

Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

**Depressiva reaktioner
hos blivande och nyblivna mödrar
- kvinnors och mäns upplevelser av föräldraskap
första året efter barnets födelse**

Louise Seimyr



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2011

Teckningen, Sorrow, på omslaget är gjord av Vincent van Gogh, 1882.

All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.

Published by Karolinska Institutet. Printed by Universitetservice US-AB

© Louise Seimyr, 2011

ISBN 978-91-7457-374-9

ABSTRACT

The overall **aim** of this thesis was to study the prevalence of maternal emotional distress and depressive mood in pregnant and new mothers and the consequences for women's and men's perceptions of the unborn and newborn infant, parenthood and everyday life during the first year after childbirth.

Method: Project A: A total of 232 women in Stockholm filled out three screening instruments for depression after the birth of their first baby: Beck Depression Inventory (BDI), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Postpartum and Depression Symptoms Rating Scale (PPDS) as well as to complete various background data.

Project B: A total of 298 women and their partners (n=282) were recruited from antenatal clinics in Stockholm to participate in a longitudinal study, including assessment at two months before, two months after, and one year after childbirth. The following questionnaires were used: Demographic and psychosocial background data, EPDS and Maternal/ Paternal Fetal Attachment Scale (MFA/PFA); EPDS and Infant Characteristic Questionnaire (ICQ); EPDS and Experiences of Motherhood/Fatherhood Questionnaire (EMQ/EFQ).

Results: Background data were compared with the outcome of the screening scales at 4-6 weeks and 10-12 weeks after the birth of the first child. EPDS measured during the last 2 months of pregnancy showed a stronger prediction of depressed mood at one year ($r=0.45$, $p<0.05$) compared to EPDS measured two months after childbirth ($r=0.26$, $p<0.05$), correlating with the MFA and PFA. Physical aspects of pregnancy and the perception of fetal movements were assessed differently by women with and without signs of depression ($p=0.03$ and $p=0.01$ respectively). Parents' perceptions of their infant's temperament were assessed at two months after childbirth; families where the mother was possibly depressed ($EPDS \geq 13$) both fathers ($p=0.05$) and mothers ($p=0.03$) perceived their infant as fussier compared to families with a non-depressed mother. No difference emerged on the other ICQ-subcales. Depressed mood in women cast a long shadow over the mothers' view of life one year after childbirth; both women and men were less satisfied with their sex life. The findings are discussed in relation to the midwife's professional responsibility for maternal care and reproductive health for women, their partner's and their children.

Key words: perinatal, postpartum, depression, infant temperament, maternal, paternal, fetal attachment, motherhood, parenthood.

PUBLIKATIONER

- I **Seimyr L, Welles-Nyström B, Nissen E (2011) A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. (submitted)**
- II **Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjögren B (2004) In the shadow of maternal depressed mood: Experiences of parenthood during the first year after childbirth. J Psychosom Obstet Gynecol 25:23-34**
- III **Seimyr L, Sjögren B, Welles-Nyström B, Nissen E (2009) Antenatal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. Arch Womens Ment Health 12:269-279**
- IV **Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Widström A-M (2000) 'Fussy child – difficult parenthood'? Comparisons between families with a 'depressed' mother and a non-depressed mother 2 months postpartum. J Reprod Infant Psychol 18(3):225-238**

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Psykisk ohälsa är ett samhällsproblem	2
Att bli föräldrar – en omvälvande livshändelse.....	4
Mödrars upplevelser av lycka eller olycka och stress efter barnets födelse.....	5
Psykisk ohälsa i samband med graviditet och barnsbörd.....	6
Mödrars upplevelser av depression efter barnets födelse	8
Perinatal depression – riskfaktorer före och efter barnets födelse	9
Kan tecken på depression upptäckas med hjälp av frågeformulär?.....	10
Prevention av psykisk ohälsa inom mödrahälsovården	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
MATERIAL OCH METOD	15
Projekt A (Delarbete I).....	15
Design	15
Urval	15
Datainsamling.....	15
Projekt B (Delarbete II-IV)	17
Design	17
Urval	17
Datainsamling.....	18
Statistiska metoder i projekt A och B	21
Etiska överväganden för projekt A och B	21
RESULTAT	23
Hur många blivande och nyblivna mödrar hade tecken på depression?	23
Projekt A (Delarbete I).....	23
Projekt B (Delarbete II-IV)	26
DISKUSSION	38
Psykisk ohälsa - tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar	38
Psykisk ohälsa under graviditet ökar risken för depression	41
Relationen till det väntade barnet	42
Konsekvenser av depressiva tillstånd på kort sikt efter barnets födelse.....	43
Konsekvenser av depressiva tillstånd på lång sikt efter barnets födelse	44
Vad förväntas - vad kan - barnmorskor inom mödrahälsovården göra?	45
Metoddiskussion.....	48
Framtida studier.....	54
Slutsatser och implikationer.....	55
TILLKÄNNAGIVANDE	57
REFERENSER	59

LISTA ÖVER FÖRKORTNINGAR

BDI	Beck Depression Inventory
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
PDRS	Postpartum Depression Rating Scale
EMQ/EFQ	Experiences of Motherhood/Fatherhood Questionnaire
ICQ	Infant Characteristics Questionnaire
MFA	Maternal – Fetal Attachment Scale
PFA	Paternal – Fetal Attachment Scale
SEM	Structural equation modelling
MHV	Mödrahälsovård
MVC	Mödravårdscentral
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale

INLEDNING

Mitt medvetande om blivande och nyblivna mödrars själsliga smärta väcktes en söndag i augusti 1963, då en ung mor några få timmar efter barnets födelse hoppade ut från BB på femte våningen. Vi två, som kom fram till henne först, hörde henne säga: *“Jag har så ont. . . . så ont i själen . . och det kan ni inte göra något åt.”* Det var hennes sista ord och det sätt, som hon uttryckte dem på gjorde att jag inte har glömt dem. Vad kände och tänkte hon, där hon låg och väntade på hårda marken? Vad ville hon säga? Ville hon trösta? Ville hon avlasta oss skuld eller tvärtom, säga att alla varit otillräckliga, då ingen hjälpt henne med hennes själsliga smärta? Jag var sommarvikarie på förlossningsavdelningen den söndagen, men hade tidigare i veckan varit extravak hos henne på psykiatriska kliniken. Jag kände fortfarande ett visst ansvar för henne och följde med henne till akutmottagningen, där hon senare avled. Tiden verkade stå stilla. Jag vet inte hur lång tid jag var borta från förlossningsavdelningen. Ingen frågade var jag hade varit. Ingen nämnde heller ett ord om det tragiska, som hade hänt. Den totala tystnaden gjorde, att händelsen under lång tid kändes överklig för mig, ända tills jag långt senare läste om den i en bok (Wretmark 1983). I boken fick jag veta, att kvinnan som var extravak hos den nyblivna mamman den söndagen, blev inlagd för akutvård på psykiatriska kliniken. Under årens lopp har minnet av ögonblicket, då vi kom fram till henne ofta återkommit. Hennes budskap är uppmanande: ”Visst kan vi göra något för blivande och nyblivna mödrar, som har ont i själen!” Den tanken har stärkts till övertygelse i möten med personer, som är engagerade i Marcé Society, Postpartum Support International, PSI och International Society of Psychosomatic Obstetric and Gynecology, ISPOG.

En blivande eller nybliven mor, som har 'ont i själen' bör uppmärksammas, även om vi inte kan **göra** så mycket kan vi **höra** hur hon har det. Samtalen är ett av barnmorskans bästa redskap för att bemöta kvinnan så att hon känner sig bekräftad, accepterad och förstådd. Barnmorskor är förvisso inte psykoterapeuter utan sjuksköterskor, som ofta har erfarenhet av avancerad omvårdnad med möten och samtal med människor i svåra livssituationer. Omvårdnadsarbete innebär att arbeta med mänskliga relationer, därför är möjlighet till konsultation hos läkare och psykologer och samverkan med andra professioner inom mödra- och barnhälsovården, samt yrkesmässig handledning av stor betydelse för att kunna erbjuda kvinnorna och deras familjer adekvat stöd och behandling.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa är ett samhällsproblem

I början av 1990-talet visste vi inte hur vanlig psykisk ohälsa, som tog sig uttryck i tecken på depression, var hos blivande och nyblivna mödrar. I avhandlingen studerades förekomsten av tecken på depression hos mödrar före och efter förlossningen och dess konsekvenser för föräldrarnas föreställningar om det väntade barnet och mentala förberedelse inför att vårda barnet, samt för föräldrarnas syn på barnet, föräldraskapet och vardagslivet två månader och ett år efter barnets födelse.

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem med högt pris sett ur såväl ett samhällsekonomiskt som individuellt perspektiv, och drabbar i allt större utsträckning barn och ungdom (SOU 2006:77). Våren 2007 gav regeringen Socialstyrelsen uppdrag att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av psykisk ohälsa. Deras definition av begreppen *psykisk ohälsa* och *psykisk sjukdom* och *prevention av psykisk ohälsa* (Socialstyrelsen 2008, 2009) stämmer väl överens med synen på psykiska problem och förebyggande hälsovård i den här avhandlingen. *Psykisk ohälsa* är psykiska symtom som är vanliga men oönskade, upplevs som negativa och ökar risken för psykisk sjukdom. Psykisk ohälsa kan komma till uttryck i symtom som nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter – symtom som är plågsamma, men inte så uttalade att de kan klassificeras som psykisk sjukdom. *Psykisk sjukdom/störning/funktionsnedsättning* är psykiska symtom som ger stort lidande och/eller försämrade funktion. Sjukvården gör bedömningen om symtomen är tillräckligt många och uttalade för att överensstämna med fastställda kriterier för en definierad diagnos.

Bakgrunden till psykisk hälsa/ohälsa kan beskrivas i bio-psyko-sociala modeller, där olika risk- eller sårbarhetsfaktorer kan bidra till psykisk ohälsa och frisk- eller skyddande faktorer kan främja psykiskt välbefinnande och hälsa. Det kan vara *biologiska faktorer* (gener, drifter, hormoner, fysisk hälsa), som påverkar den psykiska hälsan. Olika faktorer påverkar barnet redan under fosterlivet, dels arvet genom genetiska faktorer, dels miljön i livmodern i form av infektioner, brister i moderns hälsobeteende som rökning, alkohol och stress. Det kan även vara *psykologiska faktorer och sociala faktorer* som påverkar den psykiska hälsan. I en stabil miljö sker

barnets psykologiska utveckling i vissa bestämda faser som utgör grund för individuell psykologisk anpassningsförmåga. Otrygga och destruktiva förhållanden med upprepade förluster kan leda till psykologisk felutveckling, bristande psykologisk uppbyggnad och psykisk ohälsa. Varje människa går in i sitt vuxenliv med goda eller mindre goda erfarenheter från uppväxten ”i ryggsäcken.” Brown och Harris (1978) studier om depression hos kvinnor visade, att en förlust av modern före elva års ålder, arbetslöshet, att ha tre barn eller flera under 14 år hemma och brist på ett nära och förtroligt förhållande till make eller vän bidrar till depression hos kvinnor.

Ju fler sårbarhetsfaktorer desto större risk för psykisk ohälsa, men skyddande faktorer kan kompensera genom tillgång till socialt stöd i det sociala nätverket, att ha ett arbete som ger ekonomisk trygghet och en känsla av att tillvaron är begriplig, hanterbar och meningsfull. En förlust av en viktig källa för tillfredställelse kan utlösa känslor av hopplöshet och ett depressivt upplevelsemönster orsakat av sårbarhetsfaktorer som bidrar till låg självaktning och nedvärdering av sig själv. De utlösande händelserna kan vara förändringar i livsroller och aktivitet, att möta hinder för att kunna realisera sina livsplaner, att flytta, att få eller förlora en sexpartner och hälsoproblem.

Socialstyrelsen (2008, 2009) beskriver olika nivåer av förebyggande arbete, som tar hänsyn till om människor är utsatta för risk för psykisk ohälsa. Med *universell prevention* menas en intervention som inte tar hänsyn till skillnader mellan hög – eller lågriskgrupper. Ingen enskild individ eller grupp väljs ut av något skäl. Interventionen är tänkt att främja alla oavsett grad av risk. *Selektiv prevention* definieras som en intervention riktad till undergrupper i populationen som exponeras för en eller flera riskfaktorer. Enskilda individer identifieras inte utan det är gruppen - inte individen, som bedöms befinna sig i riskzon. Ett exempel som nämndes är gruppverksamhet som riktar sig mot barn vars föräldrar har missbruksproblem. Medan *indikerad prevention* definieras som en intervention för individer med identifierade problem. I samband med en graviditet och övergång till moderskap och föräldraskap sker stora förändringar i livsrollen, därför bedrivs det ett förebyggande arbete av psykisk ohälsa hos föräldrar och barn på alla tre nivåerna inom mödra- och barnhälsovården.

Att bli föräldrar – en omvälvande livshändelse

En av de största förändringarna i livsrollerna sker under graviditet och övergången till moderskap och föräldraskap. Graviditeten är oftast en spännande tid med förväntningar inför föräldraskap och ansvar för en människa, ett nytt liv, som föräldrarna själva har skapat med sina egna kroppar. Sedan årtionden har forskare ägnat sig åt att försöka beskriva och förstå de psykologiska processer, som sker under graviditeten hos blivande mödrar och fäder i förhållande till fostret och det väntade barnet (Cranley 1981; Condon 1993; Müller 1993; Canella 2005). De blivande föräldrarnas egna minnen och erfarenhet av att bli vårdade och växa upp (Georg & Solomon, 1996; Siddiqui 2000; Walsh 2010) bidrar till hur de skapar den miljö och omvårdnad, som barnet kommer till efter födelsen.

Att bli förälder innebär en mycket stor omställning i livet, som oftast är förenad med lycka och glädje, men ibland reagerar en del kvinnor, och även män, med sviktande psykisk hälsa i samband med övergång till föräldraskap (Nyström & Öhrling 2003). Att bli förälder innebär förändring av den personliga och sociala identiteten både för kvinnor (Mercer 2004; Nelson 2003) och män (Habib & Lancaster 2010; Bradley & Slade 2011; Chin et al, 2011) i samband med den första graviditeten och barnets födelse. I Sverige föder numera kvinnor sitt första barn senare i livet jämfört med kvinnor i tidigare generationer. Det är svårt att föreställa sig hur livet som föräldrar kommer att bli, innan barnet är fött. Det är en stor förändring i livet, som kvinnor beskriver i termer av förluster (Lewis & Nicolson 1998; Beck 2002) och av att möta nya krav och prövningar (Edhborg et al 2005). Barnen föds med en förmåga att knyta an till personer, som ger dem skydd och omvårdnad, vilket är föräldrarnas främsta uppgift (Bowlby 1994; Broberg et al 2006). Föräldrarna möter en livskris med nya krav och roller i familjen, som kan påverka parrelationen som förändras radikalt. Moderns närhet till barnet, kroppens förändring, trötthet, sömnbrist och andra faktorer som oro för barnet med negativ påverkan på sexlusten skapar konflikter i förhållandet mellan kvinnan och mannen (Ahlborg & Strandmark 2001). Trots det föds nästa barn ofta kort tid efter det första barnet och familjer med småbarn ägnar stor energi åt att kombinera familjeliv och yrkesliv på bästa sätt. Många lyckas - inte alla, en del av föräldrarna kan av olika skäl reagera med försämrat välbefinnande och psykisk ohälsa.

Mödrars upplevelser av lycka eller olycka och stress efter barnets födelse

I en kvalitativ studie i flera länder intervjuades nyblivna mödrar, fäder och personal inom hälsovård om lycka och olycka i samband med barnsbörd (Oates et al 2004). I alla länder utom fyra var uttrycket '*morbid unhappiness*' efter förlossning känt som 'postpartum depression'. Lyckokänslor under graviditeten ansågs bero på fysisk, emotionell förtjusning över graviditeten, bekräftelse på att den fortskrider och att känna fosterrörelser under graviditeten i alla länder. Det var bara i Sverige, som ambivalens inför graviditet, ansågs vara en orsak till olycka. Ingen tog upp oväntade eller ovälkomna graviditeter. Fysiska besvär; illamående, nästäppa, att känna sig stor, vara trött och ha svårt att sova var problem som gjorde att kvinnan kände sig olycklig, men besvärsfrihet nämndes inte som orsak till lycka. Medicinska åtgärder, speciellt undersökningar med ultraljud var en källa till glädje.

Känslor av olycka efter förlossningen kunde bero på en traumatisk förlossning, dåligt och osympatiskt bemötande av personal - motsatsen, en positiv upplevelse av förlossning och god vård, nämndes inte som orsak till lycka. Problem med amningen, praktiska och emotionella aspekter på vården av barnet var källor till olycka i alla länder, men lycka infann sig då amningen fungerar. Problem med uppfödning, oro för barnets hälsa och skrikande barn nämndes som orsak till känslor av olycka, men ingen uttryckte några negativa känslor, irritation eller frustration mot barnet. Ett gott socialt stöd bidrog starkt till känslor av lycka. Trötthet, ensamhet, brist på emotionellt och praktiskt stöd, dålig parrelation och familjekonflikter var orsaker till olycka efter barnets födelse. Svärmorsproblem bidrog till olycka i alla länder speciellt i asiatiska länder, men inte i Sverige. Mäns otrohet orsakar olycka, motsatsen - trogna män - var en källa till lycka. Personalen inom hälsovården ansåg att depressioner i huvudsak orsakas av psykosociala faktorer och att de bör behandlas med samtal.

Emmanuel och S:t John (2010) analyserade innehållet i begreppet 'maternal distress' och beskrev hur olika faktorer samverkar; *Utlösande händelser* (att bli mor, förändrade roller, kroppsliga eller funktionella förändringar, stora utmaningar och krav, förluster, upplevelser av förlossning, förändrade relationer och socialt sammanhang); *Bidragande faktorer* (moderns sociodemografiska förhållanden, reproduktiva faktorer, moderns hälsa och välbefinnande, livsstil, daglig funktion och barnets egenskaper); *Egenskaper*, maternal distress beskrevs som ett kontinuum av reaktioner på stress (bekymrad/lätt oro - olycklig, ledsen, ångest); adaptation (väl anpassad till modersrollen – svårt utveckla

modersrollen); funktion/kontroll (klarar av att ta hand om barnet och sig själv, söker information, social kontakt – svårt ta hand om barnet och sig själv, söker inte information, få sociala kontakter) samt *Konsekvenser* (påverkan på psykisk hälsa, modersrollens utveckling, livskvalitet, funktionsförmågan, sociala relationer och socialt engagemang).

Psykisk ohälsa i samband med graviditet och barnsbörd

Vid psykisk ohälsa i samband med graviditet och barnsbörd urskiljer man vanligen tre psykiska tillstånd; *Maternity/Baby Blues*, *Puerperal psykos* och *Postpartum depression*.

