

Risikfaktorer för förlossningsdepression samt förebyggande åtgärder

En litteraturbaserad studie

Författare: Linda Kartberg & Elin Hellman

Folkhälsovetenskapligt program
med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med
hälsoekonomi I, VT 2014

Omfattning: 15 hp

Handledare: Christine Sandheimer

Examinator: Annika Jakobsson

Sahlgrenska akademien



Svensk titel: Riskfaktorer för förlossningsdepression samt förebyggande åtgärder
- En litteraturbaserad studie

Engelsk titel: Risk factors and prevention for postpartum depression
– A literature based study

Författare: Linda Kartberg & Elin Hellman

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2014

Omfattning: 15 hp

Handledare: Christine Sandheimer

Examinator: Annika Jakobsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Ungefär var åttonde kvinna drabbas av en depression efter att hon genomgått en förlossning. Den kan pågå alltifrån några veckor uppemot ett par år. En förlossningsdepression påverkar inte enbart mamman, utan bidrar även till att familj och närstående påverkas negativt. Depressionen kan dessutom få negativa konsekvenser för barnets utveckling. Förlossningsdepression klassas som ett tabubelagt problem, vilket gör det svårare att upptäcka mammor som har drabbats. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka om det fanns ett samband mellan socioekonomisk status (SES) och förekomsten av förlossningsdepression. Vidare syftade studien till att utreda om modellen EPDS var en effektiv metod i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepression. **Metod:** En litteraturbaserad studiedesign användes och materialet bestod av 13 kvalitetsgranskade artiklar. Artiklarna, som alla bestod av kvantitativ data, valdes ut genom olika vetenskapliga tidskrifter från databaserna Pubmed, Scopus och Cinahl. **Resultat:** Resultatet delades in i tre delar utefter rapportens frågeställningar; *Socioekonomisk status, Andra riskfaktorer* och *EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression*. Resultatet visade att kvinnor med låg socioekonomisk status hade en ökad risk för att utveckla förlossningsdepression. En utsatt ekonomisk situation urskiljdes som den största riskfaktorn. Att vara ung mamma, att vara invandrare eller tillhöra en etnisk minoritetsgrupp samt att ha brist på socialt stöd var även identifierade som orsaker. Beträffande andra riskfaktorer var tidigare påfrestande livsförhållanden och depression, innan eller under graviditet, de största riskfaktorerna. EPDS visade sig vara en bra metod med hög sensitivitet och specificitet. Det fanns dock vissa brister med metoden. En av dem var att EPDS bör användas olika beroende på ålder samt kulturell och socioekonomisk bakgrund hos mamman. **Diskussion/Slutsats:** Socioekonomisk status har en bidragande roll i utvecklandet av förlossningsdepression hos kvinnor. EPDS betraktas som en bra metod, som bör användas kontinuerligt inom hälso- och sjukvården för att förebygga, samt upptäcka depression under och efter graviditeten.

Nyckelord: förlossningsdepression, socioekonomisk status, riskfaktorer, EPDS

ABSTRACT

Introduction: Approximately one in eight women suffer from postpartum depression, which can affect them for a period of weeks or even years. Postpartum depression does not only affect the mother, it also has a negative influence on the rest of the family. Postpartum depression can also lead to negative consequences for the development of the infant. It is an illness that is still considered a taboo, a fact that makes it hard to identify among women who are affected. **Aim:** The aim of the study was to examine cases where there is a connection between social economic status (SES) and the presence of postpartum depression. The study also aims to investigate whether the EPDS model was an effective method of preventing postpartum depression. **Method:** The report has made use of literary sources and is based on 13 quality-scrutinising articles. The articles, all of them based on quantitative data, were chosen from different scientific magazines available in the databases Pubmed, Scopus and Cinahl. **Results:** The result was divided into three parts according to the three questions; *Social economic status, Other risk factors and EPDS as a screening method for postpartum depression*. The result showed that the mother's social economic status influences the development of depressive symptoms in connection to giving birth. A vulnerable economic situation was identified as the biggest risk factor. To be a young mother, be an immigrant or belong to an ethnic minority and have lack of a social support network were also seen to be contributing factors. Other risk factors included earlier stressful life conditions and depression, before or during the pregnancy. EPDS proved to be a good method with a high level of sensitivity and specificity. There were, however, some deficiencies with the method, one being that it worked less effectively when the aim was to distinguish depressive symptoms in teenage mothers. The result also showed that EPDS needs to be used in different ways depending on the cultural and social economic background of the mother. **Discussion/Conclusion:** Social economic status plays a contributing role in the development of postpartum depression in women. EPDS is considered a good method, one that should be used continuously within the health-care system in order to prevent and discover depression during or after pregnancy.

Keywords: postpartum depression, socioeconomic status, risk factors, EPDS

Det blev absolut inte som jag hade tänkt mig. Ingenting var som det skulle. Jag hade väl en "baby blues" från helvetet.

- Johanna, 23 år (Lindeborg, 2012, p. 155)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Förlossningsdepression.....	1
2.1.1 Andra former av psykisk ohälsa i samband med förlossning.....	2
2.2 Förlossningsdepressionens påverkan på folkhälsa	2
2.3 Förlossningsdepression och Folkhälsomålen	3
2.4 Förlossningsdepression som ett tabubelagt fenomen	3
2.5 Socioekonomisk status och dess inverkan på hälsan.....	4
2.6 Preventiva insatser mot förlossningsdepression	5
2.6.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	6
2.7 Ett hälsoekonomiskt perspektiv på psykisk ohälsa.....	6
3. SYFTE	7
4. METOD	7
4.1 Litteratursökning	7
4.1.1 Inklusionskriterier	9
4.1.2 Exklusionskriterier	9
4.2 Analys.....	9
4.3 Etik.....	10
5. RESULTAT	11
5.1 Socioekonomisk status som riskfaktor för förlossningsdepression	11
5.1.1 Ekonomisk situation.....	11
5.1.2 Utbildning.....	12
5.1.3 Socialt stöd	12
5.2 Riskfaktorer som inte direkt kan kopplas till socioekonomisk status	13
5.2.1 Ålder.....	14
5.2.2 Etnisk bakgrund.....	14
5.3 EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression	15
6. DISKUSSION	16
6.1 Resultatdiskussion	16
6.1.1 Socioekonomisk status och förlossningsdepression.....	16
6.1.2 Övriga riskfaktorer och förlossningsdepression.....	17
6.1.3 EPDS som screeningmetod	18

6.2	Metoddiskussion	19
7.	SLUTSATS	21
	REFERENSER	22
	BILAGOR	
	Bilaga 1: Artikelsammanställning	
	Bilaga 2. EPDS frågeformulär	

1. INLEDNING

Förlossningsdepression, på engelska ”postpartum depression”, drabbar ungefär var åttonde nybliven mamma. Tillståndet kan pågå alltifrån några veckor uppemot ett par år (Wickberg & Hwang, 2003). En förlossningsdepression som pågår under en längre tid påverkar inte enbart den nyblivna mamman negativt, utan även barnet och andra personer i mammans närhet (SBU, 2014). Det klassas som ett tabubelagt problem, vilket dels kan bero på att många ser barnafödande som något positivt och glädjefyllt i livet. Som nybliven mamma ska man vara lycklig och tacksam - inte deprimerad. Detta gör det svårare att upptäcka mammor som har drabbats eftersom många drar sig för att söka hjälp (Wickberg & Hwang, 2003).

En av anledningarna till varför vi valde att skriva en rapport om förlossningsdepression var att vi, som studerande folkhälsovetare, vet att psykisk ohälsa är ett utbrett problem i samhället, som dessutom ökar. Det är också ett folkhälsoproblem som innebär stora kostnader, både direkta och indirekta, för samhället varje år (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström, & Runeson, 2007). Bakgrunden till varför vi valde att undersöka förlossningsdepression var för att det finns en stigmatisering kring detta, vilket resulterar i att en del av de kvinnor som drabbas inte får den hjälp de behöver (Wickberg & Hwang, 2003). Vi ville därför uppmärksamma problemet genom att först identifiera riskgrupperna, för att sedan undersöka effektiva sätt att förebygga, och på så sätt komma underfund med problemet.

