (25 deltagere) har ingen planer om dette endnu.

For de deltagere, der er gravide for første gang (143 deltagere) svarer 93% (132 deltagere), at de har planer om at synge for deres barn efter fødslen. 7% (9 deltagere) giver udtryk for, ikke at have planer om at synge for barnet efter fødsel.

Variabel	N	Procent
Blev der sunget og spillet på musik-instrumenter i barndomshjemmet	N=424	
Ja	291	69%
Nej	133	31%
Har sunget i kor - eller synger i kor	N=424	
Ja	220	52%
Nej	204	48%
Ja	404	95%
Nej	20	5%
Første graviditet og flergangsfødende: At synge for barnet/børnene	N=424	
Synger for sit barn/børn	313	74%
Synger ikke for sit barn/sine børn, eller har ikke taget stilling	111	26%
Gravid for første gang og flergangsfødende: Plan om at synge for sit barn/sine børn	N=424	
Har planer om at synge for sit barn efter fødslen	399	94%
Har ikke planer om at synge for sit barn efter fødsel	25	6%
Gravid for første gang: At synge for barnet under graviditet	N=143	
Synger for sit barn i maven	37	26%
Har ikke besluttet at synge for sit barn i maven	74	52%
Synger ikke for sit barn i maven	32	22%
Gravid for første gang: plan om at synge for barnet efter fødsel	N=143	
Har planer om at synge for sit barn efter fødslen	132	93%
Har ikke planer om at synge for sit barn efter fødsel	9	7%
Ved ikke det ikke endnu	1	
Flergangsfødende: at synge for barnet/børnene	N=282	
Synger for sit barn/sine børn derhjemme	276	98%
Synger ikke for sit barn/sine børn derhjemme	4	2%

Tabel 13: Oversigt over aktiv brug af sang og musikudøvelse på instrument.

7. Risikofaktorer, der udfordrer trivsel og mental sundhed under graviditet.

Der er udført en en-vejs ANOVA beregning i forhold til indikation på risiko for at udvikle fødselsdepression (EPDS), angst (EPDS-3A), stress (PSS) samt i forhold til selv-medfølelse og egenomsorg (SCS), ved at studere forskellen mellem to grupper når den er større end 10%.

Til eksempel kan nævnes, at der ikke er udført ANOVA beregning, hvis fordelingen mellem de to grupper til eksempel var 95% versus 5% da dette giver for få i sammenligningsgruppen.

Dette betyder, at der ikke er gennemført ANOVA beregninger på følgende data: Gestationsuge - Ægteskabelig status - Bor sammen med faderen til barnet eller ikke - Uddannelse - Arbejde - Indtægt”.

Tabellerne 14 til og med 17 giver en oversigt over de data som viser en signifikant forskel i fordelingen mellem to grupper. En forskel med en p-værdi på $<0,05$ betragtes som signifikant.

7.1 Generelt demografi.

Ud af de 424 kvinder, som har deltaget i undersøgelsen er 13% (55 kvinder) unge gravide i alderen 17-24 år.

Resultaterne af undersøgelsen peger på, at det at være ung og gravid giver en signifikant større sårbarhed i forhold for at udvikle fødselsdepression, have angst eller være belastet med stress under graviditeten (se Tabel 14).

Det er ligeledes signifikant belastende at have boet mindre end 3 år på Færøerne efter at have boet i udlandet i nogle år.

Ialt 16% (67 personer) har boet op til 3 år på Færøerne. Enten er de tilflyttere eller er indenfor 3 år vendt tilbage til Færøerne efter at have boet i udlandet igennem studietiden (se Tabel 14).

Et sidste resultat viser, at ialt 18% (74 personer) bor i samme hus som deres forældre/svigerforældre.

Dette resultat peger på, at dette vilkår giver en signifikant større sårbarhed overfor at udvikle en

fødselsdepression og angst under graviditeten (se Tabel 14).

7.2 Fødsel og graviditet

Resultaterne af undersøgelsen peger på, at det at vente sit første barn i signifikant større grad bevirker ængstelse i sådan en grad, at det er nødvendigt at yde en indsats for at håndtere den (se Tabel 15).

På samme måde viser undersøgelsen også, at har man oplevet problemer ved en tidligere fødsel og oplevet dette overvældende så udfordres evnen til give sig selv egenomsorg (se Tabel 15).

15% har oplevet en fødsel chokerende og traumatiserende. Ifølge nærværende undersøgelse viser resultaterne, at dette signifikant øger sårbarhed og risikoen for at udvikle fødselsdepression og stress under graviditeten (se Tabel 15).

Der er 10% af kvinderne, som har deltaget i denne undersøgelse, som oplever stor ængstelse og decideret er bange for kommende fødsel.

Dette giver en signifikant sårbarhed i forhold til risiko for at udvikle fødselsdepression og et belastende niveau af angst og stress under graviditeten, samtidig med at opmærksomheden omkring at give sig selv egenomsorg mindskes signifikant (se Tabel 15).

7.3 Selvvurderet tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter

Mere end halvdelen (56%, 236 kvinder) bekræftet at have oplevet en eller flere chokerende og traumatiske oplevelser igennem livet.

Det at have oplevet dette øger signifikant sårbarheden og risikoen for at udvikle fødselsdepression, angst og stress under graviditeten.

I ANOVA beregningen er ”vold” (slået, sparket) lagt sammen med ”fysisk eller psykisk overgreb”. Resultatet viser, at oplevelser som er signifikant belastende er tidligere oplevelser som fysisk-og/eller psykisk overgreb/vold, problematiske opvækst vilkår, samt hvis man i nærmeste familie har oplevet misbrug, selvmord, depression, og selvskade (se Tabel 16).

Demografi	N = 424	F - EPDS	F - EPDS-3A	F - PSS	F - SCS
Unge gravide i alderen 17-24 år	N=55	F(1,422) =15.32, P= < 0.001*	F(1,422) =19.19, P= < 0.001*	F(1,420) =5.84, P= 0.016	
Har boet max. 3 år på Færøerne	N=67	F(1,422) =6.77, P= 0.010	F(1,422) =9.45, P= 0.002		
Bor i samme hus som forældre/svigerforældre	N=74	F(1,422) =8.69, P= 0.003	F(1,422) =5.20, P= 0.023		

Tabel 14: Demografi

Fødsel og graviditet	N = 424	F - EPDS	F - EPDS-3A	F - PSS	F - SCS
Førstegangsfødende	N=143		F(1,422) =5.68, P= 0.018		
Psyriske reaktioner på sidste fødsel	N=46				F(1,411) = 7.18, P= 0.008
Oplevelse af en traumatisk fødsel	N=43	F(1,422) =7.14 P= 0.008		F(1,420) =8.26, P= 0.004	
Ængstelig eller decideret bange for kommende fødsel	N=40	F(1,422) =33.67 P= < 0.001*	F(1,422) = 10.94, P= 0.001	F(1,422) = 42.21 P= < 0.001*	F(1,411) =22.30, P= < 0.001*

Tabel 15: Fødsel og graviditet

Selvvrideret chokerende og traumatiske oplevelse	N = 424	F - EPDS	F - EPDS-3A	F - PSS	F - SCS
Oplevelser af chokerende og traumatisk karakter	N=236	F(1,422) =13,52, P= < 0.001*	F(1,422) =6,44, P= 0.012	F(1,420) = 14.54, P= < 0.001*	
Karakteren af den chokerende og traumatiske oplevelse					
Fysisk eller psykisk overgreb, samt vold	N=69	F(1,422) = 11.24, P= < 0.001*	F(1,422) =6.80, P= 0.009	F(1,420) = 12.34, P= < 0.001*	
Opvækst vilkår problematisk	N=68	F(1,422) =21.06, P= < 0.001*	F(1,422) =15.67, P= < 0.001*	F(1,420) =34.05, P= < 0.001*	F(1,411) =24.45, P= < 0.001*
Skilsmisse	N=44				F(1,411) =4.20, P= 0.041
Misbrug, selvmord, depression, selvskade i nærmeste familie	N=190	F(1,422) =30,27, P= < 0.001*	F(1,422) =18,79, P= < 0.001*	F(1,420) =32,91, P= < 0.001*	F(1,411) =23,19, P= < 0.001*

Tabel 16: Risikofaktorerne i relation til selvvrideret tidligere chokerende og traumatiske oplevelser UNDER GRAVIDITET.

7.4 Risikofaktorer i form af psykisk lidelse, mangel på søvn og stress

Det har indvirkninger at have eller have haft en psykisk lidelse. Og desto længere tid du har haft en psykisk lidelse, desto større er sårbarheden (se Tabel 17).

Der er signifikant større risiko for at udvikle fødselsdepression, belastende angst og stress, hvis man har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder.

Samtidig udfordrer dette også ressourcerne til at give sig selv egenomsorg.

Ikke at få sovet nok og hele tiden gå med oplevelsen af, at mangle søvn øger sårbarheden og bevirker en signifikant større risiko for at udvikle fødselsdepression, angst og stress under graviditeten, og på samme tid udfordres dermed opmærksomheden omkring egenomsorg.

Stress er i sig selv en faktor, som bør tages alvorlig. Undersøgelsen afdækker, at der er signifikant større risiko for at udvikle depression og angst ved stress, samt signifikant mere vanskeligt at give sig selv egenomsorg.

7.5 Sociale relationers betydning for den mentale sundhed

Der er 21% af deltagerne, som enten intet netværk har eller kun har en eller to kontaktflader at trække på.

Her viser det sig at sårbarheden øges ved manglende netværk og bevirker en signifikant risiko for at udvikle en fødselsdepression, angst og stress under graviditeten, og udfordre på samme tid opmærksomheden til at håndhæve egenomsorg.