Maternity Blues eller Baby Blues eller 'tredagarsgråt' är ett psykiskt tillstånd med omtumlande, labila känslor av att vara ömtålig både fysiskt och psykiskt, lättirriterad men nära till gråt, trötthet och störd sömn. Tillståndet drabbar många nyblivna mödrar (50-80 %) de första dagarna efter förlossningen. Det kan bero på hormonell omställning efter förlossningen eller vara en reaktion på den stress och påfrestning, som förlossningen och den nya livssituationen innebär med ansvar för amning och barn. Maternity blues går över spontant efter någon eller några dagar, men det är ett observandum om tillståndet kvarstår, då förlängd Maternity blues kan övergå i en depression (Fossey et al 1997; Beck et al 1992).

Puerperal psykos är ett psykotiskt tillstånd som drabbar 1-2 av 1000 nyblivna mödrar första veckorna efter barnets födelse. Puerperalpsykos är vanligare hos kvinnor med egen tidigare psykisk ohälsa eller psykisk ohälsa inom familjen. Modern insjuknar akut med psykotiska symtom som ångest, hallucinationer och vanföreställningar. Det ofta skrämmande, dramatiska förloppet gör att tillståndet uppmärksammas, därmed får kvinnan snabbt den psykiatrisk vård hon behöver. Behandlingen med psykofarmaka eller elbehandling, ECT, sker oftast på sjukhus som saknar enheter för samvård för mödrar med barn. Det innebär att barnets far och närstående har en viktig uppgift att ta hand om barnet och motverka och överbrygga negativa effekter på mor-och-barnrelationen, kvinnans självbild och självkänsla som mor. Trots att psykos är sällsynta efter barnets födelse är de mer kända i allmänhet än *Postpartum depression*, som drabbar betydligt flera nyblivna mödrar.

Inom psykiatrin har man utvecklat internationella standardiserade diagnossystem, ICD-10 (WHO 1992) och DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) för att göra de

psykiatriska bedömningarna säkrare. Enligt ICD-10 krävs minst fem av följande symtom under minst två veckor, större delen av dagen och nästan varje dag för diagnosen medelsvår eller svår depression: *Sänkt grundstämning, förlust av glädje och intresse för nästan alla aktiviteter, trötthet eller brist på energi, minskat självkänsla eller självförtroende, känsla av värdelöshet, överdriven eller felaktig känsla av skuld, tankar på döden eller självmord, svårt att tänka och koncentrera sig, upprördhet eller sänkt aktivitetsnivå, sömnstörningar; svårt att somna eller önskan att sova för mycket, betydande aptitändring med viktförlust eller viktökning.*

Enligt DSM-IV krävs att symtomen på depression har en varaktighet i minst två veckor och en betydande sänkning av individens sociala och yrkesmässiga förmåga. Minst ett av huvudsymtomen: *sänkt stämningsläge* under största delen av dagen nästan varje dag, *markerad förlust av intressen och välbefinnande* vid alla eller nästan alla dagliga aktiviteter under nästan alla dagar. Minst fem av följande symtom nästan varje dag: *betydande viktförlust eller viktökning (5 % kroppsvikt/månad), sömnsvårigheter eller överdrivet sömnbehov, psykomotorisk oro eller hämning, trötthet eller förlust av psykisk energi, känsla av värdelöshet eller överdriven känsla av skuld, obeslutsamhet eller försämrad mental koncentration, återkommande döds- eller självmordstankar.*

Tidsgränserna för diagnosen postpartum depression är starkt begränsade i DSM IV (fyra veckor) och i ICD-10 (sex veckor) efter förlossningen. Inget av dem tar upp depressioner under graviditet. De omfattar inte heller lindrigare former av depressioner, så det ställs samma krav för diagnosen depression postpartum som för egentlig depression med varierande svårighetsgrad. Det pågår ett revideringsarbete av diagnossystemen och diagnoser för psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnsbörd debatteras i vetenskapliga tidskrifter (Condon 2010; Jones & Cantwell 2010; Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour 2003)

I avhandlingen används termen *perinatal depression* eftersom depressiva tillstånd förekommer hos kvinnor såväl före som efter barnets födelse. Mitt intresse var att undersöka hur många blivande och nyblivna mödrar som hade tecken på depression. Psykiska symtom, som upplevs som negativa och plågsamma, även om de inte klassificeras som psykisk sjukdom enligt diagnoskriterierna i ICD-10 och DSM-IV.

Mödrars upplevelser av depression efter barnets födelse

Beck har använt kvalitativa metoder i ett flertal studier (Beck 1992, 1993, 2002) för att undersöka hur deprimerade mödrar upplever sin depression. Beck (1992) beskrev deprimerade mödrars upplevelse av tillståndet i elva teman: svårt koncentrera sig, går som i en dimma (*Lack of concentration*), brist på intressen, livet tomt på mål och mening (*Lack of interest*), känslor av ensamhet, inte vara förstådd, obekvämt med andra (*Loneliness*), känslor av osäkerhet, har själv behov av 'att bli mammad' (*Insecurity*), undrar vad som händer, negativa tvångstankar om sig själv som mor (*Obsessive thinking*), brist på positiva känslor, känner sig som en robot (*Lack of positive emotions*), sörjer förlusten av sig själv, rädd att inte bli som vanligt igen (*Loss of Self*), ångestattacker, känsla av att gå på gränsen till mental hälsa (*Anxiety attacks*), förlora kontroll över känslor är alarmerande, svåra acceptera (*Loss of control*), börda att vara rädd för att göra barnet illa, skuld-känslor (*Guilt*) och funderingar på att döden ger känsla av hopp och slut på mardrömmen (*Contemplating death*). Beck fann i en annan studie (1993) att 'Loss of control' var det grundläggande problemet deprimerade mödrar kämpade med i en process med fyra steg: att balansera på gränsen (*Teetering on the edge*); att ställas inför/möta skräck (*Encountering terror*), att förlora sitt själv (*Dying of self*), att kämpa för att överleva (*Struggling to survive*) och slutligen att återta/återfå kontrollen (*Regaining control*).

Beck (2002) beskrev fyra moment i depressiva tillstånd: konflikt mellan förväntningar och upplevelser, krossade drömmar, rädsla för att inte duga, kulturella sammanhang, inte kunna föra sin talan (*Incongruity Between Expectations and Reality of Motherhood*), att bli överväldigad, ångslan, tvångstankar, ilska, kognitiv störning, ensamhet och isolering, skuld och tankar på att skada sig själv (*Spiraling Downward*), att förlora kontroll, förlora sig själv/den man var, förlora relationen, förlora förmågan att göra sig hörd (*Pervasive Loss*) och att inse allvaret/ kapitulera och be om hjälp, kämpa för att överleva, förändra självet och reintegration (*Making Gains*).

De kvalitativa studierna, som Beck har gjort har bidragit till fördjupad förståelse för nyblivna mödrars subjektiva upplevelser av depression och till utvecklingen av ett frågeformulär för att upptäcka tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar.

Perinatal depression – riskfaktorer före och efter barnets födelse

Tidigare forskning har varit inriktad på depression efter barnets födelse för att predicera vilka mödrar, som skulle bli deprimerade efter förlossningen. Ett skifte har skett och numera studeras depressioner både före och efter förlossningen. Kumar (1984) insåg redan på 1980-talet att forskning om mödrars depression varierade för mycket och att konsensus om predicerande faktorer saknades. Redan under graviditeten kan flera riskfaktorer för depression identifieras: egen tidigare psykisk ohälsa, psykisk ohälsa inom familjen, tidigare postnatal depression, depression/ångest under graviditeten, problem i förhållandet med partner, brist på socialt stöd av partner och närstående i nätverket, negativa livshändelser, oro för ekonomi, arbetslöshet, kvinnors och barns utsatthet för våld, obstetriska variabler; ovälkommen/oplanerad graviditet, tankar på att avbryta graviditeten (Beck 1996a, 2001; O'Hara & Swain 1996). Enligt Kumar (1984) är ambivalens inför graviditeten, konflikter i förhållandet, tidigare psykisk ohälsa, tidigare abort, oro för barnet, förluster och rökning i slutet av graviditeten faktorer som är associerade till depression.

Efter barnets födelse tillkommer obstetriska ingrepp och komplikationer, traumatiska upplevelser av förlossning även om den kliniskt sett var normal, för tidig hemgång, maternity blues, problem med amning, barnets temperament och negativa tankar om barnet, kvinnans självkänsla, coping och stresshantering, samt neuroticism. Det kanske kan vara en hjälp för barnmorskor att skapa sig egna inre bilder av kvinnor i riskzonen för psykisk ohälsa för att lättare upptäcka dem och vid behov erbjuda dem stöd. O'Hara och Swain (1996) sammanfattade riskfaktorer för depression genom att presentera bilden av en kvinna som riskerar att bli deprimerad efter förlossningen –

'She is most likely to occupy a lower social stratum but women representing middle and upper strata will also be abundantly represented. She is very likely to have experienced life stressors during pregnancy and may have had a more difficult than normal pregnancy or delivery. She will be experiencing marital difficulties and experience her partner as providing little in the way of social support. Compounding the life stress she is experiencing and her poor marital relationship will be her perception that others in her social network are not particularly supportive of her. Finally, her history will show evidence of psychopathology, in most cases major depression or dysthymia, and she will show evidence of being at least mildly depressed and anxious, and excessively worried. Obviously, the picture of the woman at risk is overly simple but it does represent a synthesis of the factors that have emerged from this meta-analysis of the postpartum depression literature.'

Kan tecken på depression upptäckas med hjälp av frågeformulär?

Inom forskning och vård används olika frågeformulär för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa och depression. Två av dem beskrivs här, Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS (Cox et al 1987) och Postpartum Depression Screening Scale, PDSS (Beck & Gable 2000).

Cox och hans medarbetare (1987) konstruerade EPDS efter bearbetning av frågeformulär för bedömning av depression. EPDS skulle vara ett hjälpmedel för distriktssköterskor (Health Visitors), som utan psykiatrisk utbildning, skulle kunna upptäcka tecken på depression hos nyblivna mödrar. EPDS är ett enkelt frågeformulär med tio frågor, om hur man har känt sig under de senaste sju dagarna. De besvaras genom att ett av fyra svarsalternativ markeras, de kodas från 0 - 3 poäng (max 30 poäng). De tio frågorna undersöker depressiva symtom – nedstämdhet, oro/ångest/rädsla, förlust av intressen, skuld känslor, svårigheter att klara dagligt liv, sömnstörning och tankar på att skada sig själv. Höga poäng på skalan tyder på starkare intensitet i symtomen. EPDS är ingen diagnostisk skala, utan snarare ett fångstnät, där hålets storlek är beroende av vilket gränsvärde som används. EPDS är översatt till många språk och validitetsprövat i olika länder. Det är svårt, att jämföra studier om depression hos blivande och nyblivna mödrar, då studiernas design varierar vad gäller urvalen, tidpunkt, metod för att undersöka depressioner och ställa diagnos, samt olika standardiserade diagnossystem (Gaynes et al 2005; Hewitt et al. 2009).

Postpartum Depression Screening Scale, PDSS, är baserad på kvalitativa studier med deprimerade mödrar (Beck 1992, 1993, 2002). PDSS har 35 frågor med fem frågor på vardera sju symtomområden, *sömn och ätstörningar, ångest/osäkerhet, emotionell labilitet, kognitiv/mental konfusion, förlust av identitet/sig själv, skuld och skamkänslor och tankar på döden/själv mord*. PDSS kan användas som ett frågeformulär med sju frågor, men vid indikation på depression besvaras frågeformuläret sin helhet. PDSS har i jämförelser med EPDS och andra frågeformulär visat goda resultat (Beck & Gable 2001) och är efter modifiering av frågorna validitetsprövad under graviditet av Pereira och medarbetare (2010).

Prevention av psykisk ohälsa inom mödrahälsovården

För hundra år sedan började intresset för mödrahälsovård spira i Sverige efter idéer från England, där staten vidtagit åtgärder för att främja kvinnors och barns hälsa (Lindmark

1992). Mödrahälsovården (MHV) har ansetts vara starkt medicinskt inriktad och att inte ta hänsyn till kvinnan som individ i tillräckligt hög grad. Socialstyrelsen rekommenderade (1996) ett basprogram med nio besök för förstföderskor och åtta för omföderskor, som kunde kompletteras med en individuell plan för omvårdnad och psykosocialt stöd inom MHV. Enligt utredningen skall barnmorskan från tidig graviditet ägna stor uppmärksamhet åt kvinnans psykosociala situation och försöka vid behov åstadkomma en fördjupad kontakt. I psykosocialt hälsoarbete är samtalen och relationen barnmorskans viktigaste redskap. Eftersom kontinuitet i omvårdnadsrelationen eftersträvas träffar kvinnan eller paret samma barnmorska under och efter graviditeten, samt i föräldrautbildningen. Under det första samtalet skall barnmorskan bilda sig en uppfattning om kvinnans medicinska och psykosociala hälsa, samt erbjuda fördjupad kontakt och stöd till kvinnor med särskilda behov (SFOG 2008). Det är lämpligt att barnmorskan delar upp inskrivningssamtal i ett inledande hälsosamtal med tidig information om livsstilsfrågor (kost, motion, bruk av alkohol, tobak, droger, eventuell medicinering) och ett inskrivningssamtal, som är något längre och därmed ger kvinnan eller paret bättre tillfälle för reflektion och att ställa frågor. Tidsåtgången för inskrivningssamtalen beräknas till 90 minuter och ett extra besök kan erbjudas i vecka 16 till kvinnor med psykosocial problematik eller särskilda behov.

Den psykologiska mognadsprocessen som modern genomgår under graviditetens tre trimestrar har beskrivits som *fusionsfasen*, *differentieringsfasen* och *separationsfasen* (Raphael-Leff 1991). I Stockholms läns landstings basprogram (2011) är den medicinska och psykosociala hälsoövervakningen väl integrerad. I första trimestern under fusionsfasen inser kvinnan, att hon är gravid och ska fatta ett psykologiskt beslut, att acceptera och fullfölja graviditeten eller avbryta den, om det alternativet finns. Kvinnan accepterar fostret som en del av sig själv och inte som en främmande kropp och inkräktare och skapar en optimal miljö för fostrets hälsa genom en sund livsföring som är nyttig och bra för fostret och avstår från sådant som är skadligt.

Under fusionsfasen skall barnmorskor uppmärksamma följande psykiska symtom som är observandum; *stark ambivalens, mardrömmar, svårighet att anpassa sig till graviditeten, relationsproblem, erfarenhet av våld i nära relationer, bristande nätverk, psykisk sjukdom och hereditet för psykisk sjukdom, stark oro för kroppens förändringar, förlossning och föräldraskap, tidigare svåra livserfarenheter och erfarenheter från vården, samt tidigare svår upplevelse av förlossning*. Det är viktiga

iakttagelser som skall göras och utgöra grunden för en individuell vårdplan.

Barnmorskor skall dokumentera all information från samtal och undersökningar (Patientdatalagen 2008). Tidigare psykisk ohälsa ska dokumenteras med ett kryss i rutan 'Psyk vård' eller med skriftliga anteckningar på en annan plats i MHV-journalen.

Under differentieringsfasen börjar kvinnan att känna fosterrörelser och att uppfatta det väntade barnet som en separat individ. Kvinnan börjar umgås med och lära känna barnet inne i magen och fantiserar om det väntade barnets personliga egenskaper. Barnmorskor skall vara uppmärksamma på psykiska symtom som kan vara ett observandum; *stark oro, nedstämdhet, påtaglig rädsla för förlossningen, problem i relationer, bristande socialt stöd, avsaknad av tankar/föreställningar om barnet, avsaknad av tankar om tiden efter förlossningen.*

Under den tredje trimestern i separationsfasen förbereder sig kvinnan mentalt inför förlossningen och den fysiska separationen från barnet. Kvinnan ser ofta fram mot förlossningen med blandade känslor av oro och rädsla, men även lättnad eftersom hon ofta känner sig tung och vill återfå sin normala kroppsform (Clark et al 2009). I slutet av graviditeten bör barnmorskor vara uppmärksam på problem och iakttagelser av *stark oro, nedstämdhet eller psykisk sjukdom, undvikande inför förlossning och föräldraförberedelse, stark oro för barnets hälsa, inga planer för första tiden med barnet, relationsproblem, bristande socialt stöd.*

Barnmorskors uppgift är således både att uppmärksamma risk- och friskfaktorer för psykisk hälsa och ohälsa och tecken på hinder i utvecklingen av den psykologiska processen under graviditeten. Barnmorskor har en viktig roll i prevention av psykisk ohälsa hos blivande och nyblivna mödrar och deras barn genom medicinsk och psykosocial hälsoövervakning och föräldrastöd till blivande och nyblivna mödrar och föräldrar inom mödrahälsovården. Perinatal psykisk ohälsa som tar sig uttryck i symtom på depression innebär ett personligt lidande för kvinnan, som enligt nationella och internationella studier ofta inte uppmärksammas inom mödra- och barnhälsovård. För att vidareutveckla den psykosociala hälsoövervakningen av blivande och nyblivna mödrar kan det behövas kunskap om förekomsten av psykisk ohälsa och depression och dess konsekvenser för föräldrarnas föreställningar om det ofödda barnet och mentala förberedelser inför att vårda barnet och deras syn på barnet, föräldraskapet och vardagslivet under det första året efter barnets födelse.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Det övergripande syftet i avhandlingen var att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa i form av tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar och dess konsekvenser för kvinnors och mäns syn på sitt väntade och nyfödda barn och på föräldraskap och vardagsliv under första året, samt att utifrån eventuella fynd ge förslag på metoder som kan prövas inom mödrahälsovården.

Det specifika syftet i Projekt A var att studera vilka demografiska och psykosociala förhållanden som har betydelse för mödrars psykiska välbefinnande en till tre månader efter det första barnets födelse.

- Hur många mödrar visade tecken på depression en – tre månader efter första barnets födelse (Delarbete I och II).
- Vilka demografiska och psykosociala förhållanden hade betydelse för mödrarnas svar på BDI, EPDS och PDRS 4 - 6 veckor och 10 - 12 veckor efter första barnets födelse? (Delarbete I).

Det specifika syftet i Projekt B, var att studera förekomsten av tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar och dess konsekvenser för föräldrarnas föreställningar om och mentala förberedelse inför att möta och ta hand om det väntade barnet och för deras syn på barnet, föräldraskapet och vardagslivet två månader och ett år efter barnets födelse.

- Hur många blivande och nyblivna mödrar visade tecken på depression före och efter barnets födelse? (Delarbete II).
- Vilka demografiska, psykosociala och obstetriska förhållanden bidrar till att utveckla depressiva tillstånd hos blivande och nyblivna mödrar (Delarbete I och II).
- Vilka konsekvenser har kvinnans depressiva tillstånd för kvinnors och mäns tankar om barnet och mentala förberedelse inför att skydda och vårda det väntade barnet (III).

- Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos nyblivna mödrar för föräldrarnas syn på barnets temperament två månader efter barnets födelse (Delarbete IV).
- Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos nyblivna mödrar för föräldrarnas syn på föräldraskap och vardagsliv två månader efter barnets födelse (Delarbete II o III).
- Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos nyblivna mödrar för föräldrarnas syn på föräldraskap och vardagsliv ett år efter barnets födelse (Delarbete II och IV).