Inspiration till vår uppsats fick vi bland annat från böckerna *Moderslycka* (Askén, 2012) och *En mekanisk mamma* (Lindeborg, 2012). I böckerna ger författarna sin egen bild av den första tiden som nybliven mamma.

2. BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs först en allmän redogörelse om förlossningsdepression. Därefter beskrivs andra former av psykisk ohälsa i samband med förlossning. Sedan följer ett avsnitt om förlossningsdepressionens inverkan på folkhälsan, förlossningsdepression kopplat till folkhälsomålen, följt av förlossningsdepression som ett tabubelagt problem. Därefter förklaras begreppet *socioekonomisk status* och dess inverkan på hälsan. Sedan beskrivs preventiva insatser mot förlossningsdepression och slutligen ett hälsoekonomiskt perspektiv på psykisk ohälsa.

2.1 Förlossningsdepression

De flesta ser barnafödande som något positivt och glädjefyllt i livet, men det är långt ifrån verkligheten för en del nyblivna mammor. Tiden som följer efter förlossningen kan innebära en risk för ökad psykisk sårbarhet för många kvinnor. Ungefär 50-80 procent av alla nyblivna drabbas av sömnrubbingar, instabilitet och en ökad känslomhet. En del kvinnor känner sig inte tillräckligt förberedda och upplever en brist av stöd, som de flesta mammor behöver för att klara av prövningen som det innebär att bli förälder (Wickberg & Hwang, 2003).

Andelen nyblivna mammor som drabbas av depression, eller som visar depressiva symtom, beräknas vara cirka 13 procent, både i Sverige samt i andra västländer (SBU, 2014; Wickberg & Hwang, 2003). Förlossningsdepression kan variera i svårighetsgrad, alltifrån en lättare till en svårare och mer allvarlig depression. För de flesta kvinnor varar en förlossningsdepression i några månader upp till ett halvår, men hos en del kan depressionen pågå under en längre tid (SBU, 2014). Det beräknas att cirka en tredjedel av de drabbade kvinnorna får en långvarig eller återkommande depression (Wickberg & Hwang, 2003).

En förlossningsdepression kännetecknas av ett sänkt stämningsläge vilket leder till att vardagen känns grå och tung. Kvinnan upplever ofta skuldkänslor, som uppkommer på grund av känslor av tomhet, en känsla av att inte räkna till som mamma samt en känsla av att inte vara sig själv. En del kvinnor upplever även panikliknande attacker, vredesutbrott och en ökad oro, vilket beror på en upplevelse av att ha tappat kontroll över situationen. En känsla av hopplöshet inför hela sin livssituation beskriver många kvinnor som kärnan i depressionen (Wickberg & Hwang, 2003).

2.1.1 Andra former av psykisk ohälsa i samband med förlossning

Det finns andra former av psykisk ohälsa som kan uppstå i samband med en förlossning. *Baby blues*, som på engelska kallas för ”maternity blues” eller ”post partum blues”, är ett vanligt förekommande tillstånd, som uppkommer hos ungefär varannan kvinna ett par dagar efter förlossningen (Elizabeth Martin, 2008; Wickberg & Hwang, 2003). Symtomen på en baby blues är korta perioder då mamman har lätt till tårar, hon är känslomässigt instabil, har svårt att sova och är lättirriterad (Elizabeth Martin, 2008). Hormonella faktorer, bland annat kraftigt östrogenfall efter förlossningen, anses ligga bakom reaktionen. Oftast brukar tillståndet kvarstå i ett till två dygn efter förlossningen och är främst en reaktion på en period av ökad ansträngning. En kraftig och långvarig bluesreaktion kan vara början på en förlossningsdepression. En blues bör därför tas på allvar och ses som ett varningstecken när den uppfattas som extra allvarlig (Wickberg & Hwang, 2003).

Den allvarligaste formen av psykisk störning, i samband med eller efter barnafödande, är en *puerperal psykos*. Den drabbar omkring en till två av 1 000 förlösta kvinnor per år. Puerperal psykos är en akut psykotisk reaktion, som vanligen inträffar strax efter eller under de första veckorna efter förlossningen. Tillståndet kräver sjukhusvård eftersom kvinnorna som drabbas ofta får en djup depression, mani, vanföreställningar samt bristande verklighetsförankring. Orsaken sägs vara biologisk, men så kallade *psykosociala stressorer*, som exempelvis sömnbrist, är bidragande faktorer till att psykosen bryter ut (Wickberg & Hwang, 2003).

2.2 Förlossningsdepressionens påverkan på folkhälsan

Förlossningsdepression är ett folkhälsoproblem, eftersom det drabbar förhållandevis många mammor och även barnet och andra närstående till den drabbade. Depressionen har dessutom såväl både direkta som mer långsiktiga konsekvenser (Wickberg & Hwang, 2003). Barn, vars mammor har upplevt en förlossningsdepression, påverkas både på kort och lång sikt (SBU, 2014). De löper bland annat en högre risk för en försämrad mental och motorisk utveckling, hetsigt temperament och dåligt självförtroende. Förlossningsdepression kan i de mer extrema fallen leda till att mammor begår självmord eller tar livet av sina egna barn. För att kunna uppnå en bra hälsa är den mentala hälsan mycket viktig. För att alla nyblivna mammor ska

kunna njuta av den nya rollen och fungera i både den och andra sociala roller behöver de en väl fungerande mental hälsa, något som en förlossningsdepression sätter stopp för (Wisner, Chambers, & Sit, 2006).

Den psykiska ohälsan ökar i stora delar av världen vilket även får konsekvenser för samhället i stort. Risken för återfall i psykisk ohälsa är stor, vilket leder till att många som upplevt psykisk ohälsa upplever det åter senare i livet (Wisner et al., 2006).

2.3 Förlossningsdepression och Folkhälsomålen

Folkhälsans övergripande nationella mål är riksdagens beslut om ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Arbetet ska bedrivas utefter 11 målområden. Depression i samband med förlossning berör främst två av målen, vilka är målområde 3 – ”Trygga och goda uppväxtvillkor” och målområde 8 - ”Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa” (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Folkhälsomål nummer tre behandlar barn och ungas uppväxtvillkor. För att undvika utvecklandet av psykisk ohälsa hos barn krävs förebyggande insatser tidigt under uppväxten. Insatser som syftar till att främja barns hälsa ur ett långsiktigt perspektiv bör delvis riktas till hemmet, där barnen tillbringar största delen av sin tid. Samspelet och relationen mellan barn och förälder blir därför extra viktig i hemmet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ett spädbarn är i mycket stort behov av en trygg anknytning och en god relation till sina föräldrar, alternativt andra vårdnadshavare. En förlossningsdepression kan försvåra en god anknytning mellan mamma och barn, vilket i sin tur kan leda till beteendestörningar och känslomässiga problem för barnet längre fram i livet (Dennis & Dowswell, 2013). En mamma som är deprimerad behandlar ofta sitt barn annorlunda jämfört med en frisk mamma. Exempelvis visar hon färre positiva ansiktsuttryck, och tillbringar mindre tid på att röra vid samt prata med sitt barn. Barn till deprimerade mammor blir i större utsträckning mindre uppmärksamma, tittar bort, har lägre aktivitetsnivå och jollrar mindre, jämfört med barn vars mammor inte är deprimerade (Wickberg & Hwang, 2003).

Folkhälsomål nummer åtta fokuserar på sexualitet och reproduktiv hälsa. I målet ingår familjeplanering och mödrahälsovård (Folkhälsomyndigheten, 2014). Mödrahälsovården har en stor betydelse i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepression. Det är därför viktigt att medarbetarna är medvetna om vikten av att fånga upp mammor som är i riskzonen för att utveckla en förlossningsdepression. Under det första hembesöket som görs efter födseln är det viktigt att fråga den nyblivna mamman om hur hon mår, för att kunna upptäcka tecken på depression i ett tidigt skede (Wickberg & Hwang, 2003).

