

**Artiklen beskriver,** hvordan sundhedsplejersker på Nørrebro screener mødre og fædre for efterfødselsreaktion. Hvis screeningen indikerer, at mødrene har en efterfødselsreaktion, tilbydes de et kognitivt gruppeforløb. Evalueringerne er positive, men forfatterne understreger, at et sådant gruppeforløb kræver, at sundhedsplejerskerne har efteruddannelse i kognitiv terapi.

# Hjælp til kvinder med efterfødselsreaktion

AF MARIANNE JEPPESEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, SUNDHEDSFAGLIG SUPERVISOR OG KOGNITIV PSYKOTERAPEUT, OG ANNETTE KORSGAARD, SUNDHEDSPLEJERSKE, KLINISK VEJLEDER OG KOGNITIV PSYKOTERAPEUT

Kvinder med efterfødselsreaktion, herunder fødselsdepression, har siden 2004 været et fokusområde for sundhedsplejen på Nørrebro, Københavns Kommune (se boks 1 herunder). Mødrene er blevet tilbudt screening med Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) samt ved behov mulighed for deltagelse i et gruppeforløb, se boks 2 side 56. Gennem årene har gruppetilbuddet gradvist udviklet sig på baggrund af vores erfaringer og de enkelte kvinders evalueringer. I 2008 besluttede vi som følge af vores fireårige efteruddannelse til kognitive psykoterapeuter at tilbyde kvinderne et gruppeforløb ud fra en kognitiv referenceramme inspireret af den amerikanske psykolog Sheldon Rose (1). Dette har givet et tilfredsstillende forløb både for kvinderne og for os som gruppeledere.

Vi ved, at en efterfødselsreaktion vil aftage over tid, men af hensyn til kvindens tilknytning til sit spædbarn og dermed barnets udvikling og trivsel har vi vurderet, at det er et vigtigt indsatsområde, som dog kræver undervisning, efteruddannelse og supervision af sundhedsplejerskerne. Siden starten

af april 2010 har vi i samarbejde med chefpsykolog Svend Aage Madsen fra Rigshospitalets Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning tilbudt både mødre og fædre at blive screenet for fødselsdepression med EPDS og Gotland Male Depression Scale, se boks 3 side 58.

## Efterfødselsreaktioner er tabu

Vi præsenterer tilbuddet om screening i første hjemmebesøg og udleverer samtidig en folder, som informerer om screeningen, symptomerne på en efterfødselsreaktion, samt hvilken hjælp man kan få. Forældrene tilbydes screeningen mellem en og fem måneder efter fødslen, oftest når barnet er omkring to måneder gammelt. Ved tydelige tegn på efterfødselsreaktion tilbydes screeningen tidligere, og den kan gentages senere, hvis det skønnes relevant. Vi har erfaret, at det er godt at sætte emnet efterfødselsreaktion på dagsordenen i hjemmebesøgene, fordi emnet er tabubelagt. Samtalen om forældrenes psykiske velbefindende virker både forebyggende i forhold til udviklingen af en eventuel efterfødselsreaktion og samtidig lindrende, hvis forældrene har det svært. Ud over samtalen i besøget kan mødrene henvises til deltagelse i et kognitivt gruppeforløb, og begge forældre kan henvises til sundhedsplejens Anonyme Rådgivning, hvor en sundhedsplejerske med minimum et års efteruddannelse i kognitiv terapi tilbyder fem samtaler.

## Fra åbne til lukkede gruppeforløb

Den enkelte kvinde henvises oftest fra egen sundhedsplejerske til eventuel deltagelse i gruppeforløbet i forbindelse med EPDS-screeningen. Vi kontakter alle henviste kvinder telefonisk og spørger ind til kvindens problemer og forventninger til gruppeforløbet. Samtidig informerer vi om gruppeforløbets rammer, struktur og indhold. Vi sikrer ligeledes, at den enkelte kvinde har børnepasning, da gruppeforløbet som udgangspunkt er uden børn.