7.6 Sang og musikkens betydning for den mentale sundhed

De følgende resultater peger på nogle indikationer om sangens og musikkens betydning for den mentale sundhed.

Har det betydning at vokse op med sang og musik som en aktivitet i barndomshjemmet? Noget kunne tyde på det.

Resultaterne fra nærværende ANOVA-undersøgelse viser, at der er en signifikant større risiko for at udvikle stress hos dem, som ikke er vokset op med sang og musik i barndomshjemmet (se Tabel 18).

Undersøgelsen peger endvidere på, at der ligeledes er en signifikant større mangel på evne til at være opmærksom på at give sig selv egenomsorg og selvmedfølelse (se Tabel 18t).

Fokuseres der på deltagere, som ikke synger for deres barn/børn (dermed heller ikke barnet i maven), så viser det sig, at denne gruppe har signifikant højere risiko for at udvikle angst.

Størstedelen i denne gruppe er dog førstegangs-fødende og disse er allerede fundet signifikant i større risiko for at udvikle angst.

Vilkår					
Psykisk lidelse					
Har eller har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder	N=78	F(1,422)=35.22, P= <0.001*	F(1,422)=23.62, P= <0.001*	F(1,420)=27.04, P= <0.001*	F(1,411)=31.32, P= <0.001*
Har eller har haft en psykisk lidelse i mindre end 6 måneder	N=68	F(1,422)=5.31, P=0.022		F(1,420)=7.94, P=0.005	
Søvn					
Mangel på søvn/ikke udhvilet	N=59	F(1,422) =30,27, P= < 0.001*	F(1,422) =18,79, P= < 0.001*	F(1,420) =32,91, P= < 0.001*	F(1,411) =23,19, P= < 0.001*
Stress					
Et bekymrende stress niveau	N=63	F(1,422) =266,81, P= < 0.001*	F(1,422) = 95.30, P= < 0.001*		F(1,422) =104,47, P= < 0.001*
Sociale relationer					
To kontaktflader eller mindre	N = 90	F(1,422) = 7.43, P = 0.007	F(1,422) = 5.75, P = 0.017	F(1,420) = 15.21, P = < 0.001	F(1,411) = 19.49, P = < 0.001

Tabel 17: Vilkår: Psykisk lidelse, søvn, stress og sociale relationer.

Sang og musik i barndomshjemmet	N = 424	F - EPDS	F - EPDS-3A	F - PSS	F - SCS
Der blev ikke sunget og spillet musik i barndomshjemmet	N=133			F(1,422) = 3.88 P= 0.049	F(1,411) = 10.61 P= 0.001
Synger ikke for barnet i maven, barnet/børnene derhjemme, eller har som førstegangsfødende ikke taget stilling til at kunne synge for barnet i maven	N=111		F(1,422)=4.40 P= 0.037		
Synger ikke for barnet i maven, eller har som førstegangsfødende ikke taget stilling til at kunne synge for barnet i maven	N=106		F(1,422)=5.27 P= 0.022		

Tabel 18: Musik og sang i relation til den mentale sundhed.

8. Risikofaktorer, der udfordrer trivsel og mental sundhed efter fødsel.

Der er udført en en-vejs ANOVA beregning i forhold til indikation på risiko for at udvikle fødselsdepression (EPDS) og angst (EPDS-3A) efter fødsel (N=382), ved at studere forskellen mellem to grupper når den er større end 10% på de data, som er uændrede vilkår også efter fødsel.

Som eksempler på dette kan nævnes boligforhold, at være førstegangsfødende, tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter med mere.

Eksempler på ændrede forhold efter fødslen er "søvn", "stress" og "ængstelse eller decideret fødselsangst" med mere.

I Tabel 19 gives en oversigt over faktorer, der signifikant øger risikoen for at udvikle en fødselsdepression og angst efter fødslen. En forskel med en p-værdi på < 0.05 anses som signifikant.

8.1 Generel demografi.

Som under graviditet gælder det, at unge gravide i alderen 17-24 er i signifikant større risiko for at udvikle fødselsdepression og angst.

Der er ligeledes fortsat indikation for en signifikant større sårbarhed overfor at udvikle fødselsdepression og angst, hvis du bor i samme hus som forældre eller svigerforældre. (Se Tabel 19)

8.2 Demografi vedrørende fødsel og graviditet

Her peger resultaterne af undersøgelsen på, at det at være første-gangsforældre giver en signifikant større sårbarhed for at udvikle fødselsdepression og angst. (se Tabel 19).

8.3 Selvvurderet chokerende og traumatiserende oplevelser

Det at have oplevet en eller flere tidligere chokerende og/eller traumatiserende oplevelser igennem livet giver efter fødsel fortsat en signifikant øget sårbarhed for at udvikle fødselsdepression og angst (se Tabel 19).

Det er stort set de samme risikofaktorer, der gør sig gældende. Eneste forskel og tilføjelse i risiko-

faktorerne fra graviditet til efter fødsel er, at der efter fødslen også er signifikant større risiko for at udvikle en fødselsdepression eller angst, hvis du også har oplevet at miste en nærtstående. (Se Tabel 19)

8.4 Risikofaktorer i form af psykisk lidelse.

Der er signifikant større risiko for at udvikle fødselsdepression og angst, hvis du har haft en psykisk lidelse, og særligt, hvis den psykiske lidelse har stået på i mere end 6 måneder (se Tabel 19).

8.5 Sociale relationers betydning for den mentale sundhed.

Ligesom under graviditet har sociale relationer betydning for den mentale sundhed. For de deltagere, der enten intet netværk har, eller kun har en eller to kontaktflader at trække på, bevirker dette en større sårbarhed for at udvikle en fødselsdepression og angst (se Tabel 19).

Demografi	F - EPDS	F - EPDS-3A
Unge gravide i alderen 17-24 år	F(1,380) = 13.52, P = < 0.001	F(1,371) = 13.13, P = < 0.001
Bor i samme hus som forældre/svigerforældre	F(1,380) = 6.74, P = 0.010	F(1,371) = 8.06, P = 0.005
Fødsel og graviditet	F - EPDS	F - EPDS-3A
Førstegangsfødende	F(1,380) = 7.81, P = 0.005	F(1,371) = 20.22, P = < 0.001
Ængstelig eller decideret bange for kommende fødsel	F(1,380) = 11.58, P = < 0.001	F(1,371) = 4.00, P = 0.046
Selv vurderet chokerende og traumatiske oplevelse	F - EPDS	F - EPDS-3A
Oplevelser af chokerende og traumatisk karakter	F(1,380) = 5.67, P = < 0.017	F(1,371) = 5.32, P = 0.022
Karakteren af den chokerende og traumatiske oplevelse		
Mistet en af de nærmeste	F(1,380) = 8.97, P = 0.003	F(1,371) = 7.83, P = 0.005
Opvækstvilkår problematisk	F(1,380) = 16.34, P = < 0.001	F(1,371) = 10.54, P = 0.001
Fysisk eller psykisk overgreb	F(1,380) = 9.58, P = 0.002	F(1,371) = 6.12, P = 0.014
Fysisk eller psykisk overgreb, samt vold	F(1,380) = 11.72, P = < 0.001	F(1,371) = 6.68, P = 0.010
Misbrug, selvmord, depression, selvskade i nærmeste familie	F(1,380) = 11.62, P = < 0.001	F(1,371) = 12.07, P = < 0.001
Vilkår	F - EPDS	F - EPDS-3A
Psykisk lidelse	F(1,380) = 18.31, P = < 0.001	F(1,371) = 18.35, P = < 0.001
Har eller har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder	F(1,380) = 26.22, P = < 0.001	F(1,371) = 18.24, P = < 0.001
Netværk	F - EPDS	F - EPDS-3A
Begrænset netværk (to kontaktpersoner eller mindre)	F(1,380) = 11.82, P = < 0.001	F(1,371) = 8.26, P = 0.004

Tabel 19: Risikofaktorerne i relation til selv vurderet tidligere chokerende og traumatiske oplevelser EFTER FØDSEL (N=382).

9. Hvordan påvirkes den gravides mentale sundhed af COVID-19 pandemikrisen og Sundhedsstyrelsens udvidede forsigtighedsprincip?

I marts 2020 blev Færøerne ramt af COVID-19-pandemien, hvilket bevirkede en midlertid nedlukning for konsultationer hos jordemoderen.

Den sidste konsultation hos jordemoder fandt sted d. 11 marts 2020. Der blev åbnet op for jordemoderkonsultation igen 1. Maj. 2020.

Nedlukningen havde konsekvenser for gennemførelsen af planlagte konsultationer og bevirkede forskubbelser af planlagte konsultation, samt hvornår det var muligt at følge op på invitationer om at deltage i forskningsprojektet, der var blevet udleveret.

COVID-19-pandemien bevirkede også, at nogle faldt fra, da tilbuddet igen var åbent.

Knap 1/3 (128 deltagere, 30%) har taget imod konsultation hos jordemoder og gennemført besvarelser af spørgeskemaer inden COVID-19-pandemien og 296 (70%) i tiden under COVID-19-pandemiens restriktioner.

En ANOVA beregning blev udført for at undersøge om der var signifikant forskel mellem gruppen af deltagere, der havde modtaget en konsultation før COVID-pandemien og de deltagere som havde modtaget en konsultation under pandemien.

ANOVA beregningen viste ingen signifikant forskel mellem grupperne. Med andre ord var der ikke signifikant flere deltagere, som var i risiko for at udvikle angst, stress eller en fødselsdepresion under COVID-pandemien.

10. Sammenfatning og diskussion

Denne landsdækkende undersøgelse har undersøgt færøske kvinders trivsel og mentale sundhed, samt i hvilken grad angst, stress og risikoen for at udvikle en fødselsdepression er tilstede under graviditet og efter fødsel.