2.4 Förlossningsdepression som ett tabubelagt fenomen

Som nybliven förälder har man i Sverige regelbunden kontakt med hälsovårdspersonal, men trots det upptäcks i många fall inte de depressiva symtomen hos mamman. I Sverige gör BVC rutinbesök tre månader efter förlossningen. Det har vid besöken visat sig att endast två procent av alla mammor som är deprimerade identifieras. Det kan finnas flera förklaringar till detta, varav en är att hälsovårdspersonal ibland saknar rutiner för att kunna identifiera mammor som mår psykiskt dåligt efter förlossningen. Det blir ett problem eftersom kvinnor sällan söker hjälp på egen hand. En anledning till detta har visat sig vara att många av de

deprimerade mammorna inte förstår att de är deprimerade, vilket kan bero på att de ser sina problem som sociala och inte medicinska. De förväntar sig därmed inte någon hjälp från hälsovården (Wickberg & Hwang, 2003).

Ett annat stort problem, som hindrar identifiering av depression, är att nyblivna mammor sällan vill avslöja att de lider av känslomässiga svårigheter efter att de fött barn. En del kvinnor är rädda för att inte duga och framstå som sämre mammor eftersom det ofta finns ett slags tabu över att inte må bra som nybliven mamma. Det finns föreställningar om att livets mest lyckliga ögonblick är efter att man blivit förälder (Askén, 2012; Lindeborg, 2012; Wickberg & Hwang, 2003). Nedan följer två citat som är hämtade från böcker där nyblivna mammor själva berättar om sina upplevelser av förlossningsdepression och stigmatiseringen kring den.

Lite kämpigt bara ... Tillståndet jag befunnit mig i är hemligt. Man skyltar inte med att man legat på psyket. Folk kan bli skrämde. De kan inte hantera det. De drar sig undan. Jag vet, för jag har provat. Psykisk ohälsa är smutsigt. Konstigt. Något som drabbar stackare. Och det drabbar framförallt inte en mamma som fött barn. Moderslycka ska det vara. Inget annat.
- Helena Askén (Askén, 2012, p. 148)

Jag känner mig annorlunda jämfört med de andra mammorna. Jag vet vilka känslor jag borde känna men eftersom jag inte känner dem så låtsas jag göra det utåt.
- Ida, 28 år (Lindeborg, 2012, p. 164)

Tecken på förlossningsdepression kan ibland nonchaleras, medvetet eller omedvetet. En anledning till det är att vårdpersonal ibland ser nedstämdhet hos nyblivna mammor som något normalt och något som går över efter ett tag (Wickberg & Hwang, 2003). I en studie (Sword, Busser, Ganann, McMillan, & Swinton, 2008) intervjuades kvinnor om varför de inte sökte hjälp för sin depression. Studien visade att det fanns en normalisering av depressiva symtom efter en förlossning. Både kvinnorna själva, familjen och sjukvårdspersonalen bidrog till denna normalisering, vilket resulterade i att kvinnorna inte sökte hjälp.

2.5 Socioekonomisk status och dess inverkan på hälsan

Det finns olika faktorer som kan göra människor sårbara under livets gång, men också medfödda faktorer kan bidra. Hälsan i Sverige är ojämnt fördelad, vilket främst beror på olika livsvillkor och levnadsvanor snarare än genetiska faktorer. Vid folkhälsovetenskapliga insatser ska varje individ ges möjlighet att kunna nå bästa möjliga hälsa. För att kunna uppnå detta krävs en hälsovänlig samhällsmiljö för alla och även särskilt stöd åt individer och grupper som är i behov av detta (Strandell, Grundberg, & Milver, 2001).

I Sverige finns det stora skillnader mellan olika grupper gällande livsvillkor och innehavandet av makt att kunna förändra sin egen tillvaro (Magnusson, 2013). Exempel på livsvillkorsfaktorer som har inverkan på individens hälsa är klass, kön och etnicitet. Klass kan benämnas som *socioekonomisk status* och används ofta inom folkhälsoarbetet som ett beskrivande begrepp. Människor sorteras in i olika socioekonomiska grupper, främst beroende på deras utbildningsnivå och yrkestillhörighet, för att man sedan ska kunna jämföra hälsan dem emellan. Beroende på vilken socioekonomisk grupp människor tillhör har de olika livsvillkor och olika förutsättningar för att kunna uppnå en god hälsa (Andersson & Ejlertsson, 2009).

Fem faktorer som har betydelse när man vill beskriva en individs socioekonomiska status är:

- Utbildningstid
- Yrke
- Inkomst
- Individens tillgång till resurser som är materiella, exempelvis bil och standarden på bostaden
- Området som individen är bosatt i bedöms utifrån en indelning som gjorts utefter dess sociala karaktär (Pellmer & Wramner, 2007)

Sysselsättning, fattigdom och försörjning är centrala förhållanden när man vill studera sociala bestämningsfaktorer för hälsa. Detta eftersom det i sin tur är dessa förhållanden som skapar förutsättningarna för människors livsvillkor. Det är svårt att se ett direkt samband mellan sociala bestämningsfaktorer och hälsa men man kan se dem som ”orsaker till orsaker”. Med detta i åtanke blir det lättare att förstå utvecklingen av folkhälsan och vilka mekanismer som ligger bakom den (Socialstyrelsen, 2008).

I stort sett alla samhällen har olika sociala skikt som invånarna delas in i. Dessa skikt har olika tillgång till politiska, kulturella och ekonomiska resurser. De som tillhör de lägre samhällsklasserna har visat sig ha en högre risk för sjukdom och även ett ohälsosammare beteende. I det hälsofrämjande arbetet bör det finnas en förståelse för att detta inte beror på att individerna är mindre förmögna att göra de rätta valen, utan på att de inte har samma förutsättningar för att tillgå de resurser som krävs för att uppnå en god hälsa. Att arbeta för att förbättra människors livsvillkor skulle effektivt kunna förbättra folkhälsan (Andersson & Ejlertsson, 2009).

2.6 Preventiva insatser mot förlossningsdepression

Det finns ett antal psykosociala och psykologiska interventionsmetoder i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepression. Individuellt anpassade behandlingar som utförs i slutet av graviditeten, eller kort efter förlossningen, har visat sig vara effektiva. Ett exempel på en sådan behandling är när vårdpersonal gör individuella hembesök hos den nyblivna mamman. Gruppterapi (KBT), både vid graviditeten samt efter förlossningen, är också en effektiv förebyggande åtgärd (Dennis & Dowswell, 2013).

En annan viktig åtgärd i det förebyggande arbetet är att etablera ett psykosocialt skyddsnät för en gravid kvinna som tidigare haft en psykos. Detta skyddsnät kan skapas genom att kvinnan erbjuds MVC-psykolog och/eller psykiater, fler besök hos barnmorskan samt noggranna förberedelser av förlossningsvården. För att öka tryggheten ytterligare, samt minska stressen, hos den nyblivna mamman kan lugn och ro under BB-vistelsen ge positiva resultat. Att kvinnan får möjlighet att sova ut efter förlossningen och även blir erbjuden individualiserad BB-vård är andra exempel på förebyggande arbete (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Enligt SBU bör en screening genomföras för att identifiera kvinnor med depressionssymtom, för att sedan kunna behandla dem. Genom att göra på detta sätt ökar effektiviteten, jämfört med om man skulle behandla alla nyförlösta kvinnor (Dennis & Dowswell, 2013). Vid screening av depressiva symtom i samband med förlossning har främst olika självskattningsskalor som syftar till att upptäcka vanlig depression tidigare använts. Exempel på dessa är *Beck Depression Inventory* (BDI) från 1961, *State of Anxiety and Depression*

scale (SAD) från 1978 samt *General Health Questionnaire* (GHQ) från 1972. Dessa var dock inte lika framgångsrika när man ville använda dem för att upptäcka symtom på förlossningsdepression (Wickberg & Hwang, 2003).