Oprindeligt var vores gruppetilbud for kvinder med efterfødselsreaktion en åben gruppe, hvilket betød, at der løbende kom kvinder ind og ud af

### »» BOKS 1. FAKTA OM EFTERFØDSLSREAKTION

At få et barn og dermed blive en større familie er for de fleste en overvældende begivenhed, som ud over glæde også giver anledning til bekymring og uro. Det er helt normalt at have det sådan. Men nogle kvinder vil opleve, at manglende glæde, tristhed, øget irritabilitet, angst, ængstelse og en følelse af at være ulykkelig fylder mere end glæden over barnet og at være blevet mor. Man taler så om at have en efterfødselsreaktion. Det vil ofte opleves skamfuldt, og det kan være svært at erkende, at man ikke er lykkelig, når nu en lykkelig begivenhed som at få et barn og blive mor er indtruffet. Inderst inde har man måske indimellem tanker om at få livet før familieførelsen tilbage. Mange kvinder vil fortælle, hvordan de har det, og vil forsøge at holde facaden i forhold til andre. Og hvis de taler om det, vil reaktionen fra andre måske være, at de bare skal tage sig sammen. Så kvinderne vil desperat forsøge at lade, som om alt er i den skønneste orden, selvom det er meget lidelsesfuldt at have en efterfødselsreaktion. Uden behandling vil en efterfødselsreaktion gradvist aftage over tid, men der er øget risiko for udvikling af en depression i forbindelse med en ny graviditet. Med behandling samt støtte og opbakning fra omgivelserne vil forløbet afkortes, og man vil udvikle nye kompetencer og dermed blive bedre rustet til at klare de udfordringer, som fremtiden vil bringe.



ARKIVFOTO: ISTOCK

”Vi har erfaret, at det er godt at sætte emnet efterfødselsreaktion på dagsordenen i hjemmebesøgene, fordi emnet er tabubelagt.”

gruppen. Af flere grunde besluttede vi i starten af 2008 at forsøge med en lukket gruppe. Der er både fordele og ulemper forbundet med henholdsvis en åben og lukket gruppe, men vi var nået dertil, at vi syntes, ulemperne ved en åben gruppe oversteg fordelene, og at tiden var moden til at afprøve nye idéer i vores gruppetilbud.

Følgende ulemper var udslagsgivende for os:

- Kvinderne i gruppen gav udtryk for frustration over at skulle forholde sig til de nye kvinder, der kom ind i gruppen hen ad vejen. Det påvirkede samhørigheden, tilliden og trygheden i gruppen i negativ retning.
- Der var ikke stabilt fremmøde. Det kan muligvis begrundes i ovenstående.
- Ofte gik der for meget tid med gentagen præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Der var ikke en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet. Det betød, at vi ikke kunne tage udgangspunkt i emner, der allerede var drøftede, og bygge videre på det, vi tidligere havde talt om.
- Vi var ikke i stand til på tilfredsstillende vis at imødekomme kvindernes ønske om at lære kon-

krete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi kunne se følgende fordele ved en lukket gruppe:

- Alle kvinderne startede og sluttede samtidig i gruppen. Det ville påvirke samhørigheden, tilliden og trygheden i gruppen i positiv retning.
- Vi forventede af samme grund et mere stabilt fremmøde.
- Vi skulle kun indledningsvis i gruppeforløbet arbejde med præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Vi ville opnå en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet, hvilket ville medføre mulighed for at tage udgangspunkt i allerede drøftede emner.
- Vi kunne imødekomme kvindernes ønske om at lære konkrete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi mødes med gruppen hver anden tirsdag kl. 13.30-15.30 bortset fra de tre første gange, hvor vi mødes med en uges interval, i alt ni gange enten hen over efteråret eller foråret. Når vi starter gruppen, udleverer vi et program for gruppeforløbet med en kort

**»»» BOKS 2. EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)**

De 10 udsagn, som mødrene og fædrene skal forholde sig til

Du har for nylig fået et barn. De følgende 10 spørgsmål skal belyse, hvordan du har haft det i løbet af de sidste syv dage – og altså ikke blot i dag. Sæt kryds ud for det svar, du synes passer bedst på spørgsmålet.