Undersøgelsens væsentligste fund vil i det følgende blive sammenfattet og diskuteret. Disse fund rummer forskellige faktorer, som spiller en signifikant rolle i forhold til den kommende- og nybagte moders trivsel og risiko for at udvikle fødselsdepression, angst og stress i den perinatale periode. Disse betegnes i det følgende som risikofaktorer.

Afsluttende vil anbefalinger om videre forskning præsenteres.

Ialt 424 kvinder har deltaget i undersøgelsen under graviditet og har indgået i en optimeret og revideret protokol for en tidlig og sundhedsfremmende indsats.

Dette inkluderede en ekstra jordemoder konsultation (hos forskningsassistenten), der havde fokus på "Hvordan har du det?".

Denne tidlige og sundhedsfremmende tværsektorielle indsats, der eksisterede under afviklingen af forskningsprojektet og dannede grundlag for dataindsamlingen under graviditet, vil løbende blive diskuteret og lægge op til anbefalinger.

I gennemførelsen af et statistisk komparativt studie indgår 382 EPDS-screeningsresultater indhentet i sundhedsplejens arkiv (Gigni). Dette gjorde det muligt at undersøge om det er de samme kvinder, der er udfordret på deres trivsel både under graviditet og efter fødsel, samt i hvilken grad angst og risikoen for at udvikle en fødselsdepression er tilstede efter fødsel.

10.1 Færøske kvinders mentale sundhed i relation til depression, angst og stress under graviditet og efter fødsel

I det følgende opsummeres og diskuteres resultaterne af undersøgelsen, der er relateret til risiko for at udvikle angst, stress og en fødselsdepression.

Risikoen for at udvikle en depression under graviditet og efter fødsel

Under afviklingen af forskningsprojektet er der i screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) under graviditet og i opfølgningen af screeningen efter fødsel anvendt en cut-off score på 10 EPDS point.

Denne cut-off score er valgt ud fra internationale anbefalinger (Cox et al., 2014; Levis et al., 2020), samt anbefalingen af cut-off score fundet i valideringen af EPDS på Færøerne (Fjallheim, 2019). En cut-off score på 10 EPDS point samsvarer med retningslinierne fulgt i den tidlige indsats mod postnatal depression i sundhedsplejen siden 2012.

Undersøgelsens fund viser, at der er 18% under graviditet og 11% efter fødsel, der i let til svær grad er i risiko for at udvikle en fødselsdepression.

Dette resultat svarer til WHO's (2022) oplysninger og resultatet af en global meta-analyse (Woody et al., 2017). Dette fund viser også, at den mentale sundhed er langt mere udfordret under graviditet end efter fødsel.

Ikke de samme som er udfordret på trivsel under graviditet og efter fødsel

Et andet fund i relation til ovenstående resultat er, at 10% under graviditet scorede mellem 10-12 EPDS point, og 8% scorede 13 EPDS point eller derover. Ingen, der scorede 10-12 point havde brug for at blive visiteret videre til Sertoymið barnsurðartunglyndi til et tilbud om nærmere udredning og behandling.

Dette er et væsentligt fund, der peger på, at den tidlige sundhedsfremmende indsats, der eksisterede under afviklingen af forskningsprojektet var virksom.

Det statistiske komparative fund understøtter dette. 12% af dem, som var i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet, var udenfor risiko efter fødsel.

Det statistiske komparative studie afklarer dermed, at i langt de fleste tilfælde er det altså ikke



de samme kvinder, som er i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel. Med andre ord er det ikke nødvendigvis angst og depression under graviditeten, der udfordrer den mentale sundhed efter fødsel.

En tidlig indsats forebygger og er sundhedsfremmende

En tidligere undersøgelse udført i Gigni af den mentale sundhed efter fødsel, viste højere risiko for at udvikle en fødselsdepression end fundet ved nærværende undersøgelse.

Forklaringen på dette kan være, at der under afviklingen af nærværende forskningsprojekt også eksisterede et tværsektorielt samarbejde omkring en tidlig og sundhedsfremmende indsats mod fødselsdepression under graviditet. Med andre ord har den sundhedsfremmende indsats under graviditet været forebyggende.

Ovenstående fund peger på vigtigheden af, at der eksisterer et tæt tværsektorielt samarbejde om en tidlig og sundhedsfremmende indsats både under graviditet og efter fødsel, der inkluderer et fokus på at forholde sig til trivsel med spørgsmålet "Hvordan har du det?".

Et sådan tilbud bør i fremtiden inkludere den kommende- og nybagte moders partner da den perinatale periode handler om familiedannelse og involverer begge forældre og barnet/børnene.

En uopdaget og ubehandlet fødselsdepression er alvorlig og har stor indvirkning på moderen, barnet og familiens trivsel og mentale sundhed i sin helhed. Trivslen er vigtig for både moder og barn. En ubehandlet fødselsdepression kan indvirke på moderens trivsel i mange år.

Endvidere har udfordringer af den mentale sundhed under graviditet konsekvenser for etablering af tilknytningen til barnet i maven og efter fødsel, der blandt andet skaber barnets betingelser for et godt afsæt i livet.

I risiko både under graviditet og efter fødsel

Et andet væsentligt fund i det statistiske komparative studie viser, at 6% er i risiko for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

De mest fremtrædende kendetegn for denne gruppe er, at de stort set alle har haft

1) tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter

2) oplevelser af misbrug, selvmord, depression eller selvskade i nærmeste familie
3) har haft et bekymrende højt angst- og
4) stressniveau under graviditeten
5) en stor del har eller har desuden haft en psykisk lidelse.

I forhold til at forstå, hvad der kan udfordre trivslen og indvirker på risikoen for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel er det vigtigt at studere risikofaktorerne.

Netop nævnte fund af risikofaktorer falder alle indenfor undersøgelsens overordnede fund af risikofaktorer, som vil blive beskrevet og diskuteret mere indgående i afsnit "10.2 Undersøgelsens fund af risikofaktorer".

Nævnte risikofaktorer stiller nogle krav om adgang til en psykologisk rådgivende, udredende og behandlende enhed, der fungerer i et tæt tværsektorielt samarbejde omkring en tidlig og sundhedsfremmende indsats. Dette vil blive diskuteret yderligere i det følgende.

Angst under graviditet og efter fødsel

I Edinburgh Postnatal Depression Scale indgår muligheden for at spore et højt angst niveau ved at fokusere på tre spørgsmål i spørgeskemaet, også betegnet EPDS-3A (Smith-Nielsen et al., 2012).

Til at undersøge i hvilken grad at angst er tilstede under graviditet og efter fødsel, er EPDS-3A anvendt med en cut-off score på 5 point (Smith-Nielsen et al., 2012).

Resultatet af denne undersøgelse fandt, at angst generelt er mere fremtrædende i den perinatale periode, og at tilstedeværelsen af angst indvirker på risikoen for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

Det fremgår endvidere af undersøgelsens fund, at der er en betydelig større procentdel, der ifølge EPDS-3A viser tegn på angst under graviditet (23%) end efter fødsel (14%).

Dette svarer til andre undersøgelsers fund om, at angst er mere fremtrædende under graviditet og efter fødsel.

9% med angst blev ikke sporet ved kun at forholde sig til den totale point score af Edinburgh Postnatal Depression Scale under graviditet. Dette gjalt for 5% efter fødsel.

Den store procentdel, der ikke bliver sporet ved hjælp af EPDS indikerer, at der er en fare for, at en kommende- og nybagt moder med angst, ikke

Risikofaktorer	Under graviditet			Efter fødsel	
	Fødsels-depression	Stress	Angst	Fødsels-depression	Angst
Generel demografi					
Unge gravide i alderen 17-24 år	●	●	●	●	●
Har boet max. 3 år på Færøerne	●	-	●	-	-
Bor i samme hus som forældre/ svigerforældre	●	-	●	●	●
Demografi vedrørende fødsel og graviditet					
Førstegangsfødende	-	-	●	●	●
Oplevelse af traumatisk fødsel	●	●	-	*	*
Ængstelig eller decideret bange for kommende fødsel	●	●	●	*	*
Selv vurderet chokerende og traumatiserende oplevelser					
Oplevelser af chokerende og traumatisk karakter generelt	●	●	●	●	●
Fysisk eller psykisk overgreb, samt vold	●	●	●	●	●
Opvækst vilkår problematisk	●	●	●	●	●
Mistet en af de nærmeste	-	-	-	●	●
Misbrug, selvmord, depression, selvskaide i nærmeste familie	●	●	●	●	●
Psykisk lidelse					
Har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder	●	●	●	●	●
Stress					
Et bekymrende højt stress niveau under graviditet	●		●	*	*
Sociale relationer					
Sociale relationer begrænset til en eller to kontaktfalder	●	●	●	●	●
Andre faktorer					
Søvn	●	●	●	*	*

Tabel 20: Risikofaktorer for den mentale sundhed under graviditet og efter fødsel.
Risikofaktorer markeret med * er ikke undersøgt efter fødsel.
Risikofaktorer markeret med et minus (-) gør sig ikke gældende.

opdages, og dermed heller ikke får muligheden for at modtage den rette støtte og hjælp.

Med andre ord er der en risiko for, at ængsteligheden bliver overset, og måske endda ikke taget alvorligt nok, hvis evalueringen af trivslen og den mentale sundhed kun er baseret på en bedømmelse udfra den samlede score af Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Til eksempel afdækker undersøgelsen, at et bekymrende højt angstniveau (fødselsangst) under graviditet, signifikant fører til et bekymrende højt stressniveau og øger risikoen for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel (se Tabel 20).