MATERIAL OCH METOD

Projekt A (Delarbete I)

Design

Projekt A är en beskrivande longitudinell studie och omfattar förstföderskor som besvarade olika frågeformulär 4 – 6 veckor och 10 – 12 veckor efter barnets födelse.

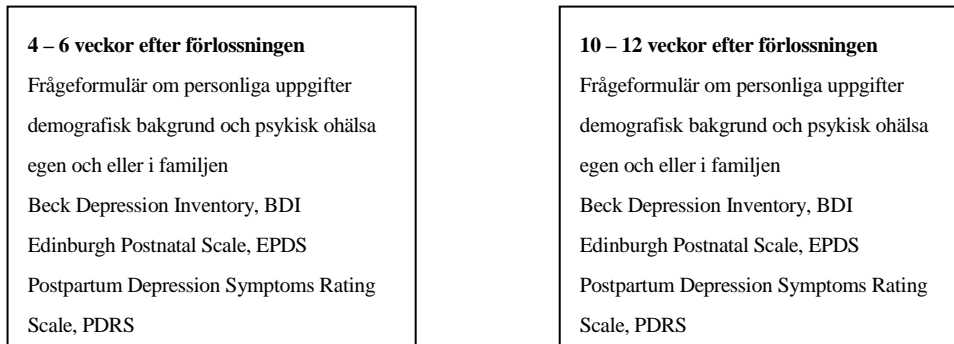
Studien genomfördes på tio MVC fyra sjukvårdsområden (två i norr, två i söder) i Stockholms läns landsting. Barnmorskorna ombads att konsekutivt rekrytera gravida kvinnor från maj 1996-maj 1997. Projekt A var en del i en internationell studie om postpartum depression hos förstföderskor med låg risk för depression (Affonso et al 2000). Inledningsvis informerades läkare och barnmorskor om studiens syfte, material och hur den skulle genomföras.

Urval

Inklusionskriterier: Gravida förstföderskor mellan 20-40 år, som barnmorskan bedömde ha tillräckligt goda kunskaper i svenska för att förstå och själva besvara frågeformulären inkluderades. Barnmorskorna informerade och tillfrågade kvinnorna, om de ville delta i studien och delade ut två kuvert med frågeformulär och skriftlig information om studien till 283 kvinnor. Kvinnorna ombads besvara frågeformulären vid en bestämd tidpunkt och skicka tillbaka dem i frankerade kuvert. Första omgången frågeformulär besvarade 232 kvinnor (82 %) 4 – 6 veckor efter första barnets födelse. Den andra omgången med frågeformulär besvarade 195 kvinnor (68 %) 10 – 12 veckor efter förlossningen. Kvinnorna, som inte besvarade frågeformulären påmindes vid flera tillfällen genom telefonkontakt.

Datainsamling

Barnmorskorna ombads att lämna personliga och obstetriska uppgifter om kvinnorna, såsom förlossningsutfall, obstetriska ingrepp och komplikationer, Apgar Score.



Figur 1. Deltagare och flöde i datainsamling i projekt A.

Frågeformulär

Kuvert 1: 4 – 6 veckor och kuvert 2: 10 - 12 veckor efter barnets födelse

1. Demografiska och psykosociala förhållanden

Frågeformuläret om demografiska och psykosociala förhållanden innehöll frågor om ålder, utbildning; grundskola/gymnasium/ högskola, (1-3), etnicitet/ras; asiat/svart/vit/ hispanic/annan, (1-5), civilstånd; gift eller sambo/ ogift (0-1) förhållandets längd, religiös tillhörighet (om någon), och anställning; arbete/arbetslös (0-1).

Tre specifika frågor om psykisk ohälsa ställdes till kvinnorna; om de hade haft egna psykiska besvär som sökt professionell hjälp för (0-1), om någon i familjen hade haft psykisk ohälsa/depression (0-1) och om de gått i psykoterapi under senaste året (0-1).

2. Beck Depression Inventory, BDI

Beck Depression Inventory, BDI (Beck et al. 1961) användes för att undersöka tecken på depression efter barnets födelse. Det är en av de mest använda skattningsskalorna för depression. Självsfattningsskalan har 21 frågor med fyra svarsalternativ, som kodus från 0-3 poäng, där intensiteten i somatiska och psykiska symtom vid depression under de senaste sju dagarna och den aktuella dagen mäts. Höga poäng på skalan indikerar hög grad av depressiva symtom. Vi använde två gränsvärden på BDI för *tecken på depression* och *trolig postpartum depression* BDI ≥ 14 p. Frågeformuläret BDI blev översatt 1991 till svenska av Edman (personlig kommunikation).

3. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS (Cox 1987) användes för att undersöka tecken på depression efter barnets födelse. EPDS mäter symtomens intensitet under de senaste sju dagarna. Det är enkelt att besvara och accepteras väl av både mödrar och

personal. EPDS har tio frågor med fyra svarsalternativ, som poängsätts från 0-3 poäng. Höga poäng på EPDS indikerar flera symtom på depression. EPDS är en skattningsskala för depression, men inte något diagnostiskt instrument. Vi valde olika gränsvärde för psykisk ohälsa med *tecken på depression* (EPDS ≥ 10 p) och *troligen en postpartum depression* (EPDS ≥ 13 poäng). EPDS översattes till svenska och validitetsprövades i Sverige av Lundh och Gyllang (1993) och Wickberg och Hwang (1996).

4. Postpartum Depression Symptoms Rating Scale, PDRS

Frågeformuläret Postpartum Depression Symptoms Rating Scale, PDRS, utvecklades av Affonso (1990). Det är baserat på en standardiserad intervju the Schedule for Affective Disorders, SADS (Spitzer et al 1978). PDRS mäter frekvens av somatiska och psykiska symtom på depression under de senaste två veckorna. PDRS består av 28 frågor som poängsätts mellan 0-10 poäng. PDRS -formuläret översattes till svenska av LS (1995).

Projekt B (Delarbete II-IV)

Design

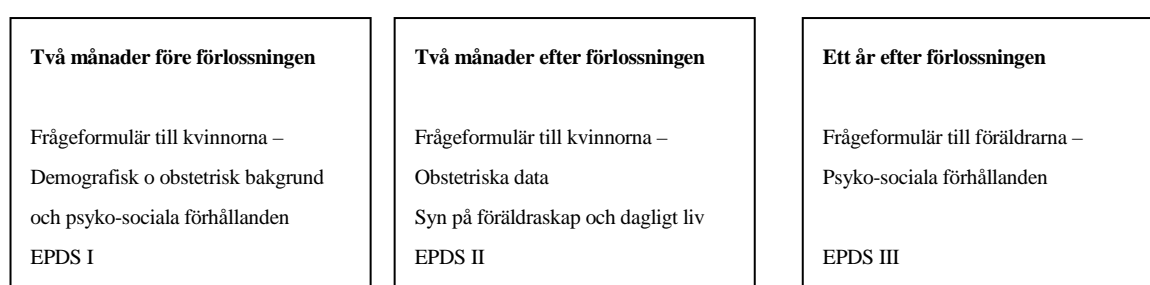
Projekt B är en beskrivande longitudinell studie och omfattar tre observationstillfällen från slutet av graviditeten tills barnet fyllt 1 år. Den första delen av datainsamlingen genomfördes på sex MVC i två av Stockholms sjukvårdsområden under perioden oktober-1993 – mars-1994. Tre var belägna på landsbygden norr om Stockholm och tre MVC i en förort i södra Stockholm. Inget område var särskilt tungt belastat vad gäller familjer med sociala problem eller språksvårigheter. Initialt informerades barnmorskor och läkare om studiens syfte, material och hur den skulle genomföras.

Urval

Barnmorskorna tillfrågade och förmedlade frågeformulär till samtliga kvinnor som var gravida i vecka 30 med tillräckligt goda kunskaper i svenska för att förstå och själva besvara frågeformulären c:a två månader före beräknad förlossning. Barnmorskorna delade ut 434 frågeformulär och 298 kvinnor (69 %) och 282 män (67 %) besvarade frågeformulären i slutet av graviditeten. Två månader efter barnets födelse besvarades frågeformulären av 326 kvinnor (75 %) och 300 män (71 %). Ett år efter barnets födelse besvarade 236 kvinnor (72 %) och 220 män (73 %) frågeformulären.

Datansamling

Kvinnorna som ville delta i studien fick Kuvert 1 med ett utförligt informationsbrev om studien och frågeformulär till föräldrarna. Efter barnets födelse skickades Kuvert 2 med nytt informationsbrev och frågeformulär till föräldrarna, samt frankerade svarskuvert per post till alla kvinnor som accepterat att delta i studien. Två månader efter förlossningen fick samtliga mödrar och deras män ett nytt erbjudande om att delta i studien, men vid det tredje tillfället ett år efter barnets födelse sändes Kuvert 3 endast till dem, som besvarade frågeformulären två månader efter förlossningen. Vid varje fas i datansamling sändes ett brev med nya formulär hem till dem, som inte svarade och därefter flera påminnelser genom telefonsamtal.



Figur 2. Deltagare och flöde i datansamling i projekt B

Frågeformulär

Kuvert 1. Två månader före barnets födelse

1. Demografiska, obstetriska och psykosociala förhållanden

Kvinnorna besvarade ett frågeformulär med 20 frågor om sina psykosociala förhållanden, arbetsfördelningen i hemmet, påfrestande livshändelser de senaste två åren, stöd och tröst, samt om obstetriska uppgifter, föräldrautbildning och önskemål inför förlossningen. (Delarbete II, III och IV)

2. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS

Se frågeformulär, projekt A

3. Maternal/Paternal - Fetal Attachment Scale, MFA/PFA

I slutet av graviditeten undersöktes de blivande föräldrarnas förväntningar och föreställningar om det väntade barnet och deras mentala förberedelse inför barnets födelse med Maternal/Paternal-Fetal Attachment Scale (Cranley 1981). Det är ett frågeformulär med 24 frågor, som enligt Cranley har fem delskalor; *Interaction with fetus* (1, 7, 17, 20, 24); *Attributing characteristics of fetus* (6, 9, 12, 14, 16, 21);

Differentiation of self from fetus (3, 5, 10, 13); *Giving of self* (2, 11, 15, 22, 23) och *Roletaking* (4, 8, 18, 19). I Cranley's studie var Cronbach's alpha för hela MFA-skalan 0.85 och för delskalorna 0.68, 0.67, 0.62, 0.52 respektive 0.73. I vårt material var reliabiliteten för hela MFA och PFA skalorna tillfredställande, Cronbach's alpha var för MFA 0.82 och för PFA 0.85, däremot var Cronbach's alpha lägre för delskalorna enligt Cranley (1981). (Delarbete III).

Kuvert 2. Två månader efter barnets födelse

1. EPDS II till samtliga kvinnor, som tackade ja till deltagande i studien.

2. Frågeformulär om förlossning, amning och vardagsliv till föräldrarna

Tio frågor ställdes till kvinnan om barnets kön, förlossningssättet och hennes upplevelse av förlossningen och amningen, samt om föräldraskap och hur vardagslivet fungerade.

Arton frågor ställdes till mannen om barnets kön, mannens närvaro, delaktighet och upplevelse vid förlossningen, delaktighet i barnets vård, förändrat vardagsliv och hans deltagande i föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovård, samt planer för föräldraledighet. (Delarbete II och IV)

3. Infant Characteristics Questionnaire, ICQ

Ett frågeformulär med 24 frågor angående föräldrars uppfattning om sitt barns temperament från 6 månaders ålder (Bates et al 1979). Vi använde en förkortad version med 16 frågor. Åtta frågor angående äldre barn togs bort. Föräldrarna skattade barnets temperament på en sjugradig skala; låga värden betyder att barnet uppfattas som lätthanterligt; mitten är genomsnittligt; höga värden att barnet uppfattas som besvärligt. ICQ har fyra delskalor *Fussy-difficult* (sju frågor om föräldern kan lugna/trösta barnet), *Dull* (tre frågor om hur aktivt och socialt barnet är, ler o jollrar), *Unpredictable* (fyra frågor om föräldern kan förutse/förstå barnets hunger/sömn/oro) och *Unadaptable* (två frågor om barnets reaktioner i nya situationer). I vårt material var Cronbach's alpha för den förkortade skalan 0.78 för mödrarna och 0.79 för fäderna. Cronbach's alpha för delskalorna *Fussy-difficult*, *Dull* och *Unpredictable* var 0.82, 0.59 och 0.53 för mödrarna och 0.76, 0.56 och 0.54 för fäderna. (Delarbete IV)

Kuvert 3 Ett år efter barnets födelse

1. EPDS III endast till kvinnor, som deltog 2 månader efter förlossningen

2. Frågeformulär om psykosociala förhållanden ett år efter barnets födelse

3. Experiences of Motherhood/Fatherhood, EMQ/EFQ

För att undersöka föräldrarnas upplevelse av föräldraskap ett år efter barnets födelse användes frågeformuläret EMQ/EFQ (Astbury 1994), vilket vi översatte till svenska. Den svenska versionen återöversattes till engelska av en engelskspråkig person, som aldrig sett den ursprungliga engelska versionen. Forskargruppen bearbetade formuläret tills konsensus nåddes om frågornas innebörd. EMQ är konstruerad och använd i en studie med mödrar i Australien, men EFQ hade ännu inte använts tidigare i några studier. EMQ/EFQ består av 20 påståenden med fyra svarsalternativ angående tillfredsställelse i föräldrarollen, förmåga att klara av stress som förälder, sexuellt och socialt liv, känsla av egenvärde och välbefinnande. En del av påståendena är negativa och andra är positiva och vid kodningen måste de positiva vändas, då höga värden på EMQ/EFQ betyder att föräldraskapet upplevdes stressande.

Astbury gjorde en faktoranalys och fann sex faktorer; *Maternal anxiety/concern*, (sex frågor om hur modern påverkas emotionellt), *Coping with baby* (sex frågor om vården av barnet), *Personal autonomy* (fyra frågor om livet som en separat individ), *Coping/satisfaction with life* (sex frågor om förmåga att klara av stress som förälder), *Maternal overload* (fyra frågor om social isolering, behov av avlastning) och *Extrinsic support* (tre frågor om tillgång till transport och stöd från andra). Åtta av frågorna laddade dubbelt i två faktorer i Astburys faktoranalys av EMQ. Enligt Astbury var Cronbach's alpha 0.78 för hela EMQ-skalan.

I vårt material var Cronbach's alpha för hela EMQ och EFQ tillfredställande, för EMQ 0.77 och för EFQ 0.75, men lägre i delskalorna där Cronbach's alpha varierade mellan 0.26 och 0.66. Vi använde endast de fyra faktorerna med högst värde på Cronbachs alpha; *Parental anxiety/concern*, (EMQ 0.66 och EFQ 0.55), *Coping with baby* (EMQ 0.65 och EFQ 0.60), *Personal autonomy* (EMQ 0.50 och EFQ 0.50), *Coping/satisfaction with life* (EMQ 0.64 och EFQ 0.60) (Delarbete II och IV).

Statistiska metoder i projekt A och B

För att presentera kategoridata i materialet användes frekvenser (arbete I – IV). Medelvärde (m) användes som centralmått och standardavvikelse (SD) som spridningsmått (arbete I – IV). Skillnader mellan kontinuerliga variabler undersöktes med Student's t-test för oparade observationer. Skillnader i data på kategorinivå undersöktes med χ^2 analys eller Fisher's exakta test (arbete I– IV). Linjär multipel regressionsanalys användes i arbete I och III.

I arbete II genomfördes en "structural equation modeling" analys, (SEM) (Raykov och Marcoulides 2000) för att undersöka hur kvinnornas skattningar på EPDS I, II och III förhöll sig till varandra från graviditeten till slutet på det första året. En Path-analysis (stiganalys) genomfördes för att bedöma betydelsen av det depressiva tillståndet (EPDS) två månader och ett år efter förlossningen för föräldrarnas upplevelse av föräldraskap EMQ/EFQ. Reliabilitet testades med Cronbach's alpha i delarbete II och IV.

I arbete IV identifierades mödrar med och utan en trolig depression ($EPDS \geq 13$ p), därefter användes MANOVA och MANCOVA för att jämföra föräldrars svar på ICQ och EMQ/EFQ.

Etiska överväganden för projekt A och B

De grundläggande principerna för skydd av personer som deltar i forskning är väl tillgodosedda. Kvinnorna fick muntlig och skriftlig information om studierna såväl före som under studiens gång. Deltagarna gav frivilligt sitt samtycke att delta i studien och de var informerade om att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan någon motivering och att det inte hade någon inverkan på vården. Materialet samlades in konfidentiellt, men inte anonymt. Det var aidentifierat med kodnummer, vilket gjorde det möjligt att påminna dem som inte svarade på enkäterna. Kodlistorna och besvarade enkäter förvarades på betryggande sätt så att ingen obehörig skulle kunna se dem. Det insamlade materialet användes endast inom forskningssammanhang.

Projekt A godkändes av Etisk kommitté vid Huddinge sjukhus och Etisk kommitté vid Karolinska Institutet Dnr 95:366 och Projekt B godkändes av Etisk kommitté vid Huddinge sjukhus, HS 30/93 och Etisk kommitté vid Karolinska Institutet, KI 93:154. I samband med den etiska prövningen diskuterades vilka etiska problem och

komplikationer i form av obehag och integritetsintrång, som studierna skulle kunna medföra. Frågeformulären berörde en del känslomässigt laddade frågor, som kunde vara upprörande för individen. Samtidigt medförde just dessa frågor att kvinnan och hennes partner fick en möjlighet att fundera över sina egna inre skeenden och tankar och bearbeta dem under en period, då hon/de stod i kontakt med professionell personal. Studien genomfördes i samverkan med mödravårdsbarnmorskan och kvinnorna uppmanades att vända sig till dem i första hand. Vid behov fanns även tillgång till psykologkonsult inom mödra- och barnhälsovården och en specialist inom psykiatri som hade kännedom om studien.

RESULTAT

Hur många blivande och nyblivna mödrar hade tecken på depression?

De sammanlagda resultaten i projekten A och B som genomfördes i Stockholm under två perioder 1993-94 och 1996-97 visade, att vid en depressionsskattning med gränsvärdet EPDS ≥ 10 hade var femte kvinna *tecken på en depression* före barnets födelse (21 %) och en månad efter barnets födelse (20 %). Frekvensen var något lägre två månader (17 %) och tre månader (16 %) efter barnets födelse, och ett år efter barnets födelse hade 12 % av mödrarna tecken på en depression.

Vid en depressionsskattning med gränsvärdet EPDS ≥ 13 p var frekvensen för en *trolig depression* före barnets födelse (8 %), en månad efter förlossningen (9 %), två - tre månader efter förlossningen var den (7 %) och ett år efter barnets födelse (4 %).

Projekt A (Delarbete I)

Bortfall

Det var 51 kvinnor, som inte deltog i studien. Det var ingen statistiskt signifikant skillnad mellan dem och kvinnor, som deltog i studien avseende ålder och obstetriska ingrepp och komplikationer, men det fanns en tendens att de var yngre och att flera kvinnor hade förlöst med akut kejsarsnitt.