**A. Jeg har været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side**

- (0) Lige så meget som jeg altid har kunnet
- (1) Ikke helt så meget som tidligere
- (2) Afgjort ikke så meget som tidligere
- (3) Overhovedet ikke.

**B. Jeg har med glæde set frem til forskellige ting**

- (0) Lige så meget som jeg tidligere har gjort
- (1) En del mindre end jeg tidligere har gjort
- (2) Afgjort mindre end jeg tidligere har gjort
- (3) Næsten ikke.

**C. Jeg har unødvendigt bebrejdet mig selv, hvis noget er gået galt**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, af og til
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**D. Jeg har været nervøs og bekymret uden god grund**

- (0) Nej, overhovedet ikke
- (1) Meget sjældent
- (2) Ja, nogle gange
- (3) Ja, meget ofte.

**E. Jeg har været angst og panikslagen uden god grund**

- (3) Ja, en hel del
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, ikke meget
- (0) Nej, overhovedet ikke.

**F. Jeg har haft svært ved at overskue min situation**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, det meste af tiden har jeg kunnet overskue min situation
- (0) Nej, jeg har kunnet overskue min situation lige så godt, som jeg plejer.

**G. Jeg har været så ulykkelig, at jeg har haft svært ved at sove**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**H. Jeg har været ked af det og ulykkelig**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, ret tit
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**I. Jeg har været så ulykkelig, at jeg har grædt**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, ret tit
- (1) Nej, kun ved enkelte lejligheder
- (0) Nej, aldrig.

**J. Tanken om at gøre skade på mig selv har strejft mig**

- (3) Ja, ganske ofte
- (2) Nogle gange
- (1) Meget sjældent
- (0) Aldrig.

For kvinder gælder: Mulig depression = 13 point eller højere

For mænd gælder: Mulig depression = 10 point eller højere (9).

**»» beskrivelse af de enkelte møder (se boks 4 side 59).**

Som programmet viser, arbejder vi kognitivt hele forløbet igennem. Når man arbejder med kognitiv terapi som referenceramme, indebærer det fokus på sammenhængen mellem den enkeltes negative automatiske tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd i en konkret belastende situation. Denne kognitive model kaldes Diamanten (2). Den mening, man tillægger situationen, er bestemmende for, hvad man føler, og hvad man gør. Tankerne kaldes automatiske, fordi de er selvstyrende og ukritisk accepteres som sande og gyldige, selvom de ofte er overdrevne eller ugyldige. De automatiske tanker, som er situationsbundne, konkrete og kan udtrykkes som udsagn eller forestillinger, danner udgangspunkt for en nærmere undersøgelse, hvor man anvender en særlig spørgeteknik, som kaldes sokratisk

dialog (3,4). Gennem spørgsmålene undersøges tankerne, hvilket skaber mulighed for, at alternative tanker (3) kan fremkomme, og tænkningen kan blive mere nuanceret. Dette medfører følelsesmæssig lettelse og giver mulighed for en mere hensigtsmæssig adfærd. Kvinderne hjælper i denne proces hinanden med at få andre perspektiver på konkrete situationer. Et vigtigt element i kognitiv terapi er, at man arbejder meget struktureret med en dagsorden (5). Desuden anvendes hjemmearbejde, hvor den enkelte får mulighed for at arbejde videre med et konkret problem indtil næste møde (3).