2.6.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

I vår rapport har vi valt att fokusera på *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) som screeningmetod. EPDS är den vanligaste formen av självskattningsskala som används idag för att identifiera depressiva symtom i samband med graviditet och förlossning (Wickberg & Hwang, 2003).

EPDS utvecklades av den engelska psykiatrikern John Cox, med kollegor, år 1987 och översattes sedan till svenska år 1993 av Lundh och Gyllang. Idag finns den översatt till omkring 50 olika språk (Dennis & Dowswell, 2013; Wickberg & Hwang, 2003). Vi valde att fokusera på metoden eftersom den, på ett enkelt sätt, kan hjälpa till att urskilja depressiva symtom hos nyblivna mammor. EPDS är både lätt att administrera och att fylla i samt har goda mätegenskaper, då den beräknas upptäcka mellan 67-86 procent av fallen (Wickberg & Hwang, 2003). Viktigt att understryka är dock att EPDS endast urskiljer depressiva symtom och kan därmed inte ersätta en diagnostisering av läkare (Dennis & Dowswell, 2013; Wickberg & Hwang, 2003).

EPDS är ett frågeformulär som innehåller tio påståenden som kvinnan får besvara, antingen under graviditeten eller efter förlossningen (se *Bilaga 2: EPDS frågeformulär*). I EPDS-formuläret får kvinnan stryka under varje påstående som bäst stämmer överrens med hennes tillstånd under den senaste veckan. Vidare ger varje svar mellan 0-3 poäng, ju högre poäng desto tydligare symtom på depression. Rekommendationen som ges i Sverige är att 12 poäng eller mer ska leda till en ytterligare bedömning. I de allra första EPDS-studierna låg tröskelvärdet på nio till tio poäng, men det visade sig inkludera många falskt-positiva värden, vilket resulterade i att hälso- och sjukvården blev överbelastad (Wickberg & Hwang, 2003).

2.7 Ett hälsoekonomiskt perspektiv på psykisk ohälsa

Hälsoekonomi är ett begrepp som syftar till att undersöka hur begränsade resurser i samhället används när hälsofrämjande insatser bedrivs. I analyserna är det inte hälso- och sjukvården som står i fokus utan hälsan. Effektmått som anses vara hälsoekonomiska utgår därför utefter livslängd, överlevnad, hälsorelaterad livskvalitet samt möjligheter att leva ett gott liv. Resurserna som används ska användas effektivt för att kunna göra mest möjliga nytta. De ska även användas på ett sätt som är rättvist. De hälsoekonomiska insatserna som görs kan bedrivas inom hälso- och sjukvården, folkhälsoprogram eller andra delar av samhället (Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012).

I en rapport från SBU har de indirekta och direkta kostnaderna för depression beräknats. År 1997 blev denna kostnad i Sverige 12 miljarder kronor per år. På senare år har kostnaden antagligen ökat i takt med att prevalensen av depression ökat (SBU, 2004). En del av de totala kostnaderna för depression innefattar förlossningsdepression, vilket är kostsamt både på ett personligt plan och i form av resurser inom hälsovården (Cox & Holden, 2003). Förlossningsdepression innebär stora kostnader, både direkta och indirekta i Sverige varje år

(Sobocki et al., 2007). De förebyggande insatser mot förlossningsdepression bör därför vara kunskapsbaserade, relevanta och riktade (Cox & Holden, 2003).

3. SYFTE

Studiens främsta syfte är att undersöka om det finns ett samband mellan socioekonomisk status (SES) och förekomsten av förlossningsdepression. Vidare syftar studien till att identifiera andra eventuella riskfaktorer samt att utreda om modellen EPDS har visat sig vara en effektiv metod i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepression.

För att kunna besvara syftet används följande frågeställningar:

- Påverkar socioekonomisk status risken att drabbas av förlossningsdepression och i så fall hur?
- Finns det några andra riskfaktorer, bortsett från socioekonomisk status, som kan kopplas till förlossningsdepression och i så fall hur?
- Fungerar EPDS som en bra metod för att kunna förebygga förlossningsdepression?

4. METOD

Vi valde att göra en litteraturstudie, vilket vi tycker var en lämplig metod för att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. I vår metod har vi utgått från två böcker (Forsberg & Wengström, 2013; Friberg, 2006) som förklarar hur man bör gå tillväga vid litteratursökning och analys. I boken av Friberg beskrivs hur förklaringen av tillvägagångsättet bör läggas upp. Vi valde att dela upp metoden i två underrubriker, litteratursökning och analys, och följde stegvis vad som skulle finnas med under respektive rubrik. Metoddelen innehåller även ett avsnitt om etik, vilket bör finnas med i denna typ av litteraturundersökning (Forsberg & Wengström, 2013).

4.1 Litteratursökning

Vid genomförandet av litteratursökningen användes databaserna Pubmed, Scopus och Cinahl. Vi använde oss av dem eftersom de tillsammans innefattar ett brett utbud av vetenskapliga artiklar och anses tillförlitliga. Vid sökningar och urval av artiklar använde vi oss av ett antal inklusions- och exklusionskriterier, vilket rekommenderades av Forsberg m.fl. (Forsberg & Wengström, 2013). Dessa kriterier hjälpte oss att begränsa sökningarna samt föra oss närmre vårt syfte och våra frågeställningar. Ett av inklusionskriterierna var höginkomstländer eftersom vi ville analysera studier genomförda i länder som liknar Sverige så mycket som möjligt, gällande exempelvis ekonomisk situation och tillgången till mödrhälsovård. Vi inkluderade studier från länder som vi ansåg vara möjliga att jämföra med Sverige, och som vi även kunde dra slutsatser utifrån. Länderna vi inkluderade var USA, England, Kanada,

Sverige och Australien. Andra inklusionskriterier var att artiklarna som valdes skulle vara skrivna på engelska, vara vetenskapliga och inte reviews eller metaanalyser.

Ett av våra exklusionskriterier var studier som hade ett fokus på pappans psykiska hälsa. Vi valde att exkludera detta eftersom en del studier tog upp hur pappans psykiska hälsa påverkades av att bli förälder. I vår studie ville vi endast fokusera på mammans psykiska hälsa och exkluderade därför studier med fokus på pappans psykiska hälsa.

Sökorden valdes ut med fokus på vårt syfte och våra frågeställningar. Våra primära sökord var ”postpartum depression” och ”socioeconomic status”, eftersom det framför allt var den eventuella kopplingen dem emellan vi ville få fram. Dessa sökord visade sig vara en bra kombination att använda då det gav oss studier med relevant information. För att begränsa sökningen ytterligare, och för att få fram studier som gjorts i Sverige, lade vi även till ”Sweden” som sökord. Detta begränsade sökningen markant då det resulterade i ett betydligt lägre antal artiklar. Förlossningsdepression kan benämnas på flera sätt och för att därför inte missa viktiga artiklar valde vi att ändra sökorden till ”pregnancy” och ”depression”, vilket gav oss artiklar som vi inte fått fram vid tidigare sökningar. Vi gjorde även en sökning där syftet var att hitta artiklar till vår frågeställning om EPDS som screeningmetod. Artiklar till denna frågeställning hittades också under andra sökningar, men för att få fram mer specifika artiklar om detta ämne gjorde vi en enskild sökning om EPDS. Här användes sökorden ”EPDS AND evaluate* AND prevent*”. Nedan följer *tabell 1: Antal artiklar för olika sökord i respektive databas* med beskrivning av datum, sökord, databaser och antal valda artiklar för att närmare klargöra hur processen kring sökningen av artiklar gått till.

Tabell 1. Antal artiklar för olika sökord i respektive databas.

Datum	Sökord	Pubmed	Scopus	Cinahl	Antal valda artiklar
2014-04-14	Postpartum depression AND socioeconomic status	269	260	23	7
2014-04-15	Postpartum depression AND socioeconomic factors AND sweden	11	7	4	1
2014-04-15	Pregnancy AND depression AND socioeconomic status AND sweden	9	9	0	1
2014-04-15	EPDS AND evaluate* AND prevent*	36	31	8	1
2014-04-22	Postpartum depression AND high income AND low income	65	140	5	3

Vid ett första urval av artiklar låg fokus på titel och abstract. Därefter valde vi ut de artiklar som behandlade våra frågeställningar, utifrån våra inklusions- och exklusionskriterier, och läste sedan igenom dessa noggrant. Slutligen blev det totalt 13 artiklar som valdes ut för vidare granskning.