Bakgrund Projekt A

Bakgrundsdata presenteras i tabell 1. Det var 57 kvinnor (25 %), som uppgav psykisk ohälsa/depression i familjen och 29 kvinnor (13 %) som uppgav egen tidigare psykisk ohälsa, som de sökt professionell hjälp för. Nio kvinnor (4 %) hade gått i psykoterapi under det senaste året.

Tabell 1. Sociala och obstetriska bakgrundsdata

Bakgrund	n= 232	SD	Min-max
Ålder, år (m)	29	4,6	19 –42 år
Förhållandets längd (m)	4,8	4,6	0 – 16 år
Utbildning			
Gymnasium	116 (50 %)		
Högskola	97 (42 %)		
Civilstånd			
Gift/sammanboende	225 (97 %)		
Ensamstående	7 (3 %)		
Förlossningsätt/komplikationer			
Normal förlossning	160 (69 %)		
Suglocka	31 (13 %)		
Akut kejsarsnitt	19 (8 %)		
Planerat kejsarsnitt	4 (2 %)		
Obstetriska komplikationer	18 (8 %)		

Vilka demografiska och psykosociala förhållanden hade betydelse mödrarnas svar på BDI, EPDS och PPDS 4 - 6 veckor och 10 - 12 veckor efter första barnets födelse?

För att undersöka hur mödrarnas demografiska och psykosociala bakgrund var associerad till kvinnornas skattningar av symtom på depression genomfördes sex regressionsanalyser. Totalsumman på skattningsskalorna BDI, EPDS och PPDS 4-6 veckor och 10-12 veckor efter barnets födelse prövades i tur och ordning mot konkurrerande bakgrundsvariabler som oberoende variabler: 1) Ålder 2) Utbildningsnivå, 3) Förhållandets längd, 4) Personlig historia av psykiska besvär, som man sökt professionell hjälp för, 5) Familjehistoria av psykiska besvär/depression.

Resultatet visade att tidigare psykisk ohälsa spelade en liten, men signifikant roll vid båda tillfällena för utfallet på alla använda skalor, dessutom spelade lägre ålder, kortare utbildning, arbetslöshet och förhållandets längd en viss roll (Tabell 2).

Tabell 2. Effekter av olika bakgrundsvariabler på depressionsskattning 4-6 och 10-12 veckor efter barnets födelse (Arbete 1)*

BDI I total 4 – 6 v pp	B	SE	t-value	p-value	$R^2_{adj} = 0.071$
Psykisk ohälsa	3.312	1.099	3.013	0.003	
Arbetslöshet	3.719	1.432	2.597	0.010	
BDI II total 10 – 12 v pp					$R^2_{adj} = 0.119$
Psykisk ohälsa	3.628	1.019	3.559	< 0.001	
Ålder	-0.204	0.070	-2.898	0.004	
Arbetslöshet	2.906	1.372	2.118	0.036	
EPDS I total 4 – 6 v pp					$R^2_{adj} = 0.080$
Psykisk ohälsa	3.470	0.875	3.965	< 0.001	
Relationens längd	-0.197	0.088	-2.234	0.026	
EPDS II total 10 – 12 v pp					$R^2_{adj} = 0.045$
Psykisk ohälsa	2.474	0.972	2.544	0.012	
Utbildningsnivå	-0.581	0.265	-2.198	0.029	
PDRS I total 4 – 6 v pp					$R^2_{adj} = 0.048$
Psykisk ohälsa	22.520	6.418	3.509	0.001	
PDRS II total 10 – 12 v pp					$R^2_{adj} = 0.075$
Psykisk ohälsa	23.252	7.020	3.312	0.001	
Ålder	-1.207	0.478	-2.527	0.012	

* Konkurerande faktorer var ålder, utbildningens längd, förhållandets längd, arbetslöshet, egen tidigare psykisk ohälsa, ohälsa i familjen. Två faktorer: civilstånd och psykoterapi ett år efter förlossningen inkluderades inte p g a av det låga antalet.

Kvinnor som tidigare hade sökt professionell hjälp för psykiska besvär, hade högre poäng på alla tre självskattningsskalorna jämfört med kvinnor utan tidigare psykisk ohälsa 4-6 veckor och 10-12 veckor efter barnets födelse. Vid båda tillfällena hade kvinnorna med tidigare psykisk ohälsa högre värde på sju av frågorna på BDI;

ledsen/nedstämd (fråga 1), *känsla av misslyckande* (fråga 3), *skuldkänslor* (fråga 5), *känsla av att bli bestraffad* (fråga 6), *besviknen på mig själv* (fråga 7), *självanklagelser* (fråga 8) och *svårt att fatta beslut* (fråga 13).

Kvinnorna med tidigare psykisk ohälsa rapporterade fyra tecken på depression på EPDS vid båda tillfällena. Det gällde *förmågan att kunna* (skratta och) *se tillvaron från den ljusa sidan* (fråga 1), *jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något gått snett* (fråga 3), *jag har känt mig så ledsen och olycklig så jag har haft svårt att sova* (fråga 7) *jag har känt mig ledsen och nere* (fråga 8). Vid båda tillfällena hade kvinnorna med tidigare psykisk ohälsa högre värde på tretton av frågorna på PDRS; *ledsen nedstämd* (fråga 1), *oro* (fråga 2), *skuldkänslor* (fråga 3), *misslyckad/ värdelös* (fråga 4), *hopplöshet/ pessimism* (fråga 5), *ängslig/rädd* (fråga 7), *svårt att fatta beslut* (fråga 17), *koncentration/svårt att tänka* (fråga 18), *minskad social kontakt* (fråga 20), *känner mig arg/ilsken* (fråga 21), *känner mig irriterad* (fråga 23), *fysiska symtom markera ett/flera* (fråga 25) och *sämre förmåga att klara av dagligt liv* (fråga 26). Förstföderskor, som tidigare hade haft psykisk ohälsa ringade in flera fysiska symtom på fråga 25 än förstföderskor utan psykisk ohälsa. De kände sig mer spända vid båda tillfällena, $n=11$ (38 %) respektive $n=9$ (41 %), ($p<0.001$) och hade även oftare huvudvärk $n=11$ (40 %) ($p=0.02$) och magkramper $n=4$ (18 %), ($p=0.02$) vid andra tillfället.

Resultatet visade, att mödrar, som tidigare sökt professionell hjälp för psykiska besvär, var mera psykiskt sårbara efter barnets födelse än mödrarna, som inte hade haft psykisk ohälsa.

Projekt B (Delarbete II-IV)

Bortfall

Det var 136 kvinnor (31 %), som inte deltog i studien vid första tillfället i slutet av graviditeten. Sexton kvinnor fick barn innan de hann besvara frågeformulären, 16 kvinnor flyttade från området eller bytte mödravårdscentral, 54 kvinnor ville inte delta, därför att de var stressade och trötta. Några kvinnor tyckte studien var för lång eller ogillade frågorna. Femtio kvinnor accepterade att delta, men gav ingen motivering till att inte besvara frågeformulären. Några av männen var tveksamma, vilket kan ha bidragit till att kvinnan avstod från att delta i studien. Bortfallet vid det andra och tredje

tillfället var 25 % respektive 28 %. Vid telefonpåringningen två månader efter förlossningen var mödrarna jäktade och stressade, några av kvinnorna förklarade att de hade glömt bort eller inte hann med att besvara frågeformulären. Ett år efter barnets födelse var det svårare att nå familjerna.

Bakgrund projekt B

Majoriteten av kvinnorna var gifta eller sammanboende (95 %). Fjorton av de gravida kvinnorna var ensamstående (5 %) och 13 kvinnor (4 %) var ensamstående två månader efter barnets födelse. Ungefär hälften av de gravida kvinnorna väntade sitt första barn (48 %).

Tabell 3. Bakgrundsdata, arbete II-IV.

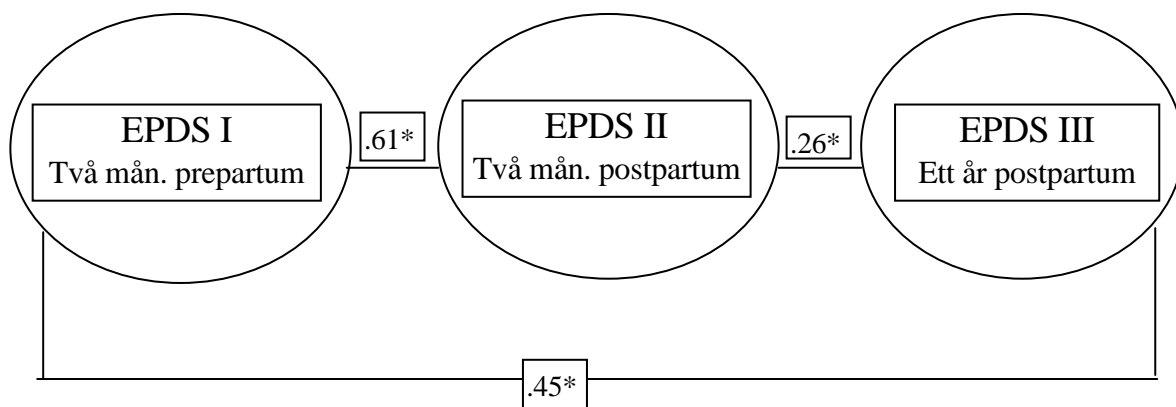
Bakgrundsvariabler	m	SD	Min-max
Ålder (år)	29	4,7	18 – 43
Utbildningens längd (år)	12,6	2,2	6 – 19,5
Förhållandets längd (år)	6,2	3,8	1 – 21

Det var ingen statistiskt signifikant skillnad i ålder, utbildningens och förhållandets längd mellan kvinnor som deltog vid det första, men inte vid det andra mättillfället. Det var inte heller någon skillnad i ålder och utbildningens längd och förhållandets längd mellan dem som deltog vid det andra, men inte vid det tredje mättillfället.

Tecken på depression hos kvinnor två månader före förlossningen, samt två månader och ett år efter barnets födelse (Delarbete II och III)

Vid ett eller flera tillfällen under perioden från graviditetens slut till första årets slut visade 96 kvinnor (27 %) *tecken på en depression* (EPDS ≥ 10 p) och 44 av dem (12.5 %) hade *troligen en depression* vid ett eller flera tillfällen (EPDS ≥ 13 p).

Resultatet visar att gravida kvinnor med tecken på depression är en riskgrupp för psykisk ohälsa under den första tiden och även ett år efter barnets födelse. Tecken på depression i slutet av graviditeten var en starkare prediktor för kvinnors psykiska tillstånd när barnet var ett år gammalt. Det var en starkare korrelation mellan EPDS I och EPDS II ($r=0.61$) och EPDS I och EPDS III ($r=0.45$) än mellan EPDS II och EPDS III ($r=0.26$), $p<0.05$. (Figur 3)



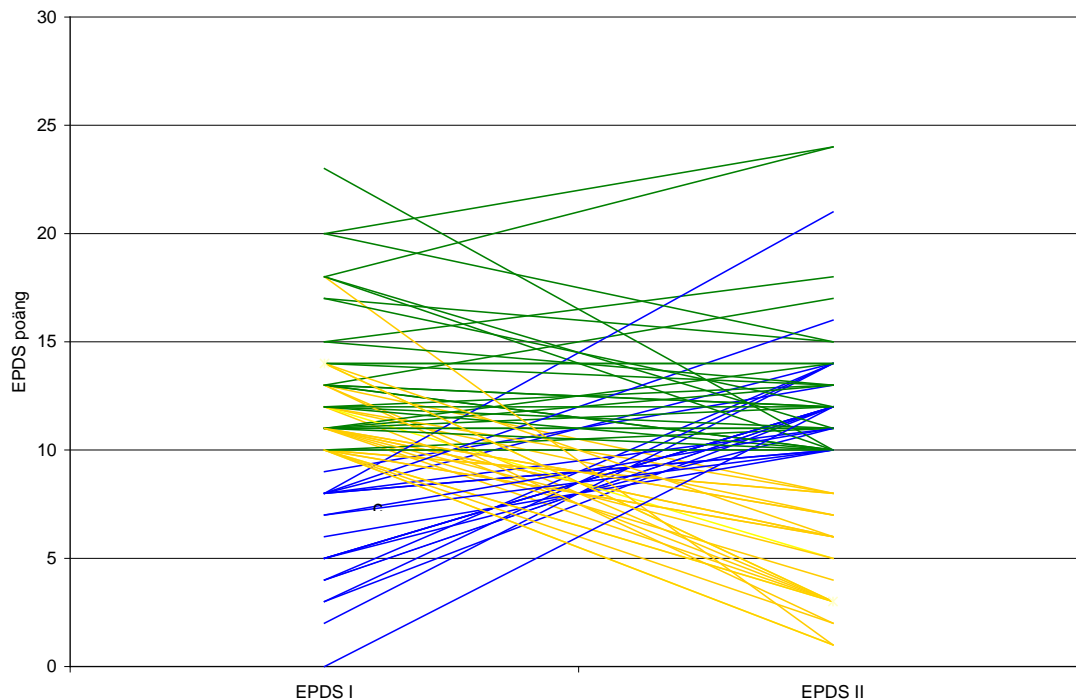
*p<0.05

Figur 3. SEM med EPDS över tre tidsperioder, korrigerat för mätfel i indikatorerna (n=199).

Förklarad varians EPDS II = 37 %, EPDS III=41%.

Vid en närmare granskning av hur de 24 kvinnorna med en trolig depression i slutet av graviditeten (EPDS I ≥ 13 p) svarade vid det andra mättillfället hade åtta av mödrarna fortfarande troligen en depression (EPDS II ≥ 13 p), åtta av mödrarna hade tecken på depression (EPDS 10-12 p) medan åtta mödrar inte hade det (EPDS II < 10 p). Det innebär att 2/3 hade tecken på depression och hälften av dem hade inte uppmärksammats, om gränsvärdet EPDS ≥ 13 panvänts inom MHV.

Vid det andra mättillfället framträdde tre grupper av kvinnor med tecken på depression (Figur 4). 27 kvinnor hade tecken på depression före förlossningen (gula), 26 kvinnor hade tecken på depression efter barnets födelse (blå) och 28 kvinnor hade tecken på depression före och efter förlossningen (gröna). De flesta kvinnorna (n=196) hade inga tecken på depression vid något av de båda mättillfällena (EPDS < 10 p).



Figur 4. Tre grupper av kvinnor med tecken på depression framträder på EPDS I och EPDS II

Ett år efter barnets födelse hade 28 kvinnor tecken på depression (EPDS III ≥ 10 p). Tolv av dem hade tecken på depression vid alla tre mättillfällena och fem kvinnor hade tecken på depression före förlossningen och ett år efter barnets födelse. Två kvinnor hade tecken på depression två månader och ett år efter barnets födelse, medan sju kvinnor inte hade haft tecken på depression tidigare.

Sammanfattningsvis tydde resultatet på, att nyblivna mödrar med lindrigare depressiva tillstånd före och efter barnets födelse är en riskgrupp för psykisk ohälsa under första året efter barnets födelse.

Demografiska, psykosociala och obstetriska förhållanden, som kan bidra till det depressiva tillståndet hos blivande och nyblivna mödrar (I och II)

Resultatet i Projekt A visade att bakgrundsfaktorer som *tidigare psykisk ohälsa, lägre ålder, kortare utbildning och partnerförhållande* var associerade till förstfödernas skattning av depression (Tabell 2). I Projekt B var det ingen statistiskt signifikant skillnad i ålder mellan gravida kvinnor med och utan tecken på depression (EPDS I ≥ 10). Gravida kvinnor med tecken på depression hade en något *kortare utbildning*

($m=12.2$ år respektive 12.9 år) $p=0.05$ och ett *kortare förhållande* med mannen ($m=5.2$ år respektive 6.4 år), $p=0.03$ än kvinnor utan tecken på depression. Flera gravida kvinnor med tecken på depression var *oroliga för ekonomin* än kvinnor utan depression (66% respektive 24%), $p<0.0001$. Flera mödrar (54%) med en trolig depression två månader efter förlossningen var oroliga för ekonomin i slutet av graviditeten jämfört med 27% av mödrar utan depression, $p=0.0003$.

Det var färre kvinnor med tecken på depression, som vände sig till mannen för att få *stöd och tröst* (70%) jämfört med andra kvinnor (89%), $p<0.0002$. De hade dessutom *färre personer* att vända sig till för att få stöd (1.8) jämfört med kvinnor utan depression (2.1), $p<0.03$. *Det sociala stödet* inom familjen och vänkretsen dominerades helt av kvinnor och i de fall kvinnan nämnde sin egen far som stöd inkluderas han i svaret "mina föräldrar."

Tidigare missfall eller abort tenderade att vara vanligare bland mödrar med tecken på depression (48%) än hos mödrar utan tecken på depression (35%), $p=0.06$. Det gäller även mödrar med en trolig depression två månader efter förlossningen (52%) jämfört med mödrar utan en trolig depression (26%), $p=0.04$. Paritet och förlossning med obstetriska ingrepp skiljde sig inte statistiskt signifikant mellan kvinnor med och utan tecken på depression.

Ett år efter förlossningen (EPDS III) var den enda signifikanta skillnaden att kvinnor med tecken på depression var mer oroad för ekonomin (76%) jämfört med kvinnor utan tecken på depression (35%), $p<0.001$.

En jämförelse mellan mödrar med och utan tecken på depression två månader efter barnets födelse (EPDS II) visade att mödrar med tecken på depression hade upplevt flera negativa livshändelser under året (44%) jämfört med andra mödrar (23%), $p<0.02$. Det var ingen statistiskt signifikant skillnad mellan mödrarna vad gäller arbetslöshet, oro för ekonomi och hälsoproblem ett år efter barnets födelse. Även ett år efter förlossningen uppgav färre mödrar med tecken på depression två månader efter barnets födelse mannen, som den person de vände sig till för att få stöd (59%) jämfört med kvinnor utan tecken på depression (81%), $p=0.0003$.

Ett år efter barnets födelse rapporterade färre mödrar med tecken på depression två månader efter förlossningen att mannen hade varit föräldraledig (15 %) medan andra kvinnor rapporterade att 31 % av männen hade varit föräldralediga, $p=0.04$.

Frågan om föräldraledighet var den enda statistiskt signifikanta skillnaden mellan männens psykosociala förhållanden ett år efter barnets födelse. Färre män som levde tillsammans med kvinnor med tecken på depression två mån efter förlossningen hade varit föräldralediga (17 %) jämfört med män till kvinnor utan tecken på depression (37 %), $p=0.02$. En jämförelse mellan männens ursprungliga plan efter förlossningen och om de hade varit föräldralediga visade, att sex män tvärtemot planerna hade varit föräldralediga, 68 män planerade att vara det, men hade inte varit det ännu. Två grupper, 66 män i vardera, följde planen att vara eller inte vara föräldraledig.

Vi frågade även männen, vem de vände sig till för att få stöd och tröst. Majoriteten av männen nämnde endast sin partner som den de vände sig till. Några män nämnde föräldrar, vänner och arbetskamrater. Några av männen ansåg sig inte behöva stöd eller vid behov vände de sig in mot sig själva. Var tredje man avstod från att svara på frågan, som kan ha varit för känslig och privat.