**Svært at kommunikere med de nærmeste**

Som det fremgår af programmet, arbejder vi på et af de sidste møder med assertiv kommunikation (6). Det er vores erfaring fra de kvinder, der har deltaget



i vores gruppeforløb, at mange har kommunikative vanskeligheder, som især kommer til udtryk i de nære relationer med kærestes, ægtefæller, venner og forældre. Vi tager udgangspunkt i en konkret uhen-sigtsmæssig situation, og kvinderne får inspiration til andre måder at kommunikere på samt mulighed for at øve sig i at udtrykke sig mere konstruktivt f.eks. i et rollespil.

Vi arbejder også med ”Personlige rettigheder” (2), som er formuleret som universelle rettigheder, der gælder for alle mennesker i deres indbyrdes samspil og kommunikation. Eksempler på disse personlige rettigheder er: retten til at sige fra, retten til at tage fejl, retten til at skifte mening, retten til ikke at vide, retten til at bede om hjælp, retten til at stille krav og retten til at være anderledes. Disse personlige rettigheder gør ofte stort indtryk på kvinderne og hjælper dem til at få øje på, at de ikke behøver at være perfekte og skulle kunne klare alt selv, men at det er i orden at bede om hjælp.

### Lukkede gruppeforløb er en gevinst

Evalueringerne har siden 2008 vist, at det lukkede kognitive gruppeforløb har levet op til vores forventninger om større tilfredshed hos deltagerne, fordi de oplever at få konkrete redskaber til at kunne arbejde mere fremadrettet og konstruktivt med deres problemer i forbindelse med at være blevet mor. Vi har registreret, at kvinderne møder stabilt op. Der er stor samhørighed, kvinderne åbner sig og fortæller om meget private og vanskelige følelser på en måde, som man kun kan gøre, når man føler sig meget tryk. Der er nu en tydelig startfase, en ar-

bejdsfase og slutfase, og det har været meget tilfredsstillende, at vi har kunnet arbejde kontinuerligt med de programsatte emner.

De sidste tre forløb med i alt 18 kvinder er evalueret ved hjælp af EPDS og et evalueringsskema. På evalueringsskemaet skal kvinderne angive de tre vigtigste ting, som de har fået ud af at deltage i gruppen, og give en samlet vurdering ud fra følgende skala: Meget udbytterigt – udbytterigt – mindre udbytterigt – slet ikke udbytterigt. To ud af de 18 kvinder har vi ikke fået en evaluering fra. Af de 16 kvinder har 11 kvinder et markant fald i deres EPDS-point på mellem 40 pct. og 90 pct. målt fra gruppestart til slutning. De resterende fem kvinder har en reduktion mellem 10 pct. og 20 pct. Samtlige kvinder giver udtryk for at have fået redskaber til håndtering af deres vanskeligheder, større accept af sig selv og forståelse for, at de ikke skal være perfekte for at være gode mødre. To tredjedele af kvinderne svarer, at forløbet har været meget udbytterigt, og den resterende tredjedel svarer udbytterigt.

### Gruppeforløb med eller uden børn?

Da vi startede vores gruppeforløb i 2004, var betingelsen for at deltage, at man ikke havde sit barn med, og det var svært for mange. Mødrene kunne enten

**”Det er vores erfaring fra de kvinder, der har deltaget i vores gruppeforløb, at mange har kommunikative vanskeligheder, som især kommer til udtryk i de nære relationer med kærestes, ægtefæller, venner og forældre.”**

ikke finde pasning i de to timer, gruppen varede, eller ikke få sig selv til at overlade barnet til en anden. Vi sad på et tidspunkt med én enkelt mor, som selv foreslog, at det var bedre, hvis der kom nogle flere mødre, og siden har vi accepteret, at man undtagelsesvis kan tage barnet med, men som udgangspunkt skal der være pasning til barnet. Mødrene giver udtryk for, at de får større udbytte af gruppeforløbet, når barnet ikke er med. De seneste år har kvinderne ikke givet udtryk for vanskeligheder ved at komme uden børn, de er oftest hjemme sammen med deres fædre. Derfor er det ikke længere en udfordring, vi

**»» BOKS 3. GOTLAND MALE DEPRESSION SCALE**

Har du selv, eller har andre i løbet af den sidste måned, bemærket, at du opfører dig anderledes, end du plejer, og i givet fald på hvilken måde? (Sæt kryds).