Et højt angstniveau skaber en stresstilstand i krop og sind, der påvirker både moderens og barnets trivsel. Angsten kan forstyrre moderens forudsætninger for at få en god oplevelse af graviditet og fødsel, samt vilkårene for at skabe en god og tryk tilknytning mellem mor og barn, som starter allerede under graviditet.

Stress under graviditet

Stress-niveauet under graviditet er undersøgt ved hjælp af Perceived Stress Scale, og der er anvendt en cut-off score på 18 PSS point, der følger Nelholt & Søndergaards (2019) kriterier for et bekymrende højt stressniveau.

Undersøgelsens fund viser, at 15% har et bekymrende højt stressniveau under deres graviditet, hvoraf 3% kommer under kategorien et behandlingskrævende stressniveau.

3% opdages ikke ved kun at anvende EPDS screeningen. Undersøgelsen afslører endvidere, at et bekymrende højt stressniveau signifikant øger risikoen for at udvikle fødselsdepression og angst.

Det er en stressfaktor i sig selv for den kommende moder ikke at trives og opleve, at overskuddet ikke slår til. Konsekvenserne af en langvarig stress-tilstand er omfattende. Stress under graviditet udfordrer moderens trivsel og øger til eksempel risikoen for spontant at føde for tidligt og få en god oplevelse af graviditet og fødsel. Undersøgelsens fund fremlægger flere risikofaktorer, der signifikant øger stressniveauet (se Tabel 20).

Det kan være svært at afgøre om det er oplevelsen af stress, der over tid fører til øget risiko for at udvikle en fødselsdepression, eller om det er

de begyndende tegn på fødselsdepression, der faktisk fører til et uhensigtsmæssigt og bekymrende stressniveau.

10.2 Undersøgelsens fund af risikofaktorer.

Undersøgelsens fund afdækker forskellige faktorer, der spiller en signifikant rolle i forhold til trivsel og øger risikoen for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel (se Tabel 20). Dette fund svarer overordnet med internationale fund.

I denne undersøgelse er de fleste af de fundne risikofaktorer, der gør sig gældende under graviditet også undersøgt i et efterfølgende statistisk komparativt studie efter fødsel. Dette for at undersøge om risikofaktorene fundet under graviditet også gælder efter fødsel.

Nogle få risikofaktorer er ikke undersøgt for deres indvirkning på tiden efter fødsel da dette er faktorer, der kan ændre sig enten ved at have modtaget en tidlig og sundhedsfremmende indsats under graviditet eller ved de oplevelser som fødslen gav. Disse risikofaktorer er følgende:

1) oplevelsen af en traumatisk fødsel, 2) at være ængstelig eller decideret bange (fødselsangst) for kommende fødsel, 3) stressniveauet, og 4) søvnkvaliteten.

I præsentationen af risikofaktorene vil det desuden fremgå, at der er nogle risikofaktorer, som er særligt kendetegnende for det færøske samfund. Færøerne kan beskrives som et "small-scale society" og et ø-samfund, der er under indflydelse af multirelationelle strukturer (Fjallheim, 2019). Samtidig er det også et vilkår på Færøene, at det for mange er nødvendigt at flytte til et andet land for at tage en uddannelse. Disse er ofte hjemmefra i flere år før de måske vender tilbage.

Tabel 20 giver en oversigt over de fundne risikofaktorer. De risikofaktorer, der ikke er undersøgt efter fødsel er markeret med en stjerne (*), og de risikofaktorer, hvor fundet viser, at de ikke gør sig gældende er markeret med et minus (-). I det følgende vil undersøgelsens fund af risikofaktorer blive præsenteret mere indgående og diskuteret.

Fundne risikofaktorer indenfor demografiske data.

Resultaterne af undersøgelsen peger på at følgende demografiske vilkår indvirker signifikant på en øget risiko for at udvikle angst og fødselsdepression under graviditet og efter fødsel:

- 1) unge gravide i alderen 17-24 år,
- 2) at have boet på Færøerne mindre end 3 år,
- 3) at bo i samme hus som forældre eller svigerforældre
- 4) uden netværk eller et netværk, der kun består af én eller to kontaktpersoner.

Førstegangsfødende er under graviditet i signifikant større risiko for at udvikle angst, og efter fødslen i signifikant større risiko for både at udvikle angst og fødselsdepression.

Fundne risikofaktorer, der er særligt kendetegnende for det færøske samfund.

De risikofaktorer, som særligt kan knyttes til det færøske samfund er følgende:

- 1) at have boet på Færøerne mindre end 3 år
- 2) hvis den kommende eller nybagte moder bor i samme hus som sine forældre eller svigerforældre.

ad 1: Gruppen, som højst har boet 3 år på Færøerne, er både tilflyttere og personer, der er vendt hjem til Færøerne efter at have boet i udlandet igennem studietiden.

Denne risikofaktor peger på, at det faktisk er en udfordring både at være tilflytter og vende hjem til Færøerne, bosætte sig og samtidig stifte familie.

ad 2: Den anden risikofaktor sætter spørgsmålstegn ved traditionen om at bo i samme hus som forældre eller svigerforældre når man vender hjem og bosætter sig på Færøerne.

Den umiddelbare forestilling er måske, at det er en støtte, at nærmeste familie er tæt ved, men dette fund indikerer, at der er noget signifikant udfordrende ved at bo i samme hus med forældre eller svigerforældre for den kommende eller nybagte moder.

En forklaring kan være, at de unge forældrepar udfordres på, at finde sig eget fodfæste på egne præmisser i den nye situation som mor, far og kernefamilie.

Det ser ud til, at på Færøerne er der endnu ikke mange muligheder for mindre boliger i et overkommeligt prisleje, hvilket gør, at det er svært at etablere sig.

Denne risikofaktor lægger op til en nærmere undersøgelse.

Så vilkårene i perioden for familiedannelse, hvor eget hjem stiftes er udfordret. Disse resultater lægger op til mere indgående undersøgelse af disse risikofaktorer.

Et overraskende fund er relateret til undersøgelsen af om det er særligt belastende at leve et såkaldt "sømandsliv".

Definitionen på et "sømandsliv" er, at partneren er væk i flere uger af gangen med jævne mellemrum i den perinatale periode. På Færøerne lever næsten hver femte i et sådant forhold.

Fundet afslører, at det ikke er en signifikant risikofaktor for trivslen og den mentale sundhed for kvinden at leve i et sådant forhold. Hverken under graviditet eller efter fødsel.

Dette kan skyldes, at der allerede eksisterer en forståelse og anerkendelse af, at det er udfordrende, og derfor naturligt genererer støtte og hjælp, der kan gives og modtages uden skam.

Risikofaktorer og demografi vedrørende fødsel og graviditet

En sammenfatning af de væsentligste fund viser, at ud af 424 gravide kvinder er der 66%, der har født før og 34%, der er førstegangsfødende.

Et overraskende fund er hvor mange, der har oplevet en fødsel traumatisk. Denne undersøgelse fandt, at 15% af deltagerne har oplevet en fødsel traumatiserende, og ialt er 14% af deltagerne ængstelige eller er decideret bange for den kommende fødsel.

Førstegangsfødende og angst

Et fund viser, at førstegangsfødende er i signifikant risiko for at udvikle angst under graviditet, og både angst og fødselsdepression efter fødsel.

Angstens generelle fremtrædende tilstedeværelse og negative indvirkning på trivslen i den perinatale periode er beskrevet ovenfor. Fundet her fremhæver førstegangsfødende som mere sårbare. Årsagerne til angst hos førstegangsfødende kan være flere. Noget kan handle om usikkerhed og utryghed for det ukendte såsom til eksempel den kommende fødsel.

Mange af disse udfordringer kan lindres ved en anerkendende, informerende og støttende tilgang. Men der kan være andre udfordringer og det kræver en forståelse for, at angsten kan have afsæt i andre forklaringer. Disse vil komme mere frem i det følgende.

En tidligere traumatisk fødsel udgør en risikofaktor for trivsel under graviditet

Et andet fund viser, at en tidligere traumatisk fødselsoplevelse er en risikofaktor, der har en signifikant indvirkning på risikoen for at udvikle

et uhensigtsmæssigt højt stressniveau og fødselsdepression under graviditet.

Med andre ord kan tidligere traumatiske fødselsoplevelser have omfattende konsekvenser for moderens trivsel under graviditet.

Dette fund lægger op til nødvendigheden af en øget viden om traumaers indvirkninger på mennesket generelt, samt en øget opmærksomhed på kommende mødre, der bærer på tidligere traumatiske fødselsoplevelser.

Til eksempel kan en tidligere traumatisk fødselsoplevelse vækkes under en efterfølgende graviditet. Dette kan ske meget tidligt i graviditetsforløbet og skabe stress. Står stresstilstanden på i for lang tid kan dette udmønte sig i angst, og handles der ikke på dette, øges risikoen signifikant for at udvikle en fødselsdepression.

Med andre ord kan der ske en massiv forværring af moderens trivsel, hvis det overses, at et trauma er vækket under graviditet og ikke imødegås.

Der er en fare for, at det sundhedsfaglige personale ikke forstår, hvor det ængstelige eller stressfyldte udtryk hos den gravide har afsæt.

Det er vigtigt at anerkende, at den gravides subjektive oplevelse af fødselsforløbet har langt større betydning for hende end den obstetriske faktuelle beskrivelse af processen.

Hvis der er forskellige synspunkter kan dette føre til en oplevelse af, ikke at blive taget alvorligt eller ligefrem at være svigtet og være alene om oplevelsen af situationen.

Er et trauma vækket er det afgørende tidligt at afklare om det opfylder kriterierne for post-traumatisk stress (PTSD). Konsekvenserne af PTSD er mange. For den kommende moder kan det bevirke komplikationer under graviditet og fødsel, og barnet kan være i fare for at blive født for tidligt.