Resultatet visade att en brist på skyddande faktorer innebär ökad risk för psykisk ohälsa före och efter förlossningen. Vi fann följande riskfaktorer för psykisk ohälsa: att vara yngre, kortare utbildning, oro för ekonomin, arbetslöshet, bristande socialt stöd av mannen och närstående. I familjer med mödrar utan tecken på depression tog män oftare ut en del av föräldraledigheten.

Vilka konsekvenser har kvinnans depressiva tillstånd för kvinnors och mäns föreställningar om barnet och mentala förberedelse inför att skydda och vårda det väntade barnet (III).

För att undersöka svarsmönstret i MFA/PFA-skalorna gjordes faktoranalys av dessa. De gav fem delskalor på MFA och PFA, som skiljde sig något mellan kvinnor och män.

Tabell 4. **Faktoranalys av MFA skalan - fem delskalor (faktorladdning > 0.3)**

	Fråga	F1	F2	F3	F4	F5
MFA I*	Omsorg om fostret och hälsobeteende					
12 (A)**	Jag undrar om barnet kan höra redan där inne i mig	.76				
14 (A)	Jag undrar om barnet kan tänka och känna därinne i mig	.75				
6 (A)	Jag undrar om barnet har det trångt därinne	.58				
15 (G)	Jag försöker äta sådan mat som är nyttig för barnet.	.48				
11 (G)	Jag gör vissa saker för att hålla mig frisk, som jag inte skulle göra om jag inte vore med barn	.46				
23 (G)	Jag avstår från vissa saker för att hjälpa mitt barn	.41				
MFA II	Mentala förberedelser för att ta hand om/vårda mitt ofödda barn					
18 (R)	Jag kan knappast ge mig till tåls tills jag får hålla barnet i famnen		.63			
5 (D)	Jag ser fram emot att få se hur barnet ser ut		.63			
4 (R)	Jag kan redan se hur jag ger barnet mat		.56			
8 (R)	Jag föreställer mig hur jag tar hand om barnet		.56			
19 (R)	Jag försöker föreställa mig hur barnet kommer att se ut		.55			
MFA III	Upplevelse/uppskattning av graviditeten och kroppsuppfattning					
2 (G)	Jag tycker graviditeten är väl värd de besvär som följer med den			.65		
22 (G)	Jag tycker att min kropp är ful			.56		
1 (I)	Jag talar med mitt barn			.53		
3 (D)	Jag tycker det är roligt att se magen hoppa när barnet sparkar därinne.			.49		
7 (I)	Jag har ett smeknamn på barnet			.35		
MFA IV	Upplevelse av fosterrörelser/fysisk kontakt med fostret					
24 (I)	Jag brukar ta tag i barnets fot för att röra på den				.73	
17 (I)	Jag försöker få barnet att röra på sig genom att jag själv puffar på honom/henne				.61	
16 (A)	Det verkar som om barnet sparkar och rör på sig när det är dags att äta				.53	
21 (A)	Jag känner när barnet hickar				.47	
20 (I)	Jag klappar på min mage för att lugna barnet när det sparkar för mycket				.42	
9 (A)	Jag anar redan vilken personlighet barnet har genom hur det rör sig				.31	
MFA V	Jag har bestämt ett namn för barnet					
10 (D)	Jag har ett namn som jag kan ge till en flicka					.67
13 (D)	Jag har ett namn som jag kan ge till en pojke					.66

*Cronbach' alpha MFA I .687, MFA II .730, MFA III .0511, MFA IV .504, MFA V .536 ** Cranley's five sub-scales; Interacting with Fetus (I), Attributing characteristics of Fetus (A), Differentiating from Self (D), Giving of Self (G) and Roletaking (R).

Tabell 5. Faktoranalys av PFA skalan - fem delskalor (faktorladdning > 0.3).

Påstående	F1	F2	F3	F4	F5
PFA I* Mental förberedelse för att ta hand om och vårda det ofödda barnet					
8 (R)** Jag föreställer mig hur jag tar hand om barnet					.72
5 (D) Jag ser fram emot att få se hur barnet ser ut					.68
18 (R) Jag kan knappast ge mig till tåls tills jag får hålla barnet i famnen					.67
19 (R) Jag försöker föreställa mig hur barnet kommer att se ut					.65
4 (R) Jag kan redan se hur jag ger barnet mat					.61
3 (D) Jag tycker att det är roligt att se min frus/partners mage hoppa när barnet sparkar					.58
1 (I) Jag talar redan med mitt barn					.41
2 (G) Jag tycker graviditeten är väl värd de bekymmer den för med sig för min fru/partner					.38
PFA II Omsorg om fostret/stöd till kvinnans hälsobeteende					
12 (A) Jag undrar om barnet kan höra redan nu därinne					.80
14 (A) Jag undrar om barnet kan tänka och känna därinne					.76
15 (G) Jag uppmuntrar min fru/partner att äta sådan mat som är nyttig för barnet					.63
11 (G) Jag gör vissa saker för att hjälpa min fru/partner att hålla sig frisk, som jag inte skulle göra om hon inte var med barn					.53
6 (A) Jag undrar om barnet har det trångt inne i livmodern					.46
7 (I) Jag har ett smeknamn på barnet					.40
9 (A) Jag anar redan vilken personlighet barnet har genom hur det rör sig					.39
23 (G) Jag uppmuntrar/avstår från vissa saker för min fru/partner för att hjälpa mitt barn					.37
PFA III Upplevelse av fysisk kontakt med fostret/fosterrörelser					
24 (I) Jag brukar ta tag i barnets fot genom magen för att röra på den					.76
17 (I) Jag försöker få barnet att röra på sig genom att jag själv puffar på henne/honom					.62
20 (I) Jag klappar på min frus/partners mage för att lugna barnet när det sparkar för mycket					.55
21 (A) Jag känner när barnet hickar					.45
PFA IV Jag har bestämt ett namn för en flicka eller pojke					
13 (D) Jag har ett namn som jag kan ge till en pojke					.84
10 (D) Jag har ett namn som jag kan ge till en flicka					.80
PFA V Uppskattning av kvinnans kropp och fosterrörelser					
16 (A) Det verkar som om barnet sparkar och rör sig när det är dags att äta					.65
22 (G) Jag tycker att min frus/partners kropp är ful					.63

* Cronbach's alpha PFA I .799, PFA II .767, PFA III .513, PFA IV .642, PFA V -.395

** Cranley's five sub-scales; Interacting with Fetus (I), Attributing characteristics of Fetus (A), Differentiating from Self (D), Giving of Self (G) and Roletaking (R).

Regressionsanalyser genomfördes för att undersöka relationerna mellan männens och kvinnornas bedömning på MFA och PFA-skalan. Dessa visade att de blivande föräldrarnas svar på MFA och PFA samvarierade (Tabell 4 och 5).

Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos blivande mödrar för föräldrarnas syn på barnets temperament två månader efter barnets födelse (Delarbete IV).

Vid föräldrarnas skattning av barnens temperament två månader efter födelsen tyckte flera mödrar, som troligen hade en depression och deras partner, att barnet var mera kinkigt och att det var svårare att trösta barnet (*Fussy/difficult*) än mödrar utan trolig depression och deras partner ($p < 0.001$ respektive $p < 0.05$). Det var ingen skillnad i föräldrarnas uppfattning om barnen avseende deras sociala förmåga och aktivitet (*Dull*) och hur förutsägbara föräldrarna tyckte att de var t ex avseende hunger och sömn (*Unpredictable*).

Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos blivande mödrar för föräldrarnas syn på föräldraskap och vardagsliv två månader efter barnets födelse (Delarbete II och III).

Den första tiden efter barnets födelse är mödrar ofta till största delen upptagna av amningen. Färre mödrar med tecken på depression under graviditeten (82 %) ammade två månader efter förlossningen jämfört med mödrar utan tecken på depression (94 %), $p < 0.02$. Mödrarna med tecken på depression två månader efter förlossningen ammade inte lika länge (4.6 månader) som de andra mödrarna gjorde (5.3 månader), $p < 0.04$. Hälften av mödrarna som troligen var deprimerade (51 %) tyckte amningen var mer ”besvärlig” eller ”värre än väntat” än mödrar utan trolig depression (16 %), $p < 0.0001$. Även gravida som hade tecken på depression före förlossningen (40 %) upplevde amningen mer ”besvärlig” eller ”värre än väntat” jämfört med gravida utan tecken på depression (20 %), $p < 0.03$.

Två månader efter förlossningen hade flera mödrar med tecken på depression (52 %) svårare att hinna med vad de tänkt i sitt vardagsliv jämfört med kvinnor utan tecken på depression (23 %), $p < 0.001$. Färre mödrar med tecken på depression (76 %) tyckte att ”det hade känts bra” den första tiden efter barnets födelse jämfört med mödrar utan tecken på depression (96 %), $p < 0.001$.

Det var ingen statistiskt signifikant skillnad i männens beskrivningar av vardagslivets förändring beroende på om kvinnan hade tecken på depression eller ej. Några män ansåg inte att vardagslivet hade förändrats alls (15 %). I familjer, där modern hade tecken på depression var det var femte man (19 %). De flesta männen var inställda på förändringen, som inte var större än de hade väntat sig (67 % respektive 69 %). Några män tyckte, att vardagslivet hade förändrats mycket mer än de hade väntat sig (17 % respektive 11 %).

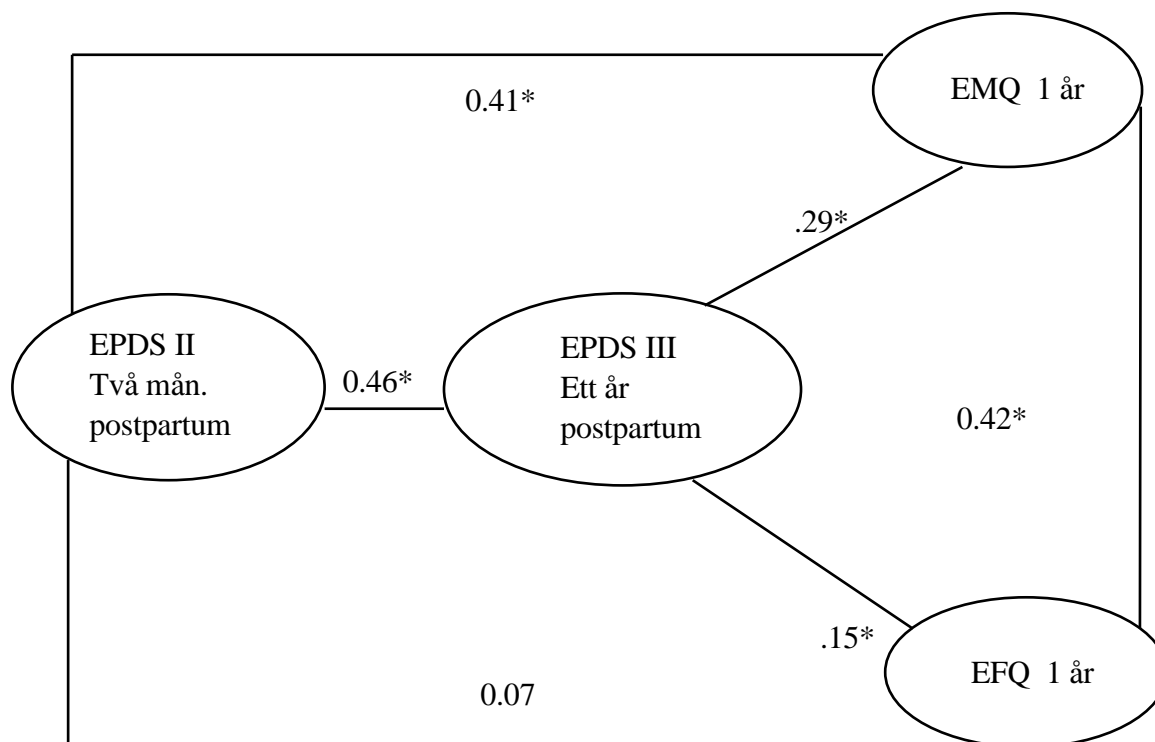
Männens känsla av delaktighet i barnets vård skiljde sig inte heller statistiskt signifikant mellan grupperna. Majoriteten kände sig helt eller lagom mycket delaktiga i barnets vård (81 % respektive 87 %), men några få män kände sig lite utanför (15 % respektive 11 %). I stort sett tyckte alla män ”det hade känts bra” tiden efter förlossningen (94 %). Några män svarade att ”det inte hade känts bra särskilt ofta” första tiden efter barnets födelse (2 %).

Vilka konsekvenser har depressiva tillstånd hos blivande mödrar för föräldrarnas syn på föräldraskap och vardagsliv ett år efter barnets födelse (II och IV)

Resultatet av stiganalysen av mödrarnas svar EPDS två månader och EPDS ett år efter barnets födelse är positivt korrelerade till föräldrars upplevelser av föräldraskapet, EMQ/EFQ ett år efter barnets födelse ($r=0,41$ respektive $r=0,29$) (Figur 5).

Frågeformuläret EMQ har 20 frågor, men det var bara hälften av frågorna som skiljde mellan mödrar med och utan tecken på depression före och efter barnets födelse. Det gällde främst fem frågor, om att de kände sig mera slutkörda (43 % respektive 15 %, $p<0,002$), hade svårt att klara av stressen i föräldraskapet (54% respektive 13 %, $p<0,001$) och om hur de värderade livet som det var just då (36 % respektive 9 %, $p<0,001$), även socialt (71 % respektive 41 %, $p<0,004$) och sexuellt 54 % respektive 27 %, $p<0,008$).

En jämförelse mellan mödrar två månader efter förlossningen visade att mödrar med en trolig depression (EPDS II ≥ 13 p) hade högre poäng på tre av delskalorna på EMQ. De var mera bekymrade och oroliga för barnet (*Anxiety and concern*) ($p<0,001$); de upplevde sin personliga autonomi begränsad (*Personal autonomy*) ($p<0,001$) och hade svårare att hantera sitt liv (*Coping with life*) ($p<0,001$) jämfört med mödrarna utan trolig depression. Det var ingen skillnad mellan mödrar med och utan en trolig depression avseende delskalan som handlade om förmåga att klara av vården av barnet, (*Coping with the Baby*) (Delarbete IV).



* $p < .05$

Figur 5. En stiganalys mellan EPDS II två månader och EPDS III ett år efter förlossningen och föräldrarnas upplevelse av föräldraskap, EMQ/EFQ ett år efter förlossningen.

Två omständigheter - föräldrarnas syn på barnet två månader efter födelsen och om mannen hade varit föräldraledig - hade betydelse för mödrarnas upplevelse av föräldraskap och vardagsliv. Föräldrar som tyckte att barnet var kinkigt och svårt att lugna upplevde föräldraskapet mer stressande än föräldrar, som inte tyckte att det var svårt lugna barnet (EMQ $p < 0.001$ och EFQ $p = 0.0003$). Mödrar, vars män delat föräldraledigheten upplevde föräldraskap och vardagsliv som mindre stressande än mödrar, vars partner inte hade delat föräldraledigheten ($p < 0.03$).

Vad gäller männens upplevelse av föräldraskap och vardagsliv ett år efter barnets födelse, var det bara delskalan om personlig autonomi, som skiljde statistiskt signifikant mellan männen. Män vars partner troligen var deprimerad efter förlossningen var mindre nöjda med det sexuella samlivet efter förlossningen än män vars partner inte var deprimerad ($p < 0.003$).

Resultatet visade, att även lindriga symtom på depression hos blivande och nyblivna mödrar hade negativa konsekvenser för föräldrarnas syn på barnet och kvinnors upplevelser av föräldraskap och vardagsliv första året efter barnets födelse. Kvinnorna

var mindre stressade i familjer där mannen delade föräldradigheten. I familjer där kvinnan hade tecken på depression efter förlossningen var båda föräldrarna mindre nöjda med det sexuella samlivet ett år efter barnets födelse.

DISKUSSION

Det övergripande syftet i avhandlingen var att undersöka förekomsten av tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar och dess konsekvenser för kvinnors och mäns föreställningar om sitt väntade barn och för deras syn på sitt nyfödda barn. Vidare skulle föräldrarnas upplevelse av sitt föräldraskap och vardagsliv första året efter barnets födelse undersökas i relation till psykisk ohälsa hos kvinnan och slutligen förslag ges på metoder, som skulle kunna tillämpas inom mödrahälsovården.

De huvudsakliga fynden var att tecken på depression under graviditeten ökade risken för depression efter barnets födelse och att tidigare psykisk ohälsa är förknippad med sårbarhet för psykisk ohälsa efter första barnets födelse.

Vi fann, att även lindriga symtom på depression kan ha negativa konsekvenser för amningen och mödrarnas syn på föräldraskap och vardagslivet under barnets första levnadsår. Barnen beskrevs som mera kinkiga och svårtröstade av föräldrarna i familjer, där modern troligen var deprimerad två månader efter förlossningen. Föräldraparen var mindre nöjda med det sexuella förhållandet ett år efter barnets födelse. Männen som kvinnor upplevt som stödjande och engagerade i barnets vård hade en gynnsam effekt på mödrarnas psykiska välbefinnande både före och efter barnets födelse.

Psykisk ohälsa - tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar

Vi fann, att var femte kvinna hade *tecken på en depression* (EPDS ≥ 10 p) vid graviditetens slut och en månad efter barnets födelse. Två månader efter barnets födelse hade 17 %, tre månader efter barnets födelse hade 16 % och ett år efter barnets födelse hade 12 % av mödrarna tecken på en depression. I den jämförande studien mellan nio länder på fem kontinenter hade Sverige lägst prevalens av tecken på depression hos mödrar en till tre månader efter första barnets födelse (Affonso et al 2000). I jämförelse med en annan studie (Josefsson et al 2001) som också använde det lägre gränsvärdet (EPDS ≥ 10 p) hade vi något högre prevalens. I deras studie var prevalensen 17 % under graviditeten och 13 % två månader efter förlossningen. Skillnaden kan bero på att data samlades in vid olika tidpunkt med några års mellanrum och att den gjordes olika miljöer, storstad respektive landsort och medelstora städer. En norsk studie (Eberhard-Gran et al 2004) visade en lägre prevalens än vår studie, men de fann liksom vi, att

tecken på depression i tredje trimestern (11.1 %) var lika vanliga som 5 – 8 månader efter förlossningen (10,5 %).

I en svensk nationell studie (Rubertsson et al 2005), där gränsvärdet (EPDS ≥ 12 p) användes var perinatale punktprevalensen något lägre, men periodprevalensen överensstämde med vår studie. I vår studie var prevalensen för en trolig depression efter förlossningen något lägre än i andra svenska studier i storstadsmiljö (Bågedahl-Strindlund & Monsen-Börjesson 1998; Wickberg & Hwang 1996). Skillnaden kan bero på att vi hade rekryterat kvinnor i områden, som var mindre socialt belastade. I de svenska studierna varierade förekomsten av depression efter barnets födelse mellan 7-15 %, vilket är i överensstämmelse med internationella studier (O'Hara & Swain 1996). Det är en svårighet, att jämföra resultaten i olika studier om perinatal depression, eftersom de oftast har genomförts på olika sätt och i olika länder (Hewitt et al 2009).