**1. Lavere stresstærskel/mere stresset, end du plejer**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**2. Mere aggressiv, udadreagerende, besvær med selvkontrol**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**3. Følelse af udbrændthed og tomhed**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**4. Konstant, uforklarlig træthed**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**5. Mere irriteret, rastløs og frustreret**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**6. Besvær med at træffe almindelige beslutninger i hverdagen**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**7. Søvnforstyrrelser: Sover for meget/for lidt/uroligt, besvær med at falde i søvn/vågner tidligt**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**8. Især om morgenen at have en følelse af uro/ængstelse/ubehag**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**9. Overforbrug af alkohol og piller for at opnå en beroligende og afslappende virkning. At du er overaktiv, eller at du afreagerer ved at arbejde hårdt og rastløst, jogge eller dyrke anden form for idræt, spise for meget eller for lidt.**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**10. Føler du, at din opførsel er ændret på en sådan måde, at hverken du selv eller andre kan genkende dig, og at du er svær at have med at gøre?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**11. Har du følt dig, eller har andre opfattet dig som dystert, negativ eller præget af håbløshed, hvor alt ser sort ud?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**12. Har du selv eller andre bemærket, at du har større tendens til selvmedlidenhed, til at være klagende eller til at virke ynkelig?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**13. Er der i din biologiske familie tendens til misbrug, depression/nedtrykthed, forsøg på selvmord eller tilbøjelighed til en adfærd, der indebærer fare.**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

For både mænd og kvinder gælder: Mulig depression = 13 point eller højere (10).

skal tage hånd om. I de første par år var gruppen åben, og mødrene kunne selv bestemme, hvornår de ville slutte i gruppen, dvs. der kom løbende nye mødre ind, og andre forlod gruppen, når de var klar til det.

### Sæt dagsordenen og hold fast

Den allerførste gang, den enkelte kvinde mødte op i gruppen, præsenterede hun sig for de andre og fortalte, hvorfor hun var kommet i gruppen. De andre, som allerede var i gruppen, fortalte kort, hvem de var, og hvorfor de var startet i gruppen. Det var ofte følelsesmæssigt meget stærke historier, som gjorde et stort indtryk på alle, som var til stede. Alle møder startede med en "siden sidst"-runde, og der kom mange emner op, som vi tog udgangspunkt i, når vi skulle beslutte dagens emne. Vi gav kvinderne meget plads til at være på og til at reagere på hinanden. Til slut var der en runde, hvor man kunne sige noget om, hvordan det havde været at være til stede i gruppen den dag. Vores rolle var at være gruppeledere og sørge for, at alle kom til orde.

Undervejs fandt vi ud af at være mere styrende med hensyn til at sætte en dagsorden, fordi vi kunne se, at der var emner, som de fleste havde glæde af at tale om. Et vigtigt emne var: Hvad vil det sige at være en god mor? Vi oplevede, at kvinderne kredsede meget om at have skyldfølelse, og om de var en god mor for deres barn. Derfor blev det oplagt, at de måtte definere, hvad det ville sige for den enkelte at være en god mor. Emnerne udviklede sig til at omhandle forholdet til egen mor, evt. far, og hvordan egen opvækst havde været.

### Udviklingen af gruppeforløbet

Gruppeforløbet har gradvist udviklet sig gennem årene og udvikles fortsat på baggrund af vores erfaringer og kvindernes evalueringer. Vi justerer ligeledes vores program ud fra, hvordan den aktuelle gruppe fungerer. Kvindernes viden om kognitiv terapi, deres indbyrdes relationer og samspil har betydning for de beslutninger, vi tager som gruppeledere. Vi mener, at det, der har betydning, er, at gruppelederne har en terapeutisk efteruddannelse, som danner referenceramme for arbejdet.