Fundet synliggør en kompleksitet omkring forekomsten af angst og trauma. Der er vigtigt, at skelne mellem almindelig ængstelighed for en kommende fødsel og angst, der har afsæt i et vækket trauma knyttet til en tidligere fødsel.

Resultaterne peger derfor på, at en let adgang uden ventetid til udredning er essentiel. Der skal være en psykologisk udredende og behandlende enhed, der har erfaring indenfor psykologi, psykotraumatologi, og psykiatri i den perinatale periode.

Fundet lægger også op til hvor afgørende det er, at personalet, som den kommende moder møder under graviditeten, fødslen og i tiden efter fødsel, har en forståelse for traumer og deres indvirkning på mennesket.

Risikofaktorer i relation til tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter

Tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter kan også beskrives som subjektive negative livsbegivenheder eller belastninger, som er uafhængig af graviditet og fødsel.

Et overraskende fund i undersøgelsen viser, at selvvaluerede tidligere oplevelser af chokerende og traumatisk karakter fylder hos 56% af deltagerne, og 45% af deltagerne har oplevet misbrug, selvmord, depression og selvskade i nærmeste familie. Det er med andre ord omkring hver anden gravide kvinde, der både har tidligere oplevelser af traumatisk karakter, og som har oplevet misbrug, depression, selvskade og selvmord i nærmeste familie.

I Tabel 20 fremgår det, hvilke typer af tidligere traumatiske oplevelser, der er undersøgt at udgøre en risikofaktor under graviditet og efter fødsel. Undersøgelsens fund af, hvor fremtrædende tidligere oplevelser af traumatisk karakter er hos deltagerne i denne undersøgelse, rejser spørgsmålet om, hvor meget tidligere traumatiske oplevelser fylder generelt i samfundet.

Dette er en overset faktor og det er undervurderet, hvilken indflydelse tidligere traumatiske oplevelser kan have på trivsel og den mentale sundhed.

I den perinatale periode viser fundet tydeligt, at der er en fare for, at det kan have en stor indvirkning på den kommende- og nybagte moders trivsel og dermed også etablering af tilknytning i perioden for familiedannelse. De alvorlige konsekvenser er beskrevet tidligere ovenfor.

Der er generelt en risiko for, at tidligere traumatiske oplevelser kan vækkes under graviditet, under fødslen eller i tiden efter fødsel.

Samtidig viser fundene i undersøgelsen, at tidligere oplevelser af traumatisk karakter generelt signifikant øger en sårbarhed og risikoen for at udvikle angst, stress og fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

En mulig forklaring på den fremtrædende forekomst af tidligere traumatiske oplevelser på Færøerne kan være kulturel.

Som tidligere nævnt kommer Færøerne ind under definitionen et "small scale society" og et ø-samfund. Dette bevirker, at livet i al sin mangfoldighed kommer tættere på den enkelte. Blandt andet på grund af de multirelationelle strukturer.

Med andre ord er det sandsynligt at det at leve og bo på Færøerne kan betragtes som et eksistentielt vilkår, der bevirker, at risikoen er større for at blive udsat for oplevelser af traumatisk karakter.

Den fremtrædende forekomst af angst under graviditet kan måske også forklares ved den generelle høje forekomst af traumatiske oplevelser da der som tidligere nævnt er en risiko for, at trauma vækkes under graviditet og/eller ved selve fødslen.

Der er en lille forskel i hvilke risikofaktorer, der indvirker under graviditet og efter fødsel. Undersøgelsen har fundet, at en traumatiserende oplevelse af at have mistet en nærtstående person signifikant øger risikoen for at udvikle angst og fødselsdepression efter fødsel, men ikke under graviditet (se Tabel 20).

Ved fødslen fødes ikke kun et barn, men også en moder. Dette kan vække mange forskellige følelser, der kan relateres til det, at have oplevet det overvældende, at miste en nærtstående.

Der kan opstå en alenhedsfølelse, der er knyttet til en forladthedsfølelse, eller opstå en ængstelse for selv at gå bort og dermed efterlade barnet uden en mor.

Nødvendigheden af en traumabaseret tilgang og et specialiseret team i den perinatale periode

Generelt lægger fundet af den høje forekomst af traumatiske oplevelser op til vigtigheden af, at personalet i jordemodertjenesten, på barselsgangen og i sundhedsplejen er trænet i en traumebaseret tilgang. Denne viden og forståelse vil være essentiel i mødet med den kommende eller nybagte moder.

Ved manglende forståelse og viden om trauma og PTSD kan dette skabe u hensigtsmæssige misforståelser i relationen mellem sundhedspersonale og den kommende moder, og dette kan i sig selv bevirke en retraumatisering.

Tilstedeværelsen af kendetegn på angst, depression eller stress kan med andre ord blive mistolket og imødegået uhensigtsmæssigt.

Fundet af den høje forekomst af traumatiske

oplevelser og dens signifikante indvirkning på risikoen for at udvikle angst, stress og fødselsdepression, peger endvidere på vigtigheden af, at der eksisterer en udredende enhed, der har specialiseret viden indenfor psykologi, psykotraumalogi, psykiatri, og mental sundhed knyttet til den perinatale periode.

Dette indebærer faglige kompetencer til at screene og afklare om kriterierne for PTSD opfyldes, samt at kunne yde den rette psykologiske støtte og intervention for at forebygge, at tilstanden (den mentale sundhed) forværres under graviditet og efter fødsel, samt forebygge en retraumatisering eller udvikling til en kronisk PTSD.

Risikofaktorer og psykisk lidelse

Fundene i undersøgelsen viser, at 34% har en selv vurderet psykisk lidelse, hvor 16% har haft dette i mere end 6 måneder, og 18% har haft det i mindre end 6 måneder.

Har den psykiske lidelse stået på i mere end 6 måneder er denne ofte knyttet til en diagnostisering af den psykiske lidelse.

Undersøgelsens fund viser, at en psykisk lidelse, der har stået på i mere end 6 måneder signifikant er forbundet med større risiko for at udvikle et bekymrende angst- og stressniveau, samt en fødselsdepression under graviditet (se Tabel 20).

Dette fund viser, at sårbarheden øges, hvis man har en psykisk lidelse. En sårbarhed kan være både fysiologisk, psykologisk eller social. Uanset karakteren af sårbarheden, så er det vigtigt at forholde sig til denne og anerkende denne sårbarhed.

En sårbarhed skal ikke fjerne fokus eller overskygge det centrale, der handler om at være i trivsel på trods af sin sårbarhed; her den psykiske lidelse.

Fundet peger på, at det er vigtigt at afklare om den kommende- eller nybagte moder har eller har haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder. Ligeledes vil det være centralt at afklare om den psykiske lidelse er diagnosticeret eller ikke. Foreligger der en diagnose, skal det ved en nærmere udredning afklares om det er komplikationerne ved diagnosen i sig selv, der bevirker en manglende trivsel.

I nogle tilfælde vokser udfordringen med en psykisk lidelse under graviditet eller lige efter fødslen.

I disse tilfælde vil det være afgørende at kunne blive fulgt i psykiatrien eller hos en enhed med viden og erfaring med psykiatri. Dette alt efter intensiteten af udfordringen ved den psykiske lidelse. Er det nødvendigt at blive fulgt i psykiatrien i den perinatale periode, skal fokus ikke kun være at holde øje med om den psykiske lidelse forværres eller ikke.

Der skal eksisterer en integreret forståelse af samspillet mellem diagnose og det at være gravid, forberede sig til moderskabet, amning og fødsel, mor-barn tilknytning med mere.

Der skal med andre ord være en opmærksom og forståelse for de alment gældende udfordringer, der er knyttet til kvindens oplevelse af sin graviditet, at mærke barnet, fødslen og tiden efter fødsel. Dette lægger op til en special viden om den perinatale periode indenfor psykiatrien.

I andre tilfælde vil den psykiske lidelse ikke være det, som udfordre trivslen, og her vil det til eksempel ikke være nødvendigt at være tilknyttet psykiatrien under graviditet eller efter fødsel.

Et andet centralt fund i undersøgelsen viser som tidligere nævnt, at 6% er både i risiko under graviditet og efter fødsel. Denne gruppe var blandt kendetegnende for i mange tilfælde at have eller have haft en psykisk lidelse.

Opsummering af anbefalinger

Alt i alt peger ovenstående beskrevne fund på vigtigheden af at have let adgang til et psykologisk rådgivende, udredende og behandlende team med kompetencer, viden og erfaring fra psykiatrien. En let adgang betyder, at der ikke går lang tid fra, at der er afdækket et behov, til at dette indfries. I den perinatale periode er lang ventetid til hjælp, udredning og afklaring, og behandling, en risikofaktor. Som det fremgår og er beskrevet ovenfor er konsekvenserne for store både for den kommende- og den nybagte moder, samt for barnet.

Retningslinierne under afviklingen af forskningsprojektet var, at hvis screeningen med Edinburgh Postnatal Depression Scale indikerede en svær risiko for at udvikle en fødselsdepression, så skulle disse tilbydes en udredende samtale.

Denne samtale fandt sted i Sertoymiö barns-burðartunglyndi, som havde kompetencer til at være rådgivende, udredende og behandlende. Teamet var placeret i psykiatrien og havde ugentlige konferencer med psykiater.

Det kan diskuteres, hvor det rådgivende, udredende og behandlende team skal placeres. Med vægt på det sundhedsfremmende og en tidlig indsats, så vil det være oplagt at placere et sådant team i primærtjenesten i stedet for psykiatrien.

Det er dog afgørende at et sådant team har adgang til rådgivning hos psykiater, hvor det i fællesskab kan afgøres om noget er psykiatrisk eller kan håndteres af teamets kompetencer. Det vil være afgørende at teamet er specialiseret indenfor perinatal mental sundhed og rummer kompetencerne til psykologisk udredning og behandling.