Vi fann, att några av kvinnorna hade tecken på depression före eller efter barnets födelse, medan några kvinnor hade det vid båda tillfällena. Andra longitudinella studier visar liknande resultat (Cooper, Murray 1995; Green 1998). Depressiva tillstånd har olika etiologi, vilket är ett problem vad gäller depressioner oavsett när de inträffar. Depressioner är vanligare bland kvinnor än bland män och bör ses ur genderperspektiv, där biologiska och psykosociala skillnader mellan kvinnor och män uppmärksammas (Riecher-Rössler 2010).

Riskfaktorer för depression före och efter barnets födelse

I delarbete I fann vi att förstföderskor, som tidigare hade sökt professionell hjälp för psykisk ohälsa, var mera sårbara för den stress som omställning till föräldraskap innebar första tiden efter barnets födelse. Det är okänt för oss vilken form av psykiska besvär, som de hade sökte hjälp för. Det är dock en indikation på att det var fråga om ett oönskat subjektivt lidande. Tidigare episoder av psykisk ohälsa är ett observandum, som motiverar att frågor om tidigare psykisk ohälsa ställs och beaktas vid individuell planering inom mödrahälsovården. Övriga bakgrundsfaktorer som ålder, utbildning och brist på arbete var associerade till mödrarnas svar på en del av frågeformulären. Dessa riskfaktorer är välkända i tidigare studier (Beck 2001; Blegen et al 2010) och barnmorskor kan ha nytta av att skapa sig inre bilder av kvinnor i komplexa livssituationer för att upptäcka och erbjuda stöd åt kvinnor med ökad risk för att utveckla depressiva tillstånd (O'Hara & Swain 1996).

Resultat i Projekt B visade, att kvinnornas skattning av depression har samband med oro för ekonomi och brist på socialt stöd av mannen och av närstående. Vi kände inte till familjens ekonomiska levnadsförhållanden, men i föräldrarnas kommentarer skymtade oro för ekonomin i kombination med sjukdom eller större investeringar som husköp. Ekonomin orsakar ofta stress, konflikter, sämre fysiskt och psykiskt välbefinnande (Beck 2001; O'Hara & Swain 1996). Personer som är ängsliga och "alltid oroar sig" och personer med dystra, negativa tankemönster har en större benägenhet att bli deprimerade (Evans et al 2005). Det är tänkbart att "oro för ekonomi" med tonvikt på "oro" är uttryck för deras kognitiva anpassningsprocess och föräldraansvar (Affonso et al 1999).

I vår studie hade arbetslöshet inte någon större betydelse för kvinnors depressiva tillstånd till skillnad från en nationellt representativ studie (Rubertsson et al 2005). En tänkbar förklaring till skillnaden kan vara ett försämrat läge på arbetsmarknaden sedan vår datainsamling genomfördes. En annan, att data samlades in i Stockholm medan det nationella materialet speglar landet i sin helhet. Det kan även ha viss betydelse hur föräldrarna såg på arbetslösheten. Några föräldrar såg den som en möjlighet att kunna vara hemma tillsammans eftersom mannen fick ersättning från arbetslöshetskassan.

I vårt material var paritet inte någon statistiskt signifikant faktor av betydelse för depression. Studier om paritet och depression har tidigare visat motstridiga resultat (O'Hara & Swain 1996). Tidigare erfarenhet av missfall och aborter tenderade att skilja mellan kvinnor med tecken på depression, då hälften av dem hade en sådan erfarenhet jämfört med var tredje kvinna utan tecken på depression. Några kvinnor nämnde, att de hade haft flera missfall, men ingen lämnade uppgifter om hur många aborter de gjort. Vi fann inte, att obstetriska ingrepp och komplikationer hade haft betydelse för kvinnornas depressiva tillstånd. Kvinnornas subjektiva upplevelse av förlossningen kan vara traumatisk även om den kliniska bedömningen var att förlossningen var normal utan komplikationer. En svensk nationell studie (Hildingsson et al 2005) visade, att kvinnor med en obstetrisk anamnes med tidigare missfall, negativ och traumatisk upplevelse av förlossningen eller perinatalt döda barn behövde flera besök på MVC än de som rekommenderas i mödrahälsovårdens basprogram.

I vår studie vände sig färre kvinnor med tecken på depression till mannen för att få stöd och tröst under graviditeten och vid uppföljningen ett år efter barnets födelse. Några av mödrarna, som saknade stöd av närstående skrev att de kände sig ensamma, isolerade, avskurna från "verkligheten" och saknade någon att prata med. Två kvinnor utan egna mödrar önskade få kontakt med äldre kvinnor som fött barn. Det sociala stödet har flera dimensioner: instrumentellt stöd kan vara praktisk hjälp och även materiellt stöd, informativt stöd i form av råd och kunskap, medan emotionellt stöd är gemenskap, bekräftelse och uppskattning (Oakley 1992). Några av kvinnorna nämnde föräldrar och syskon som de närstående, som de sökte stöd hos och mannen som den som gav tröst. Det kan tolkas som att de sökte ett instrumentellt stöd från föräldrar, medan de sökte tröst och trygghet som innefattas i det emotionella stödet av mannen. Ett av föräldraren, som separerade under året skrev, att de hade haft behov av släktingar som kunde hjälpa dem, när barnet skrek i början. Forskningen visar en entydig bild att brist på socialt stöd av mannen och närstående är en stark riskfaktor för depression hos blivande och nyblivna mödrar (O'Hara & Swain 1996; Beck 2001; Austin & Lumley 2003; Robertson et al 2004; Rubertsson et al 2005).

Många män avstod från att svara på frågan om stöd, vilket vi uppfattar som avvärjande svar. Frågan kan ha varit känslig och beröra parrelationen och relationer till närstående i det sociala nätverket. Kvinnor och män reagerar olika vid påfrestningar och stress, kvinnor söker kontakt och stöd hos närstående medan män drar sig undan (Taylor et al 2000).

Psykisk ohälsa under graviditet ökar risken för depression

I arbete III visade "SEM-analysen" att depressiva tillstånd under graviditeten är en bättre indikator för depressiva symtom ett år senare än det depressiva tillståndet två månader efter förlossningen. Det visade sig, att en del kvinnor hade tecken på depression vid ett eller flera tillfällen före och efter förlossningen. Det kan vara många okända skäl till att kvinnor reagerar med depressiva tillstånd. Tidigare studier visar, att det tycks vara olika etiologi bakom depression hos blivande och nyblivna mödrar. För en del är tillståndet associerat till graviditeten och barnafödandet, medan det för andra kan vara helt andra orsaker (Cooper & Murray 1995; Green 1998).

Blivande och nyblivna mammor är ingen heterogen skara utan var och en måste ses och förstås som en unik person, som reagerar i en unik fas i livet. Det är vanligt att

depressiva tillstånd inte uppmärksammas (Wickberg-Johansson et al 1996; Bågedahl-Strindlund & Monsen Börjesson 1998). Det leder till, att indikerad prevention i form av fördjupad kontakt och psykosocialt stöd till mödrar med särskilda behov, inte kommer dem till del inom mödrahälsovården.

Relationen till det väntade barnet

Resultatet av faktoranalysen av MFA och PFA (arbete III) visade att delskalan med den högsta laddningen (MFA I) handlade om kvinnornas tankar på barnet och hur det hade det i magen och kvinnans eget hälsobeteende. På PFA-skalan handlade delskalan med den högsta laddningen (PFA I) om männens mentala förberedelse inför mötet med sitt väntade barn och att ta hand om det efter födelsen. Vårt fynd reflekterar kvinnans närhet till barnet som växer i hennes kropp medan mannens förhållande till sitt ofödda barn av naturliga skäl är mer distanserat före barnets födelse. Den bilden bekräftas i en kvalitativ studie av mäns upplevelser av att vara distanserade och en outsider jämfört med den gravida kvinnan (Chin et al. 2011). MFA- och PFA-skalorna samvarierade, vilket även studier av White och hennes medarbetare har visat (1999).

Paritet var negativt associerad till MFA-skalan och till två MFA-delskalor, vilket indikerar att förstföderskor var mer involverade i graviditeten än omföderskor. Det kan förklaras av att omföderskorna har barn att ta hand om och att de redan har passerat övergången till moderskap (Condon & Esuvaranthan 1990; Nelson 2003).

De gravida kvinnorna med tecken på depression var lite mer negativa till besvär som en graviditet kan föra med sig och till sin kropp (MFA III) och de var mera upptagna av fosterrörelserna och av den fysiska kontakten med barnet (MFA IV). Även Condon (1985) fann, att gravida kvinnor skiljer mellan emotionella reaktioner inför det väntade barnet och över "att vara gravid". Det är tänkbart, att kvinnorna med tecken på depression under graviditeten hade mera besvär under graviditeten (Josefsson et al 2002) eller att de kände sig mer ambivalenta till graviditeten. De kan ha haft svårare att klara av problem och ett större behov av stöd av barnmorskor på MVC (Hildingsson et al. 2005). Det kan finnas flera skäl till att gravida kvinnor med tecken på depression var mera upptagna av fosterrörelser och den fysiska kontakten med barnet. En anledning kan vara, att hon var känslig för barnets rörelser och sökte kontakt med barnet för att känna samhörighet med det eller tvärtom att modern var irriterad och stördes av barnets rörelser, som hon ville dämpa genom att puffa på barnet för att lugna det (Salomonsson

2008, personlig kommunikation). Det kan även vara på det sättet, att de ofödda barnen faktiskt var mera rörliga under graviditeten än barn till mödrar med psykiskt välbefinnande (Field et al 2001; Di Pietro et al 2002). Vilken tolkning vi än väljer, kan den ökade uppmärksamheten på det väntade barnet främja moderns band till barnet (Mikhail et al 1991; Grace 1999).

Konsekvenser av depressiva tillstånd på kort sikt efter barnets födelse

Flera mödrar med depressiva tillstånd hade svårt att hinna med vad de tänkt och de mådde sämre än andra mödrar två månader efter barnets födelse (arbete II och IV). Den första tiden präglas nyblivna mödrars vardagsliv av stort ansvar, nya krav och brist på kontroll i en ny livssituation och med varierande socialt stöd av partner och närstående. Studier av faktorer, som påverkar den psykiska och fysiska hälsan inom arbetslivet, visar att det måste vara en balans mellan belastning/ krav, beslutsutrymme/kontroll och socialt stöd från andra för psykiskt välbefinnande (Sanne et al 2005). Det var ingen skillnad i männens känsla av välbefinnande, hur mycket deras vardagsliv hade förändrats och hur delaktiga de kände sig i barnets vård sett i relation till mödrarnas psykiska hälsotillstånd två månader efter barnets födelse. Efter första barnets födelse sker en förändring i jämställdheten mellan kvinnor och män (SOU 1997:139). Man talar om tysta överenskommelser som råder i samhället om fördelning av makt och ansvar i hemmen mellan kvinnor och män i termer av ”genuskontraktet” (Hirdman 2001). Är det genuskontraktet som gör att kvinnor oftare uppslukas av sysslorna i hemmet, medan männen fortsätter arbeta eller ökar arbetsinsatsen som om ingenting har hänt?

Flera mödrar med tecken på depression upplevde amningen besvärlig och ammade kortare tid än andra mödrar. Amningsproblem kan skapa känslor av oro och otillräcklighet och argumenten för att amma kan upplevas som en press då ingen kan ersätta henne. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det av stor betydelse att understödja och bekräfta mammans ansträngningar att amma barnet och även att försöka mobilisera stöd ur kvinnans eget nätverk.

Flera av mödrarna, som troligen var deprimerade och även deras män, tyckte barnet var kinkigt och svårtröstat jämfört med andra föräldrar. Upplevelsen av oförmåga att hjälpa barnet komma till ro är svår och tärande både på tålamod och på självkänsla. Den delade bedömningen, kan tala för att barnet var kinkigt och svårtröstat. Psykisk ohälsa

och depression hos män under graviditeten kan ha samband med barns skrikighet (Van den Berg, et al 2009), men vi har inte undersökt männens psykiska hälsa före barnets födelse. Vi vet inte heller, om barnet skrek mycket eller om det var föräldrarnas upplevelse, att barnet var skrikigt. En studie av Wikander och Theorell (1995) om skrikiga barn visade, att föräldrarnas subjektiva upplevelser och objektiva mätningar av barnets skrik, som de registrerade i dagböcker inte alltid stämde överens. Föräldrars upplevelse av barnet som skrikigt kan vara en yttring av disharmoni i familjen och inte bero på barnet (Wikander & Theorell 1995). Det är illavarslande om moderns uppfattning om barnet är negativ, då detta kan påverka samspelet med barnet. Moderns depression kan färga hennes bild av barnet under lång tid framöver. Barn är känsliga och kan reagera med att bli "besvärligt" och mor - barn förhållandet hamnar i en ond cirkel. Studier har visat, att deprimerade mödrar flera år senare uppfattat sina barn – speciellt söner – som mer besvärliga än andra barn (Josefsson 2003; Murray et al 2003; Hill 2008).

Konsekvenser av depressiva tillstånd på lång sikt efter barnets födelse

De depressiva tillstånden hade negativa konsekvenser för hur kvinnorna såg på föräldraskap och vardagsliv ett år senare (arbete II och IV). Mödrar med tidigare och aktuella tecken på depression kände sig mer stressade och slutkörda och mindre tillfreds med livet – socialt och sexuellt – än mödrar utan psykisk ohälsa. Föräldrarna i familjer där kvinnan hade tecken på depression kände mindre tillfredställelse med sexlivet ett år efter barnets födelse. Ett barns födelse inverkar ofta negativt på sexlivet, men det är vanligtvis en övergående fas, om kvinnan och mannen lyckas att hålla kontakten och kommunikationen vid liv (Ahlborg & Strandmark 2001).

I familjer där männen varit föräldralediga kände sig mammorna mindre stressade. Det svenska samhällets lagstiftning stödjer utveckling av ett jämställt samhälle med samma rättigheter och skyldigheter för kvinnor och män (Welles-Nyström 1996). Männen uppmanas vara "pappalediga" för att utveckla starka band med sina barn och under åren som gått sedan data samlades in har männens uttag ökat, men ökningen går rätt långsamt. Det är fördelaktigt om föräldrar delar erfarenheter och direkt vårdansvar för barn och hem (SOU 1997:139). En studie om modernt föräldraskap (Bäck-Wiklund & Bergsten 1997) visade att kvinnor och män tänker och talar om det gemensamma familjeprojektet på samma sätt, men när det kommer till handling är den individuell och könsspecifik. Konflikter kan uppstå i mötet mellan individuella och könsspecifika

upplevelser av den gemensamma verkligheten. Det innebär att föräldrarna måste bryta det tysta, outtalade genuskontraktet och ta bladet från mun och diskutera, för att tillsammans forma barnens uppväxtmiljö, familjelivet och sina yrkesliv i det så kallade 'livspuzzlet'.

Vad förväntas - vad kan - barnmorskor inom mödrahälsovården göra?

Syftet i avhandlingen var att undersöka förekomsten av tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar och dess konsekvenser för kvinnors och mäns föräldraskap och vardagsliv. Syftet var också att utifrån fynden ge förslag på metoder som kan prövas inom mödrahälsovård.

Avhandlingens resultat motiverar att blivande och nyblivna mödrar med risk för psykisk ohälsa ägnas uppmärksamhet inom mödrahälsovården. I olika styrdokument för mödrahälsovården (Socialstyrelsen 1996; SFOG ARG rapport nr 59 2008) är det väl beskrivet vad barnmorskor förväntas göra. I Stockholms läns landstings basprogram för mödrahälsovård (2011) där medicinsk och psykologisk hälsoövervakning är integrerad är observationer av hinder för de psykologiska processerna under graviditeten och riskfaktorer för psykisk ohälsa också mycket väl beskrivna.

Vid det första besöket inleder de blivande mödrarna eller föräldrar och barnmorskan en relation, som kommer att vara ända tills barnet är fött. I psykosocial omvårdnad är samtalen barnmorskans viktigaste redskap. Barnmorskor bjuder in föräldrarna till en öppen dialog och skapar en kontakt och socialt stöd, som vid särskilda behov ska kunna utökas och fördjupas. Barnmorskor kan även konsultera och hänvisa till andra professionella vårdgivare läkare, psykologer, socionomer och till specialist-MHV och instanser i kommunen som MHV samverkar med. Ett psykosocialt omvårdnadsarbete med mänskliga relationer och livsöden kräver ett personligt engagemang och professionellt förhållningssätt, därför behöver barnmorskor också yrkesmässig handledning (Severinsson 2010).

Det är viktigt, att barnmorskor uppmärksammar riskfaktorer och friskfaktorer för psykisk ohälsa. De psykosociala förhållanden, som innebär risk för psykisk ohälsa kan ofta identifieras före förlossningen. En riskfaktor är brist på socialt stöd och en förtrogen person. Kvinnor som saknar socialt stöd av mannen och närstående, kan behöva stöd och hjälp för att aktivera eller utvidga sitt sociala nätverk genom nya

kontakter med andra. Det är välkänt att ledsna blivande eller nyblivna mödrar ofta döljer hur de känner sig och sällan själva ber om hjälp (Dennis & Chung-Lee 2006; McGarry et al 2009). Det är viktigt, att barnmorskor ser henne, kan närma sig genom att ställa frågor, be henne berätta hur hon har det och lyssna på svaren.

Under graviditetens gång följer barnmorskor mödrarna eller rättare sagt föräldrarna genom de psykologiska faserna och deras mentala förberedelse inför att skydda och vårda barnet. För den kvalificerade uppgiften att förebygga psykisk ohälsa hos barn behövs det strukturerade arbetssätt och metoder (Socialstyrelsen 2008). I en studie visade Siddiqui och medarbetare (1999) att barnmorskorna med hjälp av en enkel frågeguide kan bedöma blivande mödrars reaktioner på graviditeten och deras förhållande till sitt väntade barn. Några av frågorna i frågeformulären av Cranley (1981), Müller (1993) och Condon (1993) skulle kanske kunna användas som underlag för barnmorskornas samtal med blivande mödrar och föräldrar under graviditeten?

Vid efterkontrollen en tid efter förlossningen avslutas kontakten mellan den nyblivna mamman och barnmorskan. Det är ett viktigt tillfälle, då barnmorskan får hälsa på barnet och tillsammans med kvinnan kan se tillbaka på graviditeten, förlossningen, amningen och första tiden som förälder eller föräldrar. Efterkontrollen är också ett bra tillfälle uppmärksamma den sexuella relationen (Olsson et al 2011). Det är lättare för kvinnan att berätta för barnmorskan, som hon har en relation med, om hon inte känner sig väl till mods. Det är läkande och avlastande, att få berätta för någon som lyssnar, ger stöd och hjälper till att finna vägar för att lösa problem. Barnmorskan skall uppmana mödrar med psykiska problem som nedstämdhet att berätta det för sjuksköterskan på barnavårdscentralen, så att hon fortsatt kan erbjudas hjälp och stöd.