4.1.1 Inklusionskriterier

Artiklar som innehöll följande inkluderades:

- Publicerade i vetenskapliga tidskrifter
- Skrivna på engelska
- Fokus på socioekonomisk status
- Fokus på förlossningsdepression
- Utvärdering av EPDS som screeningmetod
- Utgick från empiriska studier
- Höginkomstländer

4.1.2 Exklusionskriterier

Artiklar som innehöll följande exkluderades:

- Fokus på pappans psykiska hälsa
- Review-artiklar
- Metaanalyser

4.2 Analys

När vi hade valt ut studier som stämde överrens med syftet började granskningen av deras kvalitet. Vi använde oss av ett antal frågor från boken av Friberg (2006). I boken delar Friberg upp granskningsfrågorna beroende på om studien är kvalitativ eller kvantitativ. Eftersom våra studier endast bestod av kvantitativ data föll det sig naturligt att enbart använda frågor ämnade för denna typ av studier. Frågorna handlade bland annat om hur väl studiernas metod, syfte och resultat var formulerat samt hur data analyserats och hur urvalet hade genomförts.

Vi läste igenom studierna ett flertal gånger och försökte finna mönster i form av likheter och skillnader dem emellan. Friberg presenterar förslag på struktur vid granskning och jämförelse av flera studier inom samma ämnesområde. Vi valde att fokusera på tre stycken av dessa vid vår jämförelse, vilka behandlade likheter och skillnader i (i) metod, (ii) resultat och (iii) tolkningar av resultat. När vi plockat ut skillnader och likheter gjordes en sammanställning där vi sorterade materialet utefter dessa. Vi gjorde en analys av textmaterialet utefter våra uppställda frågeställningar, i enlighet med en innehållsanalys definierad av Forsberg och Wengström (2013). De olika underrubrikerna i vår resultatdel kom vi fram till efter vår sammanställning. Eftersom alla våra studier var kvantitativa presenterades de utefter de statistiska beräkningar som gjorts. Det blev även lättare för oss att jämföra dem eftersom de alla var samma typ av studier.

4.3 Etik

Forskarens arbete regleras med hjälp av föreskrifter och regler, och de har därmed ett ansvar för att forskningen är moraliskt godtagbar samt av god kvalitet (CODEX, 2013a). Forskaren ska ta ansvar för de individer som forskningen gäller samt för all information som inhämtas. Vid forskning på människor gäller de mänskliga rättigheterna, då forskningen ska utföras i enighet med respekt för individen, exempelvis genom informerat samtycke. Skador hos försökspersonerna ska minimeras så långt som det går och det finns även bestämmelser om hur personuppgifter ska behandlas (CODEX, 2013b). Med tanke på detta ville vi undersöka om artiklarna vi valt hade baserats på en god etisk grund.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska vetenskapliga artiklar granskas och godkännas av en etisk kommitté. I vår litteraturstudie har vi utgått ifrån *Vetenskapsrådets rapport om god forskningssed* för att ta reda på om våra artiklar är av etisk god kvalitet. Enligt rapporten bör de flesta av följande kriterier finnas med för att det ska räknas som god forskning:

- Forskningen ska vara sanningsenlig
- Granskning och redovisning av utgångspunkterna för studierna ska finnas med
- Arkivering, dokumentation och att i allmänhet hålla god ordning i forskningen är viktigt
- Bedömningen av andras forskning ska vara rättvis
- Redovisning av kommersiella intressen och dylikt skall finnas
- Redovisning av metod och resultat ska finnas
- Stöld av forskningsresultat från andra får inte förekomma
- Forskningen ska sträva efter att inte skada miljö, djur och människor (Hermerén, 2011)

För att bedöma om våra artiklar var sanningsenliga läste vi igenom dem noga, var och en för sig. Vi tittade även på om författarna hade vinklat resultatet och om de lagt fokus på det som visade sig vara signifikant. Alla artiklar innehöll en tydlig inledning, där utgångspunkterna för respektive studie framfördes och där tidigare forskning redovisades på ett objektivt sätt. Vad det gäller punkten om redovisning av kommersiella intressen, hade alla artiklar en diskussion om varför deras forskning behövs och vad den kan bidra med. Samtliga artiklar hade en följsam ordning av syfte, metod, resultat och diskussion. Något som var svårt för oss att avgöra var punkten om stöld av forskningsresultat från andra, då detta inte gick att utläsa av artiklarna. Eftersom våra valda artiklar behandlade resultat genomförda på människor, sökte vi efter etiskt godkännande.

I fyra av artiklarna hänvisade författarna direkt till en granskning av en etisk kommitté. Tre av artiklarna nämnde att studierna genomförts enligt etiska principer. En av dessa tre studier hade ersatt deltagarna ekonomiskt, men eftersom den genomförts enligt etiska principer anser vi att detta kan ses som etiskt försvarbart. I sex av artiklarna gick det inte att avgöra om de hade godkänts av en etisk kommitté eller genomförts enligt etiska principer. Eftersom alla valda artiklar har publicerats i vetenskapliga tidskrifter har vi dock bedömt att de genomgått en viss etisk prövning. En del av studierna har använt sig av redan befintlig registerdata, vilket kräver etiskt godkännande för att påbörja.

5. RESULTAT

I resultatdelen refererar vi till referensnumren i *Bilaga 1: artikelsammanställning*.

5.1 Socioekonomisk status som riskfaktor för förlossningsdepression

Alla de studerade artiklarna visade att det, på något sätt, fanns ett samband mellan olika socioekonomiska faktorer och förlossningsdepression under de första veckorna [1-10] upp till fem år efter graviditeten [6]. I studien av Goyal m.fl. [10] hittades exempelvis ett tydligt dos-responssamband mellan socioekonomiska faktorer och risken att drabbas av förlossningsdepression. Låg socioekonomisk status var associerat med ökade depressiva symtom sent i graviditeten, samt tre månader efter förlossningen. Riskfaktorerna var i sin tur; låg månadsinkomst, utbildning lägre än gymnasienivå samt att vara ogift och/eller arbetslös. Kvinnorna som hade dessa fyra faktorer löpte 11 gånger högre risk att drabbas av förlossningsdepression tre månader efter förlossningen, jämfört med kvinnorna som inte hade någon av dessa faktorer.

En annan studie [1] visade att 21,3 procent av mammorna med låg socioekonomisk status hade starka depressiva symtom nio veckor efter förlossningen, medan endast 8,3 procent av mammorna med hög socioekonomisk status hade samma symtom. Cirka två månader efter förlossningen hade de depressiva symtomen minskat markant hos mammorna med hög socioekonomisk status, samtidigt som symtomen endast minskat en aning hos mammorna med låg socioekonomisk status.

5.1.1 Ekonomisk situation

Flera av studiernas resultat kom fram till att kvinnans ekonomiska situation var en riskfaktor när det gäller utvecklandet av förlossningsdepression [1-5, 7, 9, 10]. Detta berodde bland annat på att mammor med låg socioekonomisk status var oroliga på grund av deras ekonomiska situation [1]. Detta medförde i sin tur problem, exempelvis på grund av brist på pengar för basala behov så som hyra, mat, värme, kläder och transport, vilket yttrade sig i depressiva symtom [1, 5]. Det visade sig dock att kvinnor med finansiella problem inte hade mer hälsoproblem i övrigt efter förlossningen [1].