Det er endvidere vigtigt, at teamet har viden og erfaring indenfor psykologi, psykiatri og psykotraumatologi. Med andre ord er der tale om et speciale, der er fokuseret på graviditet, fødsel, og tiden efter fødsel.

Alt i alt fremhæver de beskrevne fund, hvor vigtigt det er at have et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde omkring en tidlig og sundhedsfremmende indsats mod angst, stress og fødselsdepression, der deler ansvar og rummer adgang til specialiseret faglighed.

Risikofaktorer i relation til sociale relationer

Et fund, der er relateret til sociale relationer viser, at 21% af deltagerne, enten ingen kontakthflade har eller kun har en eller to kontakthflader. Dette fund svarer til internationale fund. Perioden for familiedannelse kan med svage sociale relationer øge ensomhedsfølelsen og savnet efter tilhørsforhold.

Undersøgelsen viser at der er signifikant større risiko for at udvikle angst og fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

Risikofaktorer og søvn

Undersøgelsen har fundet, at 14% aldrig eller næsten aldrig oplever at være udhvilet eller at sove nok. Mangel på søvn og ikke at opleve sig udhvilet spiller en signifikant rolle i forhold til risiko for at udvikle et bekymrende stress- og angstniveau, samt en fødselsdepression.

Søvn er en af de risikofaktorer, som naturligt udfordres gennem graviditeten og i tiden efter fødslen. Disse fund sætter fokus på hvor vigtigt det er for den kommende og nybagte moder at tage højde for dette, og arrangere sig sådan, at hvile i krop og sind kan tilgodeses på forskellig vis. Med andre ord kan det være vigtigt at tillade sig

selv pauser i dagligdagen, hvor den kommende- og nybagte moder også giver tid og opmærksomhed (egenomsorg) til sig selv.

10.3 Undersøgelsens fund i relation til musik, sang og mental sundhed

Resultaterne af undersøgelsen indikerer, at det har betydning at vokse op med musiske aktiviteter i barndomshjemmet såsom at spille på et instrument eller synge.

De deltagere, som oplyser, at de ikke har haft disse muligheder, viser sig i denne undersøgelse at være i signifikant større risiko for at udvikle et bekymrende stressniveau, og har en signifikant lavere score på at vise og give sig selv selv-medfølelse.

Et fund, der overraskede er, at 74% af de førstegangsfødende tilsyneladende ikke synger for barnet i maven, eller ikke har overvejet, at der foreligger en mulighed for allerede i graviditeten at synge for barnet i maven.

Allerede mens barnet er i maven begynder det at orientere sig mod moderens stemme, og kan genkende stemmer og sange efter fødslen.

Dette fund peger på, at bevidstheden omkring stemmens betydning for tilknytning til barnet i maven, ikke er tilstede i særlig høj grad.

Dette er værd at undersøge yderligere.

Samtidig er der fundet et sammenfald mellem at være i signifikant risiko for at udvikle et bekymrende angstniveau og ikke at synge for barnet i maven, barnet eller børnene derhjemme. Når den gravide ikke synger for barnet i maven, barnet eller børnene derhjemme kan dette også skyldes, at nærliggende mestringsredskaber glemmes, når angstniveauet er for intenst.

Dette forhold er værd at udforske mere indgående.

At synge for sit barn

Stemmen er et medie, der til eksempel både kan berolige moder og barn på en og samme tid.

Det at synge til barnet i maven eller den nyfødte bevirker, at stemmeføringen bliver retningsbestemt og naturligt indtager et udtryk, der regulerer sig efter situationen.

Det kan ske i form af at nynne eller synge sange, der enten skabes i øjeblikket, eller allerede er kendte sange. På en naturlig måde vil dette støtte moderen til at samle opmærksomheden og synke ned i samhørighed med barnet i maven eller barnet/børnene omkring sig.

Samtidig sker der en naturlig regulering af puls, rytme og tone, der indvirker fysiologisk på kroppen og giver den de signaler den har brug for til at forstå at den godt kan slappe af, og give sig hen til stemme og sang.

Med afsæt i en forståelse af, at musik- og sangaktiviteter er mulige redskaber til selvregulering af fysiske, emotionelle og relationelle tilstande vil det være værd at undersøge dette forhold mere indgående.

11 Konklusion og anbefalinger

Resultatet af undersøgelsen viser, at færøske kvinders trivsel og mentale sundhed er meget udfordret i den perinatale periode.

Fundene viser, at tæt på hver femte kvinde i let til svær grad er i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet, hvor det efter fødsel er lidt mere end hver tiende kvinde.

Fundene viser, at tilstedeværelsen af angst og stress er meget fremtrædende, og markant øger risikoen for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

Ligeledes viser fundene, at mange har et bekymrende højt stressniveau under graviditet.

Et andet væsentlig fund peger på, at de færøske kvinders mentale sundhed ikke er signifikant mere udfordret under COVID-19-pandemien.

Fortsættelse af en tidlig og sundhedsfremmende indsats

Konkluderende lægger fundene op til, at der fortsat bør være et tilbud for alle om

1) en samtale, der fokuserer på "Hvordan har du det?" og 2) et tilbud om med Edinburgh Postnatal Depression Scale både i jordemodertjenesten og sundhedsplejen.

Endvidere er konklusionen at det anbefales, at indføre en evaluering af angstniveauet både under graviditet og efter fødsel. Dette kan gøres meget enkelt ved at anvende EPDS-A3.

Let adgang til en psykologisk udredende og behandlende enhed

I langt de fleste tilfælde er det ikke de samme deltagere, som er i risiko under graviditet som efter fødsel. Omkring 6% af deltagerne er både i risiko for at udvikle en fødselsdepression under graviditet og efter fødsel.

Fundene viser, at disse er kendetegnede ved at have:

1) tidligere oplevelser af traumatisk karakter, 2) oplevelser af misbrug, selvmord, depression eller selvskade i nærmeste familie, 3) et bekymrende højt angst- og stressniveau under graviditeten, samt i de fleste tilfælde 4) at have eller have haft en psykisk lidelse i mere end 6 måneder.

Konklusionen af disse fund lægger op til, at der i en tidlig og sundhedsfremmende indsats er let adgang til en psykologisk udredende og behandlende enhed. Det anbefales, at denne har specialiseret viden og erfaring med psykologi, psykotraumatologi og psykiatri indenfor den perinatale periode; perioden for familiedannelse.

Opmærksomhed på risikofaktorer

Undersøgelsens fund af risikofaktorer viser, at hver anden kommende moder har haft chokerende og traumatiske oplevelser eller har oplevet tilfælde af misbrug, selvskade, depression, selvmord i nærmeste familie.

Fundene viser endvidere, at tidligere traumatiske oplevelser signifikant øger risikoen for at udvikle en fødselsdepression både under graviditet og efter fødsel.

Omkring 15% har konkret tidligere oplevet en traumatisk fødsel, og fundene i undersøgelsen viser, at dette er signifikant sammenfaldende med et bekymrende højt stressniveau og en risiko for at udvikle en fødselsdepression under aktuelle graviditet.

Konkluderende lægger fundene op til, at sundhedsfagligt personale har en viden og forståelse for, hvordan tidligere traumatiske oplevelser indvirker på mennesket og perioden for familiedannelse.

Det anbefales dermed, at jordemodertjenesten, fødselsgangen og sundhedsplejen har en traumebaseret tilgang i mødet med kommende og nybagte forældre.

Det anbefales endvidere, at den psykologisk udredende og behandlende enhed kan screene og afklare om kriterier for PTSD opfyldes, og yde den rette psykologiske støtte og intervention for at forebygge, at tilstanden (den mentale sundhed) ikke forværres under graviditet og efter fødsel, og dermed udvikle sig til en kronisk PTSD.

Samlet anbefaling

Alt i alt er konklusionen, at undersøgelsens fund dokumenterer et behov for at have en tværsektoriel tidlig og sundhedsfremmende indsats, der involverer jordemodertjenesten, sundhedsplejen og praktiserende læger, samt en psykologisk rådgivende, udredende og behandlende enhed med særlig viden og erfaring indenfor psykologi, psykotraumatologi og psykiatri i den perinatale periode. Denne enhed anbefales at have adgang til rådgivning fra psykiater.

Indsatsen bør i fremtiden ikke kun have fokus på kvinden, men også inkludere den kommende og nybagte moders partner, da der er tale om en periode for familiedannelse.

12 Anbefalinger til videre forskning

Partneren

Det vil være oplagt at udføre en landsdækkende undersøgelse igen. Denne undersøgelse bør inkludere begge forældre. Aktuelt er partneren grundet manglende ressourcer ikke inkluderet i den nationale sundhedfremmende indsats på Færøerne.

Boligforhold

Der er nogle risikofaktorer, som er særligt knyttet til det færøske samfund og som det kunne være interessant at udforske mere indgående, hvilken rolle de spiller.

Dette gælder, at det kan være udfordrende at vende hjem, og samtidig stifte familie og finde sig til rette med bolig.

Traumer

Fundene af den høje forekomst af tidligere oplevelser af traumatisk karakter hos færøske gravide kvinder, uafhængigt af graviditet og fødsel, lægger op til en mere indgående undersøgelse og bestemmelse af den faktiske forekomst af PTSD under graviditet og efter fødsel.

Dette vil kunne afdække tidligere traumatiske oplevelsers indvirkning på trivslen under graviditet og efter fødsel mere indgående og specifikt. Ligeledes vil det være meget relevant at undersøge mere specifikt, hvorvidt de, som tidligere har haft en traumatisk fødselsoplevelse, under deres næste graviditet opfylder kriterierne for PTSD, samt en mere uddybende undersøgelse af, hvad der er medvirkende til, at fødselsoplevelser bliver traumatiske.