Hur kan barnmorskor på MVC identifiera psykisk ohälsa hos de blivande och nyblivna mödrarna? Det finns evidensbaserade intervjuguider (Beck 2002 b) och frågeformulär för att upptäcka tecken på depression, EPDS (Cox et al 1987) och PDSS (Beck & Gable 2000), som ska vara underlag för ett uppföljande samtal. EPDS är det mest använda vid screening för depression före och efter förlossningen (Hewitt et al 2009). PPDS är nyare och kan användas som en kortversion med sju frågor, som vid indikation på tecken på depression fylls i sin helhet med 35 frågor (Pereira et al 2010). PDSS skulle kunna vara ett alternativ till EPDS inom svensk mödrahälsovården. Wickberg och medarbetare (2005) gjorde en studie, som inleddes med en

utbildningsinsats på MVC. Den visade, att om barnmorskorna kände till kvinnornas svar på EPDS så kunde de ge stöd till de deprimerade kvinnorna. Screening av depression med EPDS är en metod som accepteras av såväl kvinnorna som personal inom hälsovård (Brealey et al 2010). En fördel med EPDS är att det ges ett tillfälle att i enrum reflektera över hur man har känt sig under den senaste veckan. Det är viktigt, att i förväg informera kvinnan om screening så att hon är förberedd och förstår att hälsovårdspersonalen står på hennes sida och inte utför screeningen som en social kontroll.

En nationell utredning om prevention av psykisk ohälsa hos barn inom mödrahälsovård (Socialstyrelsen 2009) visade, att uppdraget för MHV bör förtydligas och strukturerade arbetssätt och manualbaserade metoder behöver utvecklas och utvärderas. Redan år 2004 påtalades bristen på övertygande vetenskapligt stöd för delar av graviditetsövervakningen och för nyttan av det psyko-sociala program, som används för att identifiera kvinnor med särskilt behov av psykologiskt stöd inför barnafödandet i Sveriges gynekologers jubileumsskrift (Lindberg 2004, s 107). Det bedrivs både internationell och nationell forskning om psykisk ohälsa rörande depression och metoder för screening under graviditeten. Det är angeläget, att blivande och nyblivna mödrars depressiva tillstånd tidigt upptäcks och kan hävas genom lämplig intervention.

I de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen 2010) rekommenderas inte screening med EPDS under graviditeten. De kvinnor som själva söker hjälp ska uppmärksammas även om symtomen inte svarar mot en psykiatrisk diagnos (s 32), men de blivande mödrar som varken söker hjälp själva eller upptäcks av barnmorskor löper risk att bli utan uppföljning och psykiskt stöd. Ett av skälen till avrådan är bristen på vetenskapligt stöd för att EPDS har tillräckligt hög sensitivitet och specificitet (Socialstyrelsen 2010). Problemet med för många falskt positiva resultat gäller främst inom forskning. Inom vården används inte EPDS för att ställa psykiatriska diagnoser utan det ska följas upp med samtal och eventuell bedömning.

I England provar man istället för screening med EPDS (Hewitt et al 2009) att ställa frågor för att fånga upp symtom vid en egentlig depression: *Har du ofta känt dig nere, deprimerad eller pessimistisk under den senaste månaden?* (During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?), *Har du ofta*

känt att du inte har lust eller intresse att göra någonting under den senaste månaden?
(During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?), *Är det här någonting som du känner att de behöver eller vill ha hjälp med?* (Is this something you feel you need or want help with?)

Enligt Socialstyrelsen (2008, 2009) har barnmorskor en indirekt roll vid prevention (universell och selektiv) av psykisk ohälsa hos barn genom stöd i föräldraskap och föräldrautbildning. Efter förlossningen sker förändringar i båda föräldrarnas liv och i parrelationen, som skapa konflikter. Dessa behöver diskuteras redan under graviditeten även om en del blivande föräldrar betvivlar att det kommer att hända dem. Kan det vara så att kvinnor och män har förväntningar på att tillvaron efter graviditet och förlossning förutom barnet ska vara mer eller mindre som vanligt igen? Man kan fundera på det moderna samhällets krav på effektivitet och vad man ska klara av. Det kan finnas skäl att understryka, att efter förlossningen behövs det tid för fysisk återhämtning och psykisk anpassning till såväl moderskap (Emmanuel & S:t John 2010; Nelson 2003; Mercer 2004) som faderskap (2011) och anknytning till barnet (Broberg et al 2006; Georg & Solomon 1996). Föräldrar kan behöva bättre förståelse och beredskap för att själva aktivt söka stöd och hjälp vid behov, därför behöver information om psykisk ohälsa och depression tas upp i föräldragrupper.

Föräldrar av idag har en ständig tillgång till mycket information i broschyrer, böcker och Internet. Som exempel kan nämnas modern informationsteknologi med interaktiva applikationer som med framgång har prövats i behandling av psykisk ohälsa till exempel panikångest och depression (Bergström 2010). Teknologin kan även användas för att skapa kontaktvägar mellan blivande och nyblivna föräldrar och med personalen inom MHV/BHV. Det finns ett värde i stödverksamhet i form av så kallade självhjälpgrupper (Karlsson 2002; Honikman 2006) som inte kräver mera resurser från verksamheten än att initiera och skapa kontakt mellan deltagarna. Deltagarna får både kunskap, avlastning och igenkännande genom samtal med andra människor som delar liknande erfarenhet.

Metoddiskussion

Den första delen av datainsamlingen i Projekt A genomfördes på tio MVC i Stockholm under 1996-1997 genom att barnmorskorna rekryterade blivande mödrar till studien och gav dem två kuvert med frågeformulär, som de skulle besvara en viss tid efter

barnets födelse. Till skillnad från Projekt B deltog flera geografiska områden i studien, men det var en homogen grupp svenskfödda kvinnor. Det är möjligt, att kravet på kunskaper i svenska för att på egen hand kunna besvara frågeformulären styrte urvalet.

Den första delen av datainsamlingen i Projekt B genomfördes på sex mödravårdscentraler i Stockholm under tiden oktober 1993 – mars 1994. Tre MVC var i landsbygd norr om Stockholm och tre MVC i en förort i södra Stockholm. Inget av områdena var särskilt tungt belastat med sociala problem. Projektledaren W L hade varit verksam som psykolog inom mödra- och barnhälsovården i norrort. Vi valde, att fråga barnmorskorna på MVC i Syd, därför att vi tidigare haft kontakt med dem. De hade deltagit i en liten studie och prövat EPDS som underlag för samtal. Det kan vara en fördel att barnmorskorna kände till EPDS, då de skulle informera föräldrar om studien. En annan idé var, att jämföra kvinnor med bostadsort i landsbygd och stadsmiljö, men bostadsorten visade sig inte ha någon större betydelse för mödrarnas depressiva tillstånd.

I andra och tredje delen av datainsamlingen efter barnets födelse sändes frågeformulären per post hem till föräldrarna. En del familjer flyttade och kunde varken nås per post eller telefon. Föräldrar som inte besvarade frågeformulären påmindes med ett eller flera telefonsamtal. Bortfallet kan ha berott på stress, en del vände inte på bladet när de besvarade frågeformulären eller glömde skicka tillbaka det. Vid påringningen talade mödrarna gärna och länge i telefon, vilket betyder att en annan metod än frågeformulär kanske hade passat dem bättre. Flera mödrar sa, att de skulle posta brevet nästa gång de gick ut. De hade haft lättare att besvara enkäterna, om vi hade haft tillgång till internet som dag.

Bortfallet i Projekt A var 18 % vid det första undersökningstillfället och 31 % vid andra det undersökningstillfället. I Projekt B var bortfallet 31 % vid det första undersökningstillfället. Föräldrarna fick i det första informationsbrevet kännedom om planerna för Projekt B, där en annan del av projektet skulle avslutas med intervju och videofilmning 18 månader efter barnets födelse. Föräldrarna kan ha upplevt det som en lång, krävande studie och valt att avstå från att delta. Bortfall av den storleksordningen är vanliga vid studier med postala enkäter (Babbie 2004).

Det är möjligt att mödrar med tecken på depression återfinns i bortfallsgruppen. Antar vi, att alla kvinnor i bortfallsgruppen i Projekt A hade tecken på depression (EPDS ≥ 10 p) skulle den teoretiska prevalensen stiga till 34 %. Antar vi däremot, att ingen av kvinnorna hade det skulle prevalensen sjunka till 16 %. Ett mera sannolikt värde för prevalens får man, om man antar att 10 % respektive 50 % av kvinnorna hade (EPDS ≥ 10 p), då skulle den teoretiska prevalensen vara 18 % respektive 25 %. För en trolig depression (EPDS ≥ 13 p) skulle teoretiskaprevalensen vara 10 % respektive 16 %, om 10 % eller 50 % av kvinnorna i bortfallsgruppen var ”deprimerade.”

Antar vi, att alla kvinnor i bortfallsgruppen I Projekt B hade tecken på depression (EPDS ≥ 10 p) skulle den teoretiska prevalensen stiga till 38 %, men om man istället antar, att ingen av dem hade det skulle prevalensen sjunka till 17 %. Antar vi, att 10 % respektive 50 % av kvinnorna i bortfallsgruppen hade EPDS ≥ 10 p, får man på motsvarande sätt en teoretisk prevalens för tecken på depression på 20 % respektive 30 % två månader efter barnets födelse. Teoretiska prevalensen för en trolig depression, EPDS ≥ 13 p, varierar på motsvarande sätt mellan 5 % - 30 % om ingen eller samtliga kvinnor i bortfallsgruppen hade EPDS ≥ 13 p. Mera sannolikt är det ~~at~~ 10 % eller 50 % av kvinnorna i bortfallsgruppen hade en trolig depression, då skulle teoretiska prevalensen vara 8 % respektive 18 % två månader efter barnets födelse.

Urval: Vi har bedömt att stickprovsstorlekarna är tillfredställande för de undersökta variablerna. En obstetrisk bakgrundsfaktor gällande tidigare erfarenhet av missfall och aborter hos mödrar med tecken på depression skulle sannolikt vara statistiskt signifikant med ett större stickprov. Datainsamlingen genomfördes i en storstadsmiljö och för ett antal år sedan och man kan anta, att förhållandena skiljer sig från miljöer i landsbygd och att förhållanden har ändrats under årens lopp. De offentliga rapporterna ökande förekomst av psykisk ohälsa hos barn och unga, som bygger på vetenskapliga studier ger belägg för att påfrestningar och stress i samhället består.

Frågeformulären om personliga uppgifter och förhållanden

Frågeformuläret om demografiska och psykosociala förhållanden i Projekt A konstruerades för en internationell studie (Affonso et al 2000). Det innehöll frågor om ålder, utbildning; grundskola, gymnasium och högskola, etnicitet/ras; asiat/svart/vit/hispanic/annan, civilstånd; gift eller sambo/ ogift, förhållandets längd, religiös tillhörighet (om någon) och yrke/anställning. Tre specifika frågor om psykisk ohälsa

ställdes till kvinnorna; om de haft egna psykiska besvär som sökt professionell hjälp för, om någon i familjen haft psykisk ohälsa/depression och om de gått i psykoterapi under senaste året. Barnmorskorna lämnade på en särskild blankett uppgifter om kvinnornas personliga data och uppgifter om eventuella obstetriska ingrepp och komplikationer.

I Projekt B konstruerade vi själva frågeformulären om demografisk och obstetrisk bakgrund och psykosociala förhållanden för studien. Vid det första tillfället ställdes inga frågor till männen om demografiska och psykosociala förhållanden. Ett år efter barnets födelse ställdes i stort sett samma frågor till kvinnor och män om psykosociala förhållanden i livssituationen. Det var en brist i studien att inga frågor ställdes angående tidigare psykisk ohälsa hos modern och hennes familj. Det var ett skäl av skälen till att det var angeläget att genomföra Projekt A.

Depressionsskattningsskalorna

EPDS

I avhandlingen användes olika gränsvärden på EPDS beroende på att forskarna i Projekt B hade olika intressen. I en del av projektet studerades barnen till mödrar med en trolig depression med det högre gränsvärdet på EPDS ≥ 13 p. Mitt intresse vara att undersöka de blivande och nyblivna mödrar som barnmorskor på MVC skulle ha upptäckt om de hade använt EPDS med det lägre gränsvärdet EPDS ≥ 10 p, som rekommenderade inom primärvård (Cox et al 1987). Valet av gränsvärde på EPDS skall göras pragmatiskt beroende på vad man vill undersöka (Green 1998).

Vid val av gränsvärde måste kostnaden vägas mot nyttan, samt konsekvenserna av ett för högt eller för lågt gränsvärde eftersom det ger falskt negativa respektive falskt positiva utfall.

Barnmorskor inom svensk mödrahälsovård står inför uppgiften att bedöma kvinnors behov av fördjupad kontakt och att erbjuda psykosocialt stöd. EPDS eller andra frågeformulär kan vara hjälpmedel för att bedöma kvinnors behov av en fördjupad kontakt och erbjuda stöd inom mödrahälsovården. EPDS har inte validitetsprovats hos gravida kvinnor i Sverige tidigare. Nyligen genomfördes en validitetsprövning, som visade att med gränsvärdet EPDS ≥ 13 p kan gravida kvinnor med depression identifieras (Rubertsson et al 2011). En bearbetning av ett större antal studier där EPDS

använts visade, att gränsvärdet EPDS ≥ 10 var optimalt för att identifiera lindrig och medelsvår depression med sammanslagen sensitivitet på 0.82 (95 % CI 0.76-0.86) och specificitet på 0.86 (95 % CI 0.79 – 0.91) (Hewitt et al 2009).

EPDS-formuläret användes inte till männen, då det inte var validitetsprövat vid den tidpunkten. Information om mäns psykiska välbefinnande och demografiska och psykosociala förhållanden hade givit en mera fullständig bild av föräldrarnas livssituationer före och efter barnets födelse.

BDI

Frågeformuläret som utvecklades av Beck et al (1961) har 21 frågor om psykiska symtom (fråga 1-13) och om fysiska symtom (fråga 14-21) vid depression. Skalan var avsedd för att mäta symtomens svårighetsgrad hos patienter inom psykiatrisk vård. Frågorna har fyra svarsalternativ, som kodas 0-3 poäng. Höga poäng indikerar en högre grad av depression. Frågorna psykiska symtom mäter symtom vid depression och negativa attityder mot sig själv, symtom som är vanliga hos deprimerade kvinnor oavsett om de väntar eller har fått barn. En del frågor om somatiska symtom är mindre lämpliga för att fånga upp tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar. Det gäller frågorna om viktminskning, aptit och sömnstörningar, som hos nyblivna mödrar har en naturlig förklaring, som inte har samband med deras psykiska hälsotillstånd. Känslor av oro nämndes endast som ett svarsalternativ i fråga 20 som mäter oro för hälsan eller hypokondri.

PDRS

Frågeformuläret består av 28 frågor, som mäter frekvensen av psykiska och somatiska symtom vid depression. PDRS har, efter vad vi vet, inte tidigare använts och saknar utprovade gränsvärden. Svarsalternativen är graderade från 0-10 (0 = aldrig, 1-3 sällan, 4-7 ibland/ åtminstone 1-2 gånger om dagen, 8-10 ständigt/hela tiden). I PDRS ställs frågor om förekomsten av både fysiska och psykiska symtom under de senaste två veckorna. En del av frågorna om vikt och aptit saknar relevans eftersom man sällan ändrar vikt fler gånger per dag och för kvinnor som nyss fött barn kan förändring av både vikt och aptit ses som en naturlig förändring. Kvinnorna kunde markera vilka fysiska symtom, som de besvärades av genom att markera ett - flera olika symtom. PDRS har frågor om psykiska symtom vid depression och fyra frågor om oro och ångslan.

Frågeformulären om föräldrarnas syn på barnen, föräldraskapet och vardagslivet

MFA/PFA

De blivande föräldrarnas föreställningar om det väntade barnet och mentala förberedelse inför att vårda det undersöktes i slutet av graviditeten med Maternal/Paternal-Fetal Attachment Scale, MFA/PFA (Cranley 1981). Det är ett frågeformulär med 24 frågor varav en del behöver revideras, då de väckte irritation hos några fäder som kommenterade frågorna. De klargjorde, att de inte alls undrade om barnet kunde höra och känna. Det indikerar att dagens föräldrar är väl medvetna om de nya rön om ofödda och nyfödda barnens kompetens, som har kommit fram sedan 1981. Några frågor är det svårt att förstå meningen med. En fråga, nr 16, handlar om barnets fosterrörelser och om de kan tyda på att det är dags att äta. Frågeformuläret behöver revideras och moderniseras för att fungera optimalt idag.

Under årens lopp har den psykologiska process, som blivande mödrar och fäder genomgår under graviditeten debatterats livligt. Cranley(1981) benämnde den ”maternal-fetal attachment”, medan andra forskare hävdar, att Cranley är för lite inriktad på de känslomässiga banden mellan föräldrarna och det väntade barnet (Müller 1993; Condon 1993). Några forskare anser, att ”attachment” är ett ömsesidigt samspel mellan föräldrar och barn (Bowlby 1994; Broberg et al 2006), därför ska den termen inte användas före barnets födelse. Under graviditeten förbereder sig blivande föräldrar och utvecklar ett system för vård och omsorg av barnet. Det kännetecknas av att föräldrarna vill skydda barnet (Georg & Solomon 1996; Walsh 2010). I det basprogrammet för mödrahälsovård (2011) ges fler exempel på vad, som är viktigt att vara observant på under graviditetens trimestrar. Det behövs mera kunskap om de psykologiska processerna under graviditet (Yarcheski et al 2009) och metoder behöver utvecklas för att följa och stödja den dynamiska och komplexa psykologiska processen (Siddiqui et al. 1999).

ICQ

Frågeformuläret konstruerades av Bates et al (1979) för att undersöka föräldrarnas uppfattning om något äldre barns temperament. De frågor som gällde äldre barn togs bort, för att anpassa skalan till föräldrarnas skattning av nyfödda barns temperament. En del frågor var, enligt min uppfattning omöjliga att svara på t ex att gradera barnets

humör från glad – allvarlig på en sjugradig skala. Föräldrarna skall jämföra sitt barn med andra barn: de lätthanterliga barnen har låga poäng, de som är som genomsnittet är i mitten och de mera krävande barnen har högre poäng. Desto lägre poäng desto mera lätthanterliga barn. Lättskötta brukar man säga är ”snälla barn” ingen säger dock att krävande barn är ”elaka.” Vi vet inte, om barnet verkligen skrek mycket och inte heller hur barnet skulle ha bedömts av en utomstående person, vilket rekommenderas i studier om barn temperament (Beck 1996b; Mayberry & Affonso 1993). Utifrån min erfarenhet från BB-vård är jag medveten om att nyfödda barn har en personlig styrka, som kan vara förbluffande och väcka starka känslor hos vuxna speciellt vid svåra amningssituationer.