I en storskalig nationell studie av Mayberry m.fl. [9] visade det sig att gruppen kvinnor med lägst inkomst hade det högsta antalet deltagare med depressiva symtom. De depressiva symtomen minskade successivt samtidigt som inkomsten ökade. En annan studie visade liknande samband, då depressionsfrekvensen var högst bland de fattigaste kvinnorna [4]. I studien av Leigh m.fl. [2], som genomfördes i Australien, var depression under graviditeten en stor riskfaktor för förlossningsdepression. Detta samband berodde på ett antal riskfaktorer, bland annat låg inkomst hos familjen. En annan studie [10], som jämförde låginkomsttagande med höginkomsttagande kvinnor, visade ett annorlunda samband. Risken för depressiva symtom var högre ju lägre inkomst, men dock inte när man gjorde en jämförelse över tid. En månad efter förlossningen hade de två grupperna liknande nivå av depressiva symtom. Skillnader kunde först hittas två och tre månader efter förlossningen, då låginkomsttagande kvinnor hade mer depressiva symtom, jämfört med höginkomsttagande kvinnor.

I tvärsnittsstudien av Buist m.fl. [3] analyserades australiensiska gravida kvinnor, med hjälp av EPDS, både under graviditeten samt sex till åtta veckor efter förlossningen. Studien jämförde kvinnor som besökte den allmänna vården med de som besökte den privata. Studien visade att punktprevalensen av depressiva symtom var högre bland de kvinnor som besökte den allmänna vården (3,6 % respektive 6,4 %, $p=0,026$). Detta förklarades med att kvinnorna som tillhörde den allmänna vården överlag hade en lägre inkomst samt utbildningsnivå.

En annan tvärsnittsstudie [9] kom fram till att kvinnor som arbetade heltid hade mindre sannolikhet att drabbas av måttliga till svåra depressiva symtom, jämfört med kvinnor som inte var anställda på heltid. En annan studie [7] visade att arbetslöshet var en riskfaktor för förlossningsdepression i början av graviditeten, samt två månader och ett år efter förlossningen.

5.1.2 Utbildning

Två av studierna hittade ett samband mellan utbildning och förlossningsdepression [9, 3], en var mer tveksam till sambandet [10] och en hittade inget samband alls [2]. I tvärsnittstudien av Mayberry m.fl. [9], som undersökte kvinnor som hade fått barn under en tvåårsperiod, visade det sig att kvinnor med den lägsta utbildningsnivån (gymnasium eller lägre) hade fler depressiva symtom. Studien visade även att ju högre utbildning kvinnorna hade, desto lägre var förekomsten av depression.

Studien av Buist m.fl. [3] visade också på en koppling mellan lägre utbildningsnivå och risken för att drabbas av depression efter graviditeten. I denna studie jämfördes den psykiska hälsan hos kvinnor som besökte den allmänna, respektive den privata vården. Kvinnorna i studien fick besvara ett EPDS-formulär både under graviditeten, samt sex till åtta veckor efter förlossningen. Resultatet visade att depressiva symtom (EPDS >12) var högre bland de kvinnor som besökte den allmänna vården (3,6 % respektive 6,4 %, $p=0,026$). Kvinnor som besökte den allmänna vården var i sin tur överrepresenterade bland kvinnor som hade en lägre utbildningsnivå.

I en studie [10] visade det sig att utbildning inte hade en lika tydlig koppling till depression. Här hade förvisso icke högskoleutbildade kvinnor en signifikant ($p<0,01$) högre risk att drabbas av depressiva symtom, både under graviditeten samt 3 månader efter förlossningen. Dock visade studien att efter justering av låg inkomst och tidigare förekomst av depression, blev utbildning inte längre signifikant som riskfaktor. Studien av Leigh m.fl. [2] visade att utbildning inte var en signifikant riskfaktor för förlossningsdepression.

5.1.3 Socialt stöd

De flesta av de valda studierna, som undersökte brist på socialt stöd som riskfaktor för förlossningsdepression, fick fram att det var en riskfaktor [1, 2, 4, 5, 9, 10]. En studie [8] visade däremot att det inte var någon riskfaktor för förlossningsdepression att ha ett fungerande socialt stöd.

Studien av Séguin m.fl. [1], som genomfördes i Kanada, kom fram till att mammor med låg socioekonomisk status hade färre personer i sitt sociala nätverk, och därmed brist på känslomässigt stöd. Samtidigt hade de även fler kontextuella problem att handskas med. Brist

på socialt stöd var kopplat till depressiva symtom samt kroniska stressorer, som exempelvis konflikter i nätverket och brist på socialt stöd under graviditeten.

En annan studie, som även den genomfördes av Séguin m.fl. [5], visade att otillräckligt socialt stöd var signifikant associerat med depressiva symtom. Frekventa konflikter med personer i nätverket, strax efter förlossningen, var en riskfaktor för att drabbas av depression sex månader efter förlossning. Om mamman fick känslomässigt stöd från sin omgivning kunde detta samband motverkas. De som löpte störst risk att drabbas av konflikter, med personer i sitt nätverk, var kvinnor som tvingades leva med sina föräldrar på grund av finansiella problem. En av studierna [2] fick fram depression under graviditet som en riskfaktor för förlossningsdepression. Till detta samband fanns en del riskfaktorer som spelade roll, en av riskfaktorerna var brist på socialt stöd.

I en av studierna [1] var det mer vanligt förekommande att kvinnor med hög socioekonomisk status levde med en partner, jämfört med kvinnor som hade en låg socioekonomisk status (97,7% respektive 55,2 %). I en annan studie [5] hade 32,4 procent av de unga mammorna ingen partner. Resultatet från en studie [4] kom fram till att ensamstående mammor löpte högre risk att drabbas av förlossningsdepression. En av studierna [9], som var en tvärsnittsstudie, visade att depressionssymtomens svårighetsgrad var lägre om kvinnan var i en partnerrelation.

I studien av Goyal m.fl. [10], där man följde förstföderskor från slutet av graviditeten fram till tre månader efter förlossningen, hade ogifta kvinnor en signifikant ($p < 0,01$) högre risk att drabbas av depressiva symtom. Detta resultat gällde under graviditeten samt tre månader efter förlossningen. Inget samband kunde dock hittas en till två månader efter graviditeten. När en justering för tidigare förekomst av depression och låg inkomst gjordes, fanns det fortfarande ett signifikant samband. För ogifta förstföderskor var risken 2,9 gånger större, jämfört med gifta mödrar, att ha förhöjda depressiva symtom tre månader efter förlossningen.

5.2 Riskfaktorer som inte direkt kan kopplas till socioekonomisk status

Flera av studierna [1, 2, 4, 5, 7, 9, 10] identifierade riskfaktorer för förlossningsdepression som inte direkt kunde kopplas till socioekonomisk status. Exempel på dessa riskfaktorer var hälsoproblem efter förlossningen som varade minst en vecka [1], tidigare depression, oro under graviditeten och stress kopplat till föräldraskapet. Även dåligt självförtroende och om kvinnan tidigare levt i en våldsam relation kunde ses som riskfaktorer [2].

I en av studierna [4] visade det sig att kvinnorna med hög risk för komplikationer under graviditeten, och de som rökte, var oftare deprimerade än andra kvinnor. Samma studie visade också att kvinnor som varit underviktiga innan graviditeten kunde vara i riskzonen för att drabbas av förlossningsdepression. Mammor med många hälsoproblem, eller som hade svårigheter att hantera sitt spädbarn, visade sig löpa större risk att drabbas i studien av Séguin m.fl [5]. En annan studie [2] identifierade tidigare missfall och abort som icke signifikanta riskfaktorer för förlossningsdepression.

I studien av Mayberry m.fl. [9] undersöktes både flerbarnsmammor och förstföderskor. Studien visade att flerbarnsmammor var mer benägna att utveckla depressiva symtom i samband med

graviditet. Kvinnor med högst frekvens av måttliga till svåra depressionssymtom var de som hade två, eller fler, barn. Samma resultat hittades även i en annan studie [4].

Kvinnor med depressiva symtom under graviditeten var signifikant mer benägna att ha förhöjda depressiva symtom en, två och tre månader efter förlossningen. Detta jämfördes med kvinnor som hade färre depressiva symtom under graviditeten [10].