### En risiko for barnets udvikling

Det kan have store konsekvenser for kvinden, hendes barn og hendes familie, hvis hun ikke får tilbudt en behandling af sin efterfødselsreaktion. Hvis moderen gennem længere tid går rundt med en fødselsdepression, og der ikke er en far eller anden voksen

**"Undervejs fandt vi ud af at være mere styrende med hensyn til at sætte en dagsorden, fordi vi kunne se, at der var emner, som de fleste havde glæde af at tale om. Et vigtigt emne var: Hvad vil det sige at være en god mor?"**

til at overtage ansvaret for barnet, vil det betyde, at barnets udvikling og trivsel er truet. En ubehandlet fødselsdepression øger samtidig risikoen for, at kvinden udvikler en ny fødselsdepression i tilfælde af en ny graviditet og fødsel (7,8). En efterfødselsreaktion kan altså udvikle sig fra at være en lidelse, der relativt nemt kan behandles, til at være en begivenhed med store konsekvenser for den pågældende families trivsel og sundhed.

*Marianne Jeppesen og Annette Korsgaard er ansat som sundhedsplejersker på Nørrebro i Københavns Kommune; marianne.jeppesen@live.dk*

### Litteratur

1. Rose SD. (Ikke publiceret) Kognitivt gruppearbejde i praksis – Øvelser med eksempler. Oversat og bearbejdet af Ulla Wattar. Fås ved henvendelse til artiklens forfattere.
2. Oestrich IH. Selvværd og nye færdigheder. Manual til dig i udvikling. 1. udgave København: Dansk psykologisk Forlag; 2008.
3. Mørch MM. & Rosenberg NK. Kognitiv terapi. In: Mørch

### »»» BOKS 4. PROGRAM FOR MØDERNE I GRUPPEFORLØBET

1. møde: Præsentation af programmet, forventninger og rammer for forløbet. En kursist fra et af vores tidligere forløb fortæller om sin efterfødselsreaktion, og hvad det gav hende at deltage i gruppen. Alle udfylder en EPDS.
2. møde: Yderligere præsentation gennem en case. Introduktion til den kognitive model "Diamanten."
3. møde: Alle kvinderne får mulighed for at arbejde med egen "Diamant" ud fra en kritisk situation.
4. møde: Fortsættelse af arbejdet med "Diamanten."
5. møde: Introduktion til og træning i alternative tanker.
6. møde: Fortsættelse med alternative tanker.
7. møde: Introduktion til kerneantagelser, leveregler og livsstrategier. Træning af mere hensigtsmæssig adfærd.
8. møde: Introduktion til og træning af assertiv kommunikation.
9. møde: "Personlige rettigheder" gennemgås. Alle udfylder en ny EPDS. Skriftlig og mundtlig evaluering.



## Barnløs på grund af klamydia

Desværre, du kan ikke få børn. Den besked vil ca. 480 kvinder mellem 16 og 25 år få hvert år, fordi de har haft en ubehandlet infektion med klamydia. Infektion med klamydia er hvert år årsag til 4.000 tilfælde af underlivsbetændelse, 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen og 60 tilfælde af kroniske underlivssmerter. 50-75 pct. af alle klamydiainfektioner er symptomløse, og der er ikke nogen systematisk screening, så den eneste måde at undgå infektion på er ved at benytte kondom.

En overvægt af de i alt 29.825 personer, som fik påvist klamydia i 2009, er bosat i hovedstaden. Her som i resten af landet er der grund til at forbedre kvaliteten af seksualundervisningen, et arbejde som en del sundhedsplejersker er meget involverede i.

Klamydia påvises gennem en urinprøve, og kravet må være, at unge mennesker kender ordet klamydia, smitteveje, konsekvenser af infektion og forebyggelse, inden de forlader folkeskolen. Der må sættes ind med dygtig oplysning på skoler, ungdomsskoler, efterskoler, Facebook m.m., så klamydiakurven kan knækkes.