EMQ/EFQ

Frågeformuläret har inte prövats tidigare i Sverige. De 20 frågorna var överskådliga på en sida besvarades enkelt genom markering av lämpligt svarsalternativ. En tanke, när vi valde att använda EMQ/EFQ var att det kanske skulle kunna användas för att fråga föräldrar hur de upplever föräldraskap och vardagsliv inom barnhälsovården. Den frågan kan vi inte besvara eftersom vi inte har prövat det i samtal med föräldrar på BVC. Frågeformuläret accepterades väl av föräldrarna och det var enkelt att koda. Precis samma frågor ställdes till kvinnor och män och de förefaller att ha varit relevanta. Föräldrarna skrev inga kommentarer om frågornas formulering. Några föräldrar, som inte besvarade frågan om tillfredsställelse med sexuallivet efter barnets födelse, skrev som förklaring att det tyckte att den frågan var alldeles för privat.

Framtida studier

Att utveckla och prova nya metoder för

- att identifiera blivande och nyblivna mödrar med tecken på depression genom att översätta och validitetspröva PDSS (Beck & Gable 2000) före och efter barnets födelse.
- att utveckla och prova nya metoder för att bedöma och stödja psykologiska processer under graviditeten hos blivande mödrar/föräldrar med utgångspunkt från tidigare kända frågeformulär (Cranley 1981; Muller 1993; Condon 1993).
- att prova och utvärdera stöd till nyblivna mödrar/föräldrar genom självhjälpgrupper
- att prova metoder för kontakt mellan MHV och blivande och nyblivna mödrar genom modern teknik exempelvis med hjälp av datorer med kamera och information på Internet.

Slutsatser och implikationer

Det övergripande syftet i avhandlingen var att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa i form av tecken på depression hos blivande och nyblivna mödrar och dess konsekvenser för kvinnors och mäns syn på sitt väntade och nyfödda barn och på föräldraskap och vardagsliv under första året. Syftet var även att ge förslag på metoder som skulle kunna prövas inom mödrahälsovård.

Resultatet av studierna visar, att en del gravida kvinnor och kvinnor med tidigare psykisk ohälsa riskerar att reagera med tecken på depression före och efter barnets födelse. Det sociala stödet i form av mannens och partners engagemang i det väntade och nyfödda barnets vård, samt delad föräldraledighet har positiv effekt på moderns psykiska välbefinnande. Det är viktigt att se friskfaktorerna och stärka friskfaktorerna och uppmuntra kvinnor att berätta om hur de känner, så att den, som behöver stöd och professionell hjälp kan få det för sitt eget och för barnets väl. Det finns frågeguider och frågeformulär, som kan användas som ett underlag och stöd under samtalen. EPDS har nyligen validitetsprovats under graviditeten (Rubensson et al 2011). Det har man även gjort med PDSS, men det frågeformuläret är inte översatt och provat i Sverige.

Även ganska lindriga depressiva tillstånd kan påverka mödrarnas syn på amningen, barnet och föräldraskap och vardagsliv på kort och lång sikt efter barnets födelse negativt. Det faktum att det sexuella samlivet upplevdes mindre tillfredställande ger sista besöket vid efterkontrollen mera tyngd. Det är ett tillfälle, då barnmorskan kan följa upp hur kvinnorna och familjerna har det. Det är viktigt att uppmäna mödrar med depressiva reaktioner att berätta för närstående och för sjuksköterskan på barnavårdscentralen, så att de får det stöd och den hjälp som de behöver.

Den sociala isoleringen, känslor av ensamhet, nedstämdhet och misslyckande som mor kan brytas genom kontakt med andra människor. Det sociala stödet i självhjälpgrupper kräver närvaro i rummet, men det finns andra möjligheter att skapa kontaktnät genom ny teknologi. Dagens unga är teknikvana och kan knyta kontakter och vidga sina sociala nätverk och med mobiltelefoner kan man röra sig på internet. Världen står öppen med information och även känslomässig avlastning genom att dela erfarenheter och igenkännande. Korta meddelande på twitter är kanske det nya sättet att lindra själslig smärta, när det känns motigt och svårt?

TILLKÄNNAGIVANDE

Jag vill tacka alla er, som jag har samarbetat med under olika faser under alla år i de projekten. Jag vill rikta ett varmt tack till alla era närstående, som delade med sig av tid och plats för att forskningen även gjorde intrång i era liv.

Tack Wendela Lundh och Maigun Edhborg för starten på det första projektet, som vid den tiden var ett spännande pionjärbete, när vi började. Tack Stig Edhborg för teknisk support vid behov.

Tack Berit Sjögren, som med stort engagemang var med i starten av det andra projektet, men sorgligt nog inte fick vara med och se resultatet av vårt arbete. Jag saknar dig och våra samtal om modersroller och kärlek. Tack Sven Sjögren för din vänlighet och ditt stöd med nya rön.

Tack min kära vän och handledare Eva Nissen, som satte dig in i ett både gammalt och nytt material och hjälpte mig att få det på pränt. Det har varit intensiva perioder. Jag hoppas, vi får tillfälle att både arbeta och ha kul framöver – vi har ju spännande planer och snart ny energi.

Tack mina bihandledare Töres Theorell alltid lugn och vänlig med en positiv syn på möjligheten att lösa allehanda problem. Barbara Welles-Nyström som tillfört kunskap och fördjupade kontakter med forskare på UCONN, som kan bli värdefulla att utveckla.

Tack alla kära vänner och kollegor inom psykiatrisk och obstetrisk vård och utbildning för varma tankar och många glada tillrop – ingen är nämnd och ingen glömd!

Tack mina kära syskon Harriet och Thomas och mina söner Gustav, Otto och Henrik med familjer. Ni har deltagit med stort engagemang och brytt er på ett sätt som värmer. Jag skänker en tanke till våra föräldrar, främst mamma Inga, som gärna velat vara med.

Tack till Allmänna Barnhuset, Forskningsrådsnämnden, Åke Wibergs Stiftelse, Sophiahemmets fonder, Centrum för vårdvetenskap och Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa, Karolinska Institutet för finansiellt stöd till projektet.

REFERENSER

- Affonso DD, Lovett S, Steven MP, Sheptak S (1990) A standardized Interview That Differentiates Pregnancy and Postpartum Symptoms from Perinatal Clinical Depression. *Birth* 17(3):121-130
- Affonso D D, Liu-Chiang C-Y, Mayberry L (1999) Worry: conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International* 20:227-236
- Affonso D D, De A K, Horowitz J A, Mayberry L J (2000) An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Research* 49:207-216
- Ahlborg T, Strandmark M (2001) The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scand J Caring Sci* 15:318-325
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association
- Astbury J (1994) Making motherhood visible: the experience of motherhood questionnaire. *J Reprod Infant Psychol* 12: 79-88
- Babbie E (2004) *The Practice of Social Research*. 10th edn. Wadsworth, Belmont, CA
- Bates J, Freeland C, Lounsbury M (1979) Measurement of Infant Difficulties. *Child Dev* 50:794-803
- Beck A T, Ward C H, MendelssonM, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring for measuring depression. *Archive in general psychiatry* 4:561-571
- Beck C T (1996a) A Meta-analysis of the predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 45, 297-303
- Beck C T (1996b) A Meta-analysis of the predictors of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nurs Res* 45, 225-230
- Beck C T (1993) Teetering on the Edge: A substantive Theory of Postpartum Depression. *Nurs Res* 2(1):42-48
- Beck C T (1992) The Lived Experience of Postpartum Depression: A Phenomenological Study. *Nurs Res* 41(3):166-170
- Beck C T Reynolds M, Rutowski P (1992) Maternity Blues and Postpartum Depression. *JOGNN* 21(4):287-293

- Beck C T, Gable R K (2000) Postpartum Depression Screening Scale: Development and Psychometric testing. *Nurs Res* 49(5):272-282
- Beck C T, Gable R K (2001) Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res* 50:155-164
- Beck C T (2001) Predictors of Postpartum Depression Un update. *Nurs Res* 50 (5):275-285
- Beck C T (2002 a) Postpartum Depression. A Metasynthesis. *Qual Health Res* 12(4):453-472
- Beck C T (2002 b) Revision of the postpartum predictors inventory. *JOGNN* 31(4):394-402
- Bergström J (2010) Internet-based treatment for Depression and Panic disorder: From development to deployment. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Blegen N E, Hummelvoll J K, Severinson E (2010) Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nurs Health Sci* 12:519-528
- Bowlby J (1994) *En trygg bas*. Stockholm: Natur och Kultur, 1994
- Bradley R, Slade P (2011) A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *J Reprod Infant Psychol* 29(1):19-42
- Brealey S D, Hewitt C, Green J M, Morrell J, Gilbody S (2010) Screening for postpartum depression – is it acceptable to women and health professionals? A systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol* 28 (4):328-344
- Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T, Risholm-Mothander P (2006) *Anknytningsterori* Stockholm: Natur och Kultur
- Brown G, Harris T (1978) *Social origins of depression, a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock
- Bågedahl-Strindlund M, Monsen Börjesson K (1998) Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 98:272-275
- Bäck-Wiklund M, Bergsten B (1997) *Det moderna föräldraskapet en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Natur och Kultur
- Canella B (2005) Maternal-fetal attachment: an integrative review. *J Adv Nurs* 50(1):60-68
- Clark A, Skouteris H, Wertheim E H, Paxton S J, Milgrom J (2009) My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and postpartum. *J Reprod Infant Psychol* 27(4):330-345
- Cooper P, Murray L (1995) Course and Recurrence of Postnatal Depression. Evidence for the Specificity of the Diagnostic Concept. *Br J Psychiat* 166, 191-195

- Cox J L, Holden J M, Sagovsky R (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiat* 292:1165-1167
- Cranley M S (1981) Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 30(5):281-284
- Condon J (1985) The Parental-Fetal Relationship – a Comparison of Male and Female Expectant Parents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 4:271-284
- Condon J T (1993) The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol* 66:167-183
- Condon J T, Esuvaranathan V (1990) The influence of parity on the experiences of pregnancy: A comparison of first- and second-time expectant couples. *Br J Med Psychol* 63:369-377
- Condon, J., 2010. Women's mental health: A "wish-list" for the DSM-V. *Archives of Women's Mental Health* 13, 5-10
- Dennis C-L, Chung-Lee L (2006) Postpartum Depression Help-seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences A qualitative Systematic Review. *Birth* 33(4):323-331
- Di Pietro JA, Hilton S, Hawkins M, Costigan K, Pressman E (2002) Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 38(5):659-668
- Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A (2004) Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 25:15-21
- Edborgh M, Friberg M, Lundh W, Widström A-M (2005) "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J of Public Health* 2005;33:261-267
- Emmanuel E, S:t John W (2010) Maternal distress : a concept analysis. *J Adv Nurs* 66(9): 2104-2115
- Evans J, Heron J, Lewis, G Araya R, Wolke D 2005. Negative self-schemas and the onset of depression in women: a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 186, 302-307
- Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M (1997) Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *J Psychosom Obstet Gynecol* 18:17-21
- Gaynes N B, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr K N, Swinson T, Gartlehre G, Brody S, Miler W C (2005) Perinatal Depression: Prevalence, screening, Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment Nr 119, AHRQ Publication No 05-E006-2

- Georg C, Solomon J (1996) Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Ment Health J* 17:183-197
- Grace J T (1999) Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 38:228-232
- Green J M (1998) Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol* 16:143-155
- Field T, Diego M A, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D (2001) Depressed withdrawn and intrusive mothers' effect on fetuses and neonates. *Infant Behav Dev* 24:27-39
- Habib C, Lancaster S (2010) Changes in identity and paternal-foetal attachment across first pregnancy. *J Reprod Infant Psychol* 28(2):128-142
- Hewitt CE, Gilbody SM, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D (2009) Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment, NNIHR HTA programme*, <http://www.hta.ac.uk>. Retrieved 2010-06-17
- Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U (2005) Number of antenatal visit and women's opinion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84:248-254
- Hill J, Murray L, Leidecker V, Sharp H (2008) The dynamics of threat, fear and intentionality in the conduct disorders: longitudinal findings in the children of women with post-natal depression. *Phil Trans R Soc* 363:2529-2541
- Hirdman Y (2001). *Genus – om det stabila föränderliga former*. Lund: Liber.
- Honikman J I (2006) The role of Postpartum Support International in helping perinatal families. *JOGNN* 35:659-661; 2006 DOI: 10.1111/J.1552-6909.2006.00088.x
- Jones I, Cantwell R, (2010) The classification of perinatal mood disorders – suggestions for DSMV and ICD11. *Arch Womens Ment Health* 13:33-36
- Josefsson A, Berg G, Nordin CV, Sydsjö G (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80:251-255
- Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G (2002) Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet Gynecol* 99(2):223-228

- Josefsson A (2003) A follow-up study of postnatal depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behaviour after four years. *Postpartum Depression – Epidemiological and Biological Aspects*. Doktorsavhandling Linköpings Universitet
- Karlsson M (2002) “Själv men inte ensam – om självhjälsgrupper I Sverige”. Doktorsavhandling, Socialhögskolan i Stockholm
- Kumar R, Robson K (1984) A Prospective study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiat* 144:35-47
- Lewis ES, Nicolson P (1998) Talking about early motherhood: recognizing loss and reconstructing depression. *J Reprod Infant Psychol* 16:177-197
- Lindberg B. red (2004) *Svensk kvinnosjukvård under ett sekel, Jubileumsskrift 1904 – 2004*, Uppsala: Almqvist & Wiksell AB
- Lindmark G (1992) Assessing the scientific basis of antenatal care The case of Sweden. *Int J of Technology Assessment in Health Care* 8(Suppl.1):2-7
- Lundh W, Gyllang C (1993) The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish Child Health Care Centres. *Scand J Caring Sci* 7:149-154
- Mayberry L, Affonso D D (1993) Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health for Women International* 14:201-211.
- Mikhail MS, Freda M C, Merkatz R B, Polizotto R, Mazloom E, Merkatz I R (1991) The effect of fetal movements counting on maternal attachment to fetus. *Am J Obstet and Gynecol* 165:988-991
- Müller M E (1993) Development of the prenatal attachment inventory. *West J Nurs Res* 15:199-
- Murray L, Cooper P, Hipwell A (2003) Mental health of parents caring for infants. *Arch Womens Health* 6 (Suppl 2):71-77
- Nelson A M (2003) Transition to motherhood. *JOGNN* 32:564-477
DOI:10.1177/0884217503255199
- Nyström K, Öhrling K (2003) Parenthood experiences during the child’s first year: a literature review. *J Adv Nurs* 46(3):319-330
- Oakley A (1992) *Social Support and Motherhood. The Nature History of a Research Project*: Oxford: Blackwell Publisher
- Oates M R, Cox J L, Neema S, Asten P, Glangeaud-Freudenthal N, Figureiredo B, Gorman L L, Hacking S, Hirst E, Kammerer M H, Klier C M, Seneviratne G, Smith M, Sutter-Dallay A-L, Valoriani V, Wickberg B, Yoshida K and the TCS PND-group (2004) Postnatal

- depression across countries and cultures: A qualitative study. *Br J Psychiat* 184(suppl.46):10-16
- O'Hara M, Swain A M (1996) Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiat* 8: 37-54
- Olsson A, Robertsson E, Falk K, Nissen E (2011) Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery* 27:195-202
- Patientdatalagen SFS 2008:355 "Patientdatalagen, Socialstyreslen, Stockholm
- Pereira A T, Bos S C, Marques M, Maia B R, Soares M J, Valente J, Gomes A A, Macedo A, Pinto de Azevedo M H (2010) The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health* DOI 10.1007/s00737-010-0178-y
- Raphael-Leff J (1991) *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall
- Raykov T, Marcoulides G A (2000) *A first course in structural equation modelling*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M (2003) Do we still need this term? *Acta Psychiatr Scand* 108 (Suppl.):51-56
- Riecher-Rössler A (2010) Prospect for the classification of mental disorders in women. *European Psychiatry* 25:189-196
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hospital Psychiat* 26:289-295
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I (2005) Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health* 8:97-104
- Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G (2011) The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS during pregnancy. *Nordic J Psychiatry* (in press)
- Sanne B, Torp S, Mykletun A, Dahl A (2005) The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scand J Public Health* 33:166-174
- Severinsson E, Haruna M, Friberg F (2010) Midwife's group supervision and the influence on their continuity of care model – a pilot study. *J Nurs Management* 18:400-408
- SFOG (2008) ARG rapport nr 59 Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, Elanders

- Siddiqui A, Hägglöf B, Eisemann M (1999) An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *J Reprod Infant Psychol* 17(4): 369-380
- Siddiqui A, Hägglöf B (2000) Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *J Reprod Infant Psychol* 18(1):67-74
- Socialstyrelsen (1996) *Hälsovård före, under och efter graviditet*. Stockholm
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen ungdomars psykiska hälsa, Statens offentliga utredningar.*
- SOU:1997:139 *Hemmet, barnen och makten. Förhandlingar om arbete och pengar i familjen. Betänkande i Kvinnomaktutredningen* SOU 1997:139 Stockholm: Allmänna Förlaget
- Socialstyrelsen (2008) *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn En nationell inventering i kommuner och landsting. Artikel nr 2008-126-50.*
- Socialstyrelsen (2009) *Mödrahälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell utvärdering. Artikel nr 2009-126-196, www.socialstyrelsen.se/juni 2009*
- Stockholms läns landsting *Mödrahälsovårdsenheterna (2011) Basprogram för vård under graviditet* Stockholms läns landsting.
- Spitzer R. L, Endicott J, Robins E. (1978) Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of general psychiatry* 36, 773-782
- Taylor S E, Klein L C, Lewis B P, Gruenewald T L, Gurung R A, Updegraff J A (2000) Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review* 107(3):411-429
- Van den Berg M, van der Ende J, Crijnen A A M, Jaddoe V W V, Moll H A, Mackenbach J, Hofman A, Hengeveld M W, Tiemeir H, Verhulst F (2009) Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics* doi:10.1542/peds.2088-3100
- Wadsby M, Sydsjö G (2001) *Från graviditet till föräldraskap: En studie i parrelationen. Nordisk psykologi* 3(4):275-288
- Walsh J (2010) Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Arch Womens Ment Health* 13:449-451 DOI10.1007/s00737-010-0152-8
- Welles-Nyström B (1996) "Scenes from a Marriage; Equality and Ideology in Swedish Family Policy, Maternal Ethnotheories and Practice." In S. Harkness and C. Super (Eds.) *Parents Cultural Belief Systems. Their Origins, Expressions, and Consequences*. N.Y.: Guilford Press: 192-214

- Wickberg-Johansson B, Erlandsson B, Hwang P (1996) Primary health Care management of postnatal depression in Sweden. *J Reprod Infant Psychol* 14:69-76
- Wickberg B, Hwang C P (1996) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 94:181-184
- Wickberg B, Tjus T, Hwang P (2005) Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: a naturalistic study. *J Reprod Infant Psychol* 23(1):33-41
- Wikander B, Theorell T (1995) The crying infant: understandable only in a multidisciplinary perspective. *Scand J Soc Welfare* 4:246-254
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneve. WHO
- Wretmark G (1983) *Etik i vården – teori, praktik, forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Yarcheski A, Mahon N E, Yarcheski T J, Hanks M M, Canella B L (2009) A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013