Det vil endvidere kunne anbefales at undersøgelsen inkluderer, hvorvidt partneren bliver sekundært traumatiseret ved fødslen.

Sang som et redskab

Fundene som omhandler sang og musik i relation til mental sundhed lægger op til mere indgående undersøgelser, der forholder sig til førstegangs-fødende.

Det er meget relevant at undersøge sang under graviditet med fokus på stemmens betydning for tilknytning, og sang som et redskab til selvregulering af fysiske, emotionelle og relationelle tilstande under graviditet og umiddelbar efter fødsel.



Litteraturliste

- Ayers, S.; Coates, R.; Matthey, S. (2015) Identifying Perinatal Anxiety. I: J. Milgrom and A. Gemmill (red.): *Identifying Perinatal Depression and Anxiety. Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Wiley Blackwell.
- Ayers, S.; Bond, R.; Bertullies, S.; Wijma, K. (2016) *The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework*. Psychological Medicine (2016) 46 (6), pp 1121-34.
- Ayers, S.; Wright, D.B.; Thornton A. (2018) *Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale*. Frontiers in Psychiatry 9:409.
- Austin, M.P.; Tully, L.; Parker, G. (2007). *Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression*. Journal of Affective Disorders, 101(1-3), 169-174.
- Baltaci, N. & Baser, M. (2022) *The effect of Lullaby Intervention on Anxiety and Prenatal Attachment in Women with High-Risk Pregnancy: A Randomized Controlled Study*. Complementary Medicine Research (2022) 29(2): 127-135.
- Beck, R.J.; Cesario, C.; Yousefi, A.; Enamoto, H. (2000) *Choral Singing, Performance Perception, and Immune System Changes in Salivary Immunoglobulin A and Cortisol*. Music Perception. Fall 2000, Vol. 18, No. 1, 87-106.
- Biaggi, A.; Conroy, S.; Pawlby, S.; Pariante, C.M. (2016) *Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders. Volume 191, February 2016, 62-77.
- Bonde, L.O.; Juel, K.; Ekholm, O. (2018) *Associations between music and health-related outcomes in adult non-musicians, amateur, musicians and professional musicians - Results from a nationwide Danish study*. Nordic Journal of Music Therapy 2018, VOL. 27, NO. 4, 262-282. Routledge. Taylor & Francis Group.
- Bonde, L.O. (2019) *Musik og sundhedsfremme i Danmark og i Norden - hvem og hvordan?* Nordic Journal of Arts, Culture and Health. Universitetsforlaget. Volume 1. No. 1-2019, p 21-34.
- Bonnár, L. (2014) *Life and Lullabies. Exploring the basis of meaningfulness in parent's lullaby singing*. Oslo Norges musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2014:2.
- Clift, S.; Hancox, G. (2010) *The significance of choral singing for sustaining psychological wellbeing: findings from a survey of choristers in England, Australia and Germany*. Music Performance Research. Royal Northern College of Music. Vol 3(1) Special Issue *Music and Health*: 79-96.
- Clift, S. (2012) *Singing, Wellbeing, and Health I: Music, Health and Wellbeing* (ed) R. A.R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell. Oxford University Press.
- Cohen, S.; Kamarck, T.; Mermelstein, R. (1983) *A global measure of perceived stress*. J. Health Soc. Behav. 1983; 24:385-396.
- Cox, J.; Holden, J.; Henshaw, C. (2014) *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. RCPsych Publications. Second Edition.
- Dikmen Yildiz, P.; Ayers, S.; Phillips, L. (2017) *The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders 208 (2017) 634-645.
- Dunbar, R.I.M.; Kaskatis, K.; MacDonald, I.; Barra, V. (2012) *Performance of music elevates pain threshold and positive effect: implications for the evolutionary function of music*. Evol. Psychol. 10, 688-702.
- Elklit, A.; Hartvig, T.; Christiansen, M. (2007) *Psychological Sequelae in Parents of Extreme Low and Very Low Birth Weight Infants*. J. Clin. Psychol. Med. Settings (2007) 14:238-247.
- Elklit, A. (2015) *Treatment of Danish Survivors of Child Sexual Abuse - A Cohort study*. Behavioral Sciences. 2015, 5, 589-601.
- Ferrari, A. (2022) *Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet Psychiatry 2022; 9: 137-150.
- Fjallheim, A.S. (2019) *Opsporing af fødselsdepression på Færøerne - en mixed methods validering af screeningsinstrumentet EPDS til systematisk opsporing af kvinder med fødselsdepression i et small-scale society*. PhD-afhandling. Fróðskaparsetur Føroya. Afdeling for Sundheds- og Sygeplejevidenskab. Det Færøske Universitet / Fróðskaparsetur Føroya. 2019.
- Fletcher, S.; Elklit, A.; Shevlin, M.; Armour, C. (2021) *Predictors of PTSD Treatment Response Trajectories in a Sample of Childhood Sexual Abuse Survivors: The Roles of Social Support, Coping, and PTSD Symptom Clusters*. Journal of Interpersonal Violence 2021, VOL. 36(3-4) 1283-1307.
- Fólkaheilsuráðið (2019) *Fólkaheilsukanning*. Fólkaheilsuráðið.
- Grape, C.; Sandgren, M.; Hansson, L.; Ericson, M.; Theorell, T. (2003) *Does Singing Promote Well-Being?: An Empirical Study of Professional and Amateur Singers during a Singing Lesson*. Integrative Physiological & Behavioral Science. Vol. 38. No. 1: 65-71.
- Gullestrup, L.; Terp, I.M., (2008) *Fødselsdepression*. Psykiatrifondens Forlag
- Hart, S. (2006) *Hjerne, samhörighed, personlighed. Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Halvorsen, L.; Nerum, H.; Oian, P.; Sørli, T. (2013) *Giving birth with rape in one's past: a qualitative study*. Birth. 2013 Sep; 40(3): 182-191.

- Katus, L.; Foley, S.; Murray, A.; Luong-Thanh, B.; Taut, D.; Baban, A.; Madrid, B.; Fernando, A.D.; Sikander, S.; Ward, C.L.; Osafo, J.; Marlow, M.; Du Toit, S.; Walker, S.; Van Vo, T.; Fearon, P.; Valdebenito, S.; Eisner, M.P.; Hughes, C. (2022) *Perceived stress during the prenatal period: assessing measurement invariance of the Perceived Stress Scale (PSS-10) across cultures and birth parity*. Archives of Women's Mental Health (2022) 25:633-640.
- Kreutz, G.; Bongard, S.; Rohrmann, S.; Hodapp, V.; Grebe, D. (2004) *Effects of Choir Singing or Listening on Secretory Immunoglobulin A, Cortisol and Emotional State*. Journal of Behavioral Medicine. Vol. 27(6): 623-36.
- Lau, C.J.; Eliassen, M.H.; Grønkjær, M.S.; Bekker-Jepesen, M.; Taxværd, C.G.; Gøtzsche, N.; Jacobsen, M.H.; Andreasen, A.H. (2022) *"Hvordan har du det?" Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021*. Sundhedsadfærd og risikofaktorer, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022
- Lee, E. (2012) *Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale*. Asian Nursing Research 6 (2012) 121-127.
- Levis, B.; Negeri, Z.; Sun, Y.; Benedetti, A.; Thombs, B.D. (2020) *Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data*. BMJ 2020; 371:m4022
- Lilliecreutz, C.; Larén, J.; Sydsjö, G.; Josefsson, A. (2016) *Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth* BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:5.
- Madsen, S.Aa. (2017) *Opsporing af fødselsdepression før fødslen*. Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Februar 2017.
- Malloch, S.; Trevarthen, C. (2009) *Communicating the vitality and interest of life*. I: S. Malloch & C. Trevarthen (red.) *Communicative musicality. Exploring the basis of human companionship* (s. 1-11). Oxford: Oxford University Press.
- Mann, R.; Evans, J. (2015) *Screening Tools and Methods of Identifying Perinatal Depression I*: J. Milgrom and A. Gemmill (red.): *Identifying Perinatal Depression and Anxiety. Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Wiley Blackwell.
- Marwich, H.; Murray, L. (2009) *The effect of maternal depression on the "musicality" of infant-directed speech and conversational engagement I*: S. Malloch and C. Trevarthen (red.) *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship*. Oxford University Press.
- Matthey, S. (2022) *Is validating the cutoff score on perinatal mental health mood screening instruments, for women and men from different cultures or languages, really necessary?* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022, 19(7), 4011
- Milgrom, J.; Gemmill, A. W.; Bilszta, J. L.; Hayes, B.; Barnett, B.; Brooks, J.; Ericksen, J.; Ellwood, D.; Buist, A. (2008). *Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study*. Journal of Affective Disorders, 108 (1-2), 147-157.
- Neff, K.D. (2003) *The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion*. Self and Identity, 2: 223-250. Psychology Press. Taylor & Francis Group.
- Neff, K.D. (2011) *Self-Compassion. The Proven Power of Being Kind to Yourself*. William Morrow. An Imprint of Harper Collins Publishers.
- Neff, K.D. (2015). *The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion*. Mindfulness. Springer Science+Business Media New York 2015.
- Nelholt, L.; Søndergaard, A. (2019) *Stress, diagnosestøtteskema (PPS-10)*. Lægehåndbogen. www.sundhed.dk.
- Netsi, E.; Pearson, R.M.; Murray, L.; Cooper P.; Craske, M.G.; Stein, A. (2018) *Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes*. JAMA Psychiatry 2018. Mar 1;75(3): 247-253.
- Padin, A.C.; Stevens, N.R.; Che, M.L.; Erondur, I.N.; Perera, M.J.; Shalowitz, M.U. (2022) *Screening for PTSD during pregnancy: a missed opportunity*. BMC Pregnancy and Childbirth (2022) 22:487.
- Pampaka, D.; Papatheodorou, S.I.; Seaidan, M.A.; Wotayan, R.A.; Wright, R.J.; Buring, J.E.; Dockery, D.W.; Christophi, C.A. (2019) *Postnatal depressive symptoms in women with and without antenatal depressive symptoms: Results from a prospective cohort study*. Archives of Women's Mental Health (2019) 22:93-103.
- Persico, G.; Antolini, L.; Vergani, P.; Costantini, W.; Nardi, M.T.; Bellotti, L. (2017) *Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour*. Concurrent Cohort Study. Women and Birth 30, 214-220.
- Pocwierz-Marciniak, I.; Harciarek, M. (2021) *The Effect of Musical Stimulation and Mother's Voice on the Early Development of Musical Abilities: A Neuropsychological Perspective* International Journal of Environmental Research and Public Health 2021, 18, 8467.
- Pommerencke, L.M.; Pant, S.W.; Ammitzbøll, J.; Laursen, B.; Pedersen, T.P. (2021) *Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel*. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Redshaw, M.; Henderson, J. (2013) *From antenatal to postnatal depression: associated factors and mitigating influences*. Journal of Women's Health. 2013 (6): 518-525.