(jb)

*"Infektion med klamydia er en markør for usikker sex," skriver Statens Serum Institut på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) > seneste nyt > klamydia 2009 > epi-nyt*

## Tandbørstning redder liv på plejehjem

En stor amerikansk undersøgelse hos voksne patienter i respiratorbehandling har bekræftet, at grundig mundhygiejne signifikant reducerer hyppigheden af ventilatorassocieret pneumoni (læs bl.a. *Sygeplejersken* nr. 8/2007) og de deraf følgende omkostninger. Men at en god mundhygiejne også kan redde liv på plejehjem, er måske mindre kendt viden.

I en japansk undersøgelse blev 417 plejehjemsbeboere fordelt tilfældigt til en mundhygiejnegruppe og en kontrolgruppe. I den første gruppe hjalp sygeplejersker og sygehjælpere beboerne med at børste tænder efter hvert måltid, og tandlæger eller tandplejere udførte professionel mundhygiejne på beboerne en gang om ugen. I kontrolgruppen fortsatte den almindelige standard for mundpleje.

Undersøgelsen viste et tydeligt fald i forekomst af lungebetændelse i mundhygiejnegruppen, færre dage med feber, og ikke mindst færre dødsfald som følge af lungebetændelse.

Man regner med, at ca. et ud af hvert 10. dødsfald pga. pneumoni blandt plejehjemsbeboere kan forebygges ved en god mundhygiejne, så frem med tandbørsten på plejehjemmene.

(er)

Kilder: Garcia R et al. Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: a 48-month study. *Amer J Crit Care*. 2009;18:523-32.

Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of American Geriatric Society* 2008(56)11:2124-30.

### Svar på Testen side 52

1: a., 2: b., 3: b., 4: a., 5: b.

- MM. & Rosenberg NK, editor. Kognitiv terapi. Modeller og metoder. 1. udgave København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
4. Berge T & Repål A. Kognitiv terapi i praksis. København: Akademisk forlag; 2004.
5. Beck JS. Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksion. København: Akademisk forlag; 2006.
6. Oestrich IH. Selvværd og nye færdigheder. Manual til terapeuten. 1. udgave København: Dansk psykologisk Forlag; 2008. p. 97.
7. Gullestrup L & Terp IM. Fødselsdepression. 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag; 2008.
8. Madsen SAa. Bånd der brister – Bånd der knyttes. København: Hans Reitzels Forlag; 1996.
9. Cox J & Holden J. Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Post-natal Depression Scale. London: Gaskell; 2003.
10. Rutz W, Rihmer Z. & Dalteg A. The Gotland Scale for assessing male depression. *Nord J Psychiatry* 2002; 56(4): 265-71).

### ►► ENGLISH ABSTRACT

Jeppesen M, Korsgaard A. Nurses help women with postpartum reaction. *Sygeplejersken* 2010;(15):54-60.

Postpartum reaction can have significant consequences for both the woman and her family. The woman's mental vulnerability affects the bond between her and the newborn. Untreated postpartum reaction may impact negatively on the child's development. For many years, health visitors in Nørrebro have worked to identify postnatal reactions using the Edinburgh Post-natal Depression Scale. Two health visitors' supplementary training in cognitive therapy inspired them to develop a cognitive group approach for women with postpartum reaction. A cognitive reference framework involves a focus on the link between negative automatic thoughts, feelings, physical sensations and behaviour in specific situations. Through socratic dialogue, and supported by other participants in the group, the women are helped to gain insight into their own negative thoughts and own undesirable behaviour, and to learn new skills which can be used in the present and later on in life.

The conclusion is that women with postpartum reaction can be helped by participating in a cognitive group setting, whereby the negative consequences of the postpartum reaction on the child, the woman and her family is minimised.

Key words: Postpartum reaction, cognitive therapy, cognitive group setting, health visiting.

Copyright of Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing is the property of Dansk Sygeplejerad and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.