- Rosenwein S.V.; Kierkegaard, L.; Kusier, A.O.; Lassen, T.H.; Ammitzbøll, J.; Pedersen, T.P. (2020) *Betydningen af gravidens angst, depression og stress for fødselsfaktorer samt barnets udvikling og trivsel op til toårsalderen*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen.
- Rossen, L.; Hutchinson, D.; Wilson, J.; Burns, L.; Olsson, C.A.; Allsop, S.; Elliot, E.J.; Jacobs, S.; MacDonald, J.A.; Mattick, R.P. (2016) *Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health*. Archives of Womens Mental Health (2016) 19:609-622.
- Rugulies R.; Aust, B.; Madsen, IEH.; Burr, H.; Siegrist, J. (2013) *Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade?* The European Journal of Public Health 1. Juni 2013;23(3): 415-20.
- Sanfilippo, K.R.; Stewart, L.; Glover, V. (2021) *How music may support perinatal mental health: an overview* Archives of Women's Mental Health (2021) 24:831-839
- Smith-Nielsen, J.; Matthey, S.; Lange, T.; Væver, M.S. (2018) *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression*. BMC Psychiatry (2018)18:393
- Smith-Nielsen, J.; Egmoose, I.; Wendelboe, K.I.; Steinmejer, P.; Lange, T.; Vaever, M.S. (2021) *Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety?* BMC Psychology.
- Stern, S. (2010) *Forms of vitality. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Staneva, A.; Bogossian, F.; Pritchard, M.; Wittkowski, A. (2015) *The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review* Women and Birth 28 (2015) 179-193.
- Storm, S. (2017) Den menneskelige stemmes stimulering af krop og psyke - psykodynamisk stemmeterapi mod prænatal angst og depression I: C. Lindvang og B.D. Beck (red.) *Musik, krop og følelser*. Frydenlund academic.
- Stroka, M. (2022) *Global Disability Adjusted Life-Years Attributed to Mental Disorders Increased From 1990 to 2019*. General Psychiatry.
- Sundhedsstyrelsen (2022) *Danskeres sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. Sundhedsstyrelsen.
- Tanpradit, K.; Kaewkittikun, K. (2020) *The effect of perceived stress during pregnancy on preterm birth* International Journal Women's Health 12: 287.
- Tarr B, Launay J, Dunbar, R.I.M. (2014) *Music and social bonding: 'self-other' merging and neurohormonal mechanisms*. Frontiers Psychology, Sec. Auditory Cognitive Neuroscience, Volume 5, 1–10.
- Tuovinen, S.; Lahti-Pulkkinen, M.; Girchenko, P.; Heinonen, K.; Lahti, J.; Reynolds, R.M.; Hämäläinen, E.; Villa, P.M.; Kajantie, E.; Laivuori, H.; Raikonen, K. (2021) *Maternal antenatal stress and mental and behavioral disorders in their children* Journal of Affective Disorders 278 (2021) 57-65
- Van den Bergh, B.R.H.; van den Heuvel, M.I.; Lahti, M.; Braeken, M.; de Rooij, S.R.; Entringer, S.; Hoyer, D.; Roseboom, T.; Räikkönen, K.; King, S.; Schwab, M. (2019) *Prenatal development origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 117 (2020) 26-64.
- Videbech, P. (2021) *Fødselsdepression*. Læge- og patienthåndbogen. www.sundhed.dk.
- Vigod, S.N.; Brown, S.; Wilson, C.A.; Howard, L.M. (2016) *Depression in pregnancy*. BMJ 2016:352
- WHO (2022) *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child service*. Geneva: World Health Organization; 2022
- Williams, E.; Dingle, G.A.; Clift, S. (2018) *A systematic review of mental health and wellbeing outcomes of group singing for adults with a mental health condition* European Journal of Public Health
- Wisner, K.L.; Sit, D.K.Y.; McShea, M.C.; Rizzo, D.M.; Zoretich, R.A.; Hughes, C.L.; Eng, H.F.; Luther, J.F.; Wisniewske, S.R.; Costantino, M.L.; Confer, A.L.; Moses-Kolko, E.L.; Famy, C.S.; Hanusa, B.H. (2013) *Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings* JAMA Psychiatry. 2013 May; 70(5): 490-498.
- Woody, C.A.; Ferrari, A.J.; Siskind, D.J.; Whiteford, H.A.; Harris, M.G. (2017) *A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression*. Journal of Affective Disorder 219 (2017) 86-92
- Wulff, V.; Hepp, P.; Wolf, O.T.; Balan, P.; Hagenbeck, C.; Fehm, T.; Schaal, N.K. (2021) *The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother-infant bonding: a randomised, controlled study* Archives of Gynecology and Obstetrics (2021) 303:69-83.
- Yildiz, P.D.; Ayers, S.; Phillips, L. (2017) *The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis* Journal of Affective Disorders 208 (2017) 634-645.
- Zachariae, B. (2014) *Trivsel og håndtering af stress* Rosinante. Nota Bibliotek. Nota udgivelsesår: 2014. Rosinante.

Lidt om projektlederen

Sanne Storm er kandidat i musikterapi og har desuden en PhD grad fra Aalborg Universitet. Hun har også diplom på et Psykotraumatologisk grundkursus og en et-årig efteruddannelse i "Familedannelse & Perinatalt Mentalt Helbred", der er et uddannelsesforløb indenfor perinatal psykologi og perinatal psykiatri for professionelle på familedannelsesområdet.

Sanne Storm blev i 2009 involveret i udviklingen af en tidlig indsats mod angst og depression på Færøerne i samarbejde med Lilian Dam, sygeplejerske ved Psykiatrisk Depilin og daværende ledelse fra Gigni, sundhedsplejerskerne Bjarta Vilhelm og Ingvør Justinussen. Først som et terapeutisk tilbud, og siden 2012 som tovholder af en tværsektoriel Shared Care-organiseret tidlig indsats mod angst og depression.

I perioden 2015 og frem til februar 2021, samt under afviklingen af forskningsprojekter fungerede Sanne Storm desuden som teamleder af et flerfagligt Sertoymið barnsburðartunglyndi funderet ved Psykiatrisk Center under psykiatrisk ledelse. Teamet varetog udredning og behandling af de, som havde eller var i stor risiko for at udvikle fødselsdepression.

Sanne Storm introducerede sit fagområde, musikterapi, i det færøske sundhedsvæsen i 2002 og forsvarede sin PhD: "Research into the Development of Voice Assessment in Music Therapy" i 2013.

I perioden 2014 og frem til 2021 har Sanne Storm siddet i Landssygehusets forskningsråd som repræsentant for Psykiatrisk Center, og er desuden tilknyttet Depilin fyri Heilsu- og Almanagransking ved Fróðskaparsetur Føroya, samt vidensgruppen indenfor musikterapi ved Aalborg Universitet som gæsteforsker.



Tak til:

Først og fremmest en stor tak til 424 kvinder, der har gjort det muligt at udgive denne rapport. Jeg vil også gerne rette en stor tak til Gransk-ingarráðið og Sjúkrakassagrunnurin, Psykiatrisk Depilin, Gigni og Jordemodertjenesten for at støtte muligheden for dette forskningsprojekts gennemførelse.

Derforuden vil jeg gerne rette en særlig stor tak til Professor Ask Elklit, leder af Psykotraumatologisk Videnscenter, ved Syddansk Universitet, Danmark, for en uvurderlig personlig støtte og vejledning.

Også en stor tak til Annika Hoydal (jordemoder), Gitte Klein og Rannvá Sloan (psykologer), der har oversat Self-Compassion Scale fra engelsk til færøsk. Også en stor tak til kollegaer, der afprøvede det oversatte spørgeskema.

Der er mange personer, som har vist mig deres engagement i emnet og givet mig personlig såvel som faglig støtte i dagligdagen, på arbejdet, i mødet og samtalen om dette emne. Jeg er meget taknemmelig for den støtte.

Sidst, men ikke mindst en stor tak til min husbond, Ole Wich for hans uvurderlige daglige støtte i mit arbejde og for at være en fast klippe i stormfulde perioder.

Forsideillustration: Sigrun Gunnarsdóttir: »Tey trý«, 2014

Foto s. 55 Can Stock Photo Inc.

Foto s. 65: Sanne Storm

Foto s. 70: Ole Wich

Bagsidefoto: Hanna Elisa Arge

Grafisk design, layout og opsætning: Wichgrafik

Print: Estra, Gøta, Færøerne

Maj 2023