Tre av studierna [1, 2, 7] visade att tidigare påfrestande livsförhållanden och stora livshändelser var riskfaktorer för depression i samband med graviditet. I studien av Rubertsson m.fl. [7] studerades svenska kvinnor med hjälp av likadana EPDS-formulär under tre olika tillfällen; i början av graviditeten samt två månader och ett år efter förlossningen. Ett doseffekts samband hittades mellan antalet påfrestande livshändelser under året före graviditeten och EPDS-poäng under graviditeten. Ju högre antal påfrestande livshändelser, desto högre var de genomsnittliga EPDS-poängen (Pearsons korrelation 0,27).

5.2.1 Ålder

Tre av studierna [4, 8, 9] visade att yngre mammor hade signifikant högre risk att utveckla depressiva symtom efter graviditeten, medan en av studierna [2] kom fram till att ålder inte var en signifikant riskfaktor. En studie av Mayberry m.fl. [9], som gjordes på kvinnor i USA, visade på ett samband mellan ålder och förlossningsdepression. Denna studie kom fram till att fler av de yngre mammorna (18-24 år) upplevde depressiva symtom, både milda och allvarliga, jämfört med de äldre mammorna (25 år och uppåt). En annan studie av Matijasevich m.fl. [4] indikerade liknande samband, där mammor i tonåren hade en högre risk att drabbas av förlossningsdepression. En annan studie var Bilzta m.fl. [8] som visade att depression var vanligare bland kvinnor som bodde på landsbygden, jämfört med kvinnor som bodde i stadsmiljö. Låg socioekonomisk status och antalet yngre mammor var i sin tur vanligare bland kvinnorna på landsbygden, jämfört med de som bodde i stadsmiljö ($31,5 \pm 4,7$ år respektive $30,8 \pm 5,5$ år, $p = 0,006$).

5.2.2 Etnisk bakgrund

Etnisk bakgrund visade sig vara en riskfaktor för förlossningsdepression i några av studierna [4, 6-8]. I studien av Mayberry m.fl. [9] kunde dock inget samband mellan etnisk tillhörighet och depressionssymtom hittas. En studie av Matijasevich m.fl. [4], från Storbritannien, fick fram att mörkhyade kvinnor och kvinnor med mixad etnisk bakgrund hade större risk att drabbas. En annan studies [6] resultat pekade på att depressiva symtom, både under graviditet samt ett och fem år efter förlossning, var åtminstone dubbelt så vanligt bland kvinnor med ursprung från ett fattigt land. Ett år efter förlossningen var siffrorna 33 procent respektive 13 procent. Kvinnorna som hade en icke svensktalande bakgrund jämfördes med kvinnor med svensktalande bakgrund. Kvinnor med en icke svensktalande bakgrund med ursprung från ett rikt land verkade dock inte vara märkbart utsatta för fysiska eller känslomässiga hälsoproblem.

I en svensk longitudinell studie av Rubertsson m.fl. [7] visade resultatet att annat modersmål än svenska innebar en ökad risk för depressiva symtom i samband med graviditet. Kvinnorna studerades med hjälp av samma EPDS-formulär under tre olika tillfällen; i början av graviditeten samt två månader och ett år efter förlossningen, alla tillfällen visade sig vara

signifikanta. Ett annat samband mellan kvinnans etniska bakgrund och risken för förlossningsdepression hittades i tvärsnittsstudien av Bilszta m.fl. [8]. Studien jämförde betydelsen av demografiska och psykosociala faktorer och risken för att utveckla förlossningsdepression. Deltagarna bestod av två grupper, kvinnor från stadsmiljö och kvinnor från landsbygd. Kvinnorna som bodde i stadsmiljö hade fler depressiva symtom, de var mer kulturellt mångsidiga och hade fler kvinnor som inte talade engelska hemma, jämfört med kvinnorna från landsbygden (4,9 % respektive 0,8 %, $p < 0,001$).

5.3 EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) används alltmer inom hälso- och sjukvården och vid folkhälsoprogram. Skalan används för att urskilja depressiva symtom hos kvinnor med olika etniska och socioekonomiska bakgrunder som är i riskzonen för att drabbas av depression. Lite är dock känt om dess validitet och hur bra den är på att identifiera fall av depressiva symtom bland olika grupper av kvinnor. Tvärsnittsstudien av Lee m.fl. [11] utvärderade de underliggande strukturerna av EPDS. Resultatet av studien visade att EPDS kan behöva användas olika beroende på vilken etnisk och socioekonomisk bakgrund kvinnan som undersöktes tillhörde. Detta på grund av att frågorna som ställs kan tolkas olika beroende på exempelvis kulturella skillnader. Vad en kvinna får för poäng på skalan går alltså inte att jämföra med en annan kvinnas poäng.

I en randomiserad kontrollerad studie (RCT) [12] var syftet att utvärdera EPDS, samt tre av dess sidoskalor (EPDS-7, EPDS-3 och EPDS-2) som fungerar som kortare versioner av EPDS. En utvärdering gjordes av dess precision för att upptäcka depression efter förlossning bland tonårsmammor. Mätningarna genomfördes vid tre olika tillfällen. Studiens resultat visade att den kompletta versionen av EPDS samt EPDS-7 och EPDS-2 fungerade bra när de användes som mätinstrument kontinuerligt. EPDS och EPDS-7 hade en något lägre optimal cutoff-gräns (gränsen för när kvinnan anses ha depressiva symtom) (≥ 9 respektive ≥ 7) jämfört med nuvarande rekommenderade cutoff-gränsen (≥ 10). EPDS och EPDS-7 hade båda en sensitivitet (proportionen av deprimerade mammor som korrekt identifierades av EPDS), på 90 procent och en specificitet (proportionen av icke-deprimerade mammor som identifierades korrekt av EPDS) på >85 procent vid de optimala cutoff-poängerna. EPDS-3 presterade i studien tillräckligt för att anses tillförlitlig, men inte lika bra som de andra tre. EPDS-3 hade en sensitivitet på 74 procent och en specificitet på 70 procent.

Slutsatsen av studien [12] blev att EPDS, EPDS-7 och EPDS-2 var bra mätinstrument vid identifiering av fall av förlossningsdepression bland mammor i tonåren. Resultatet kunde dock tyda på att cutoff-gränsen behöver sänkas när EPDS används på denna grupp av kvinnor. Det kan bero på att mammor i tonåren har en högre prevalens av andra psykosociala problem som kan påverka resultatet. Studien visade att EPDS och dess sidoskalor var ett effektivt verktyg vid det förebyggande arbetet mot förlossningsdepression.

En tvärsnittsstudie [13], som även den syftade till att utvärdera EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression, genomfördes med kvinnliga deltagare från en tidigare genomförd kohortstudie i Pelotas, Brasilien. Sensitiviteten, specificiteten samt noggrannheten (proportionen av resultatet som är korrekt identifierat av skalan) kalkulerades för varje cutoff poäng på EPDS-skalan. Den cutoff-gräns som visade sig vara mest lämplig vid screening för förlossningsdepression var ≥ 10 , med en sensitivitet på 82,6 procent (75,3–89,9%) och en specificitet på 65,4 procent (59,8–71,1%). För att screena lindriga och allvarliga fall var den

bästa cutoff-gränsen ≥ 11 , med 83,8 procent (73.4–91.3%) sensitivitet och 74,7 procent (69.4–79.5%) specificitet. När cutoff-gränsen ökade sjönk sensitiviteten progressivt.

Studien [13] visade även att cutoff-gränsen bör vara annorlunda beroende på prevalensen av förlossningsdepression i samhället där man använder EPDS. Om inte riskerar en del av de identifierade fallen att vara falskt-positiva. Generellt sett har studier som utvärderat validiteten av EPDS rapporterat hög sensitivitet och specificitet, såväl som högt positivt prediktivt värde. Detta gäller både när EPDS fungerar som ett diagnostiskt test och som screeninginstrument.

6. DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Syftet med vår studie var att undersöka om socioekonomisk status var en riskfaktor för förlossningsdepression, samt om det fanns andra riskfaktorer. Vi ville även göra en kort sammanställning av utvärderingar om EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression, samt redogöra för metodens för- och nackdelar. Vid genomförandet av studien fick vi bekräftat att socioekonomisk status är ett komplext begrepp med flera underliggande faktorer, som oftast mer eller mindre hänger ihop. Vi insåg även att faktorerna många gånger samspelar och tillsammans ger mamman en ökad risk för att utveckla depression efter förlossningen. Det som vi kom fram till i studien var att socioekonomisk status är en riskfaktor för förlossningsdepression, samt att EPDS fungerar väl som screeningmetod i de flesta fallen. I diskussionen om resultatet har vi tre underrubriker som är uppdelade utefter våra frågeställningar; socioekonomisk status, övriga riskfaktorer och EPDS som screeningmetod.

6.1.1 Socioekonomisk status och förlossningsdepression

Alla valda artiklar, med koppling till socioekonomisk status, visade att det på något sätt fanns ett samband mellan socioekonomisk status och förlossningsdepression. Exempelvis visade en av våra studier (Goyal, Gay, & Lee, 2010) att kvinnor som hade fyra olika socioekonomiska faktorer (låg månadsinkomst, utbildning lägre än gymnasienivå samt att vara ogift och/eller arbetslös) löpte 11 gånger högre risk att utveckla en förlossningsdepression, jämfört med kvinnor som inte hade någon av dessa faktorer. För att vidare analysera varje faktors roll delade vi upp socioekonomisk status i olika underrubriker. Vi fann att ekonomisk situation, utbildning och socialt stöd var huvudorsakerna till kopplingen mellan socioekonomisk status och förlossningsdepression.

Utifrån de valda artiklarnas resultat verkade det som att kvinnans ekonomiska situation var den faktor som hade störst betydelse vid utvecklandet av depression. Åtta av de tio valda artiklarna, som behandlade socioekonomisk status, kom fram till ett samband mellan kvinnans ekonomiska situation och hennes risk att drabbas av förlossningsdepression. Ett av problemen som uppstod, när kvinnan var ekonomiskt utsatt, var en oro för att inte ha pengar till de basala behoven. Den aspekten fann vi intressant att vidare undersöka genom att jämföra situationen av förlossningsdepression i ett utvecklingsland med situationen i ett mer utvecklat land. En

studie (Cooper et al., 1999) undersökte prevalensen av förlossningsdepression i en mycket fattig stadsdel utanför Kapstaden, Sydafrika, med prevalensen av förlossningsdepression i England. Resultatet visade att prevalensen av förlossningsdepression var ungefär tre gånger högre i den fattiga stadsdelen i Sydafrika jämfört med prevalensen i England. Denna studie kan styrka resultatet som vi kom fram till, vilket var att den ekonomiska situationen spelar roll och att fattiga kvinnor är mer utsatta gällande risken att drabbas av förlossningsdepression.

Två av studierna visade att den ekonomiska situationen och utbildning kan tänkas hänga ihop och samspela (Buist et al., 2008; Goyal et al., 2010). Detta såg vi inte som överraskande, då de med en högre utbildning vanligtvis har en större chans att få ett mer högt uppsatt och välbetalt arbete, vilket resulterar i en bättre ekonomisk situation. Vid högre utbildning får man lära sig att tänka kritiskt och mer långsiktigt (Magnusson, 2013), vilket i sin tur kan innebära att mammorna förstår vikten av att gå på kontroller och uppföljningar, och även nyttja sjukvården på ett annat sätt. Två av de valda studierna (Buist et al., 2008; Mayberry, Horowitz, & Declercq, 2007) visade att det fanns ett signifikant samband mellan utbildning och depressiva symtom, medan två studier (Goyal et al., 2010; Leigh & Milgrom, 2008) visade att det inte var lika självklart eller ingen signifikant riskfaktor.

Resultatet av vår litteraturstudie visade att det är viktigt för kvinnan att ha ett väl fungerande socialt nätverk när hon är gravid. Ett nätverk som ger både känslomässigt och ekonomiskt stöd. Exempelvis visade det sig att ensamstående kvinnor löpte större risk att drabbas av förlossningsdepression, vilket visar att det är viktigt att ha en partner som finns där och stöttar. Socialt stöd kan, som tidigare nämnt, vara en friskfaktor för förlossningsdepression, men det visade sig även att konflikter i nätverket ger motsatt effekt. Det sociala stödet kan alltså vara både en friskfaktor och en riskfaktor enligt resultatet. Exempelvis sa en av studierna (Seguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999) att kvinnorna, som tvingas bo med sina föräldrar på grund av finansiella problem, är de som löper störst risk att drabbas av dessa konflikter. En rapport (Wickberg & Hwang, 2003) om förlossningsdepression, som folkhälsoinstitutet (FHI) sammanställt, styrker dessa teorier. I rapporten står det att några av de mest betydelsefulla faktorerna, för att drabbas av förlossningsdepression, verkar vara exempelvis konflikter i parrelationen samt bristande stöd från vänner, familj och partner. Att vara ensamstående tycks också vara en riskfaktor enligt FHI, vilket vi även fick fram i vårt resultat. Att brist på socialt stöd visade sig vara en riskfaktor ser vi inte som särskilt oväntat, då det är lätt att förstå vikten av att ha ett socialt stöd när man går igenom något så pass omvälvande som en graviditet.

Fyra av fem studier (Bilszta, Gu, Meyer, & Buist, 2008; Matijasevich et al., 2009; Rubertsson et al., 2005; Waldenström et al., 2008), som analyserade förlossningsdepression och etnisk bakgrund, visade att en riskfaktor för att utveckla förlossningsdepression var att vara immigrant eller tillhöra en etnisk minoritet. Två av dessa studier gjordes i Sverige och jämförde svensktalande kvinnor med icke svensktalande kvinnor. Anledningen till att immigrerande kvinnor löpte högre risk att drabbas kan bero på att de har en lägre socioekonomisk status, jämfört med de kvinnor som har svenska som modersmål. Detta får stöd i en rapport från Socialstyrelsen där det står att arbetslösheten, och andelen fattiga, är vanligare bland immigranter jämfört med de som är födda i Sverige (Socialstyrelsen, 2008).

6.1.2 Övriga riskfaktorer och förlossningsdepression

Vårt resultat identifierade även andra riskfaktorer för förlossningsdepression som vi inte ansåg kunde kopplas till socioekonomisk status. Depression under, och innan, graviditeten var en av

riskfaktorerna som togs upp. Att mamman tidigare haft en depression tar även folkhälsoinstitutets rapport (Wickberg & Hwang, 2003) upp som en av de viktigaste riskfaktorerna. Enligt FHI:s rapport kan denna riskfaktor vara av särskild vikt om det uppstått komplikationer under graviditeten, eller om barnet innehar ett temperament som blir besvärligt att hantera för mamman. Detta fick även studiernas resultat fram som en riskfaktor. Flerbarnsmammor tycks löpa större risk att drabbas, vilket kan förklaras av att stressen ökar om kvinnan tvingas ta hand om fler barn när hon redan har haft problem med att ta hand om ett.

6.1.3 EPDS som screeningmetod

Utifrån resultatet har vi urskilt ett antal fördelar och nackdelar med EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression. Fördelarna är bland annat att EPDS är en bra och effektiv metod som fångar upp depressiva symtom tidigt. Metoden ger en hint som gör det möjligt att sätta in förebyggande åtgärder. EPDS har en hög sensitivitet och specificitet vilket ökar dess förmåga att hitta rätt fall av depressiva symtom (Venkatesh, Zlotnick, Triche, Ware, & Phipps, 2014).

En nackdel med EPDS är att den inte kan användas på samma sätt på alla grupper av kvinnor. Studiernas resultat visade exempelvis att EPDS bör användas olika beroende på kvinnans kulturella, etniska och socioekonomiska bakgrund samt beroende på hennes ålder. Detta skulle förhindra en identifiering av falskt-positiva och falskt-negativa fall (King, 2012), vilket även FHI tar upp i sin rapport (Wickberg & Hwang, 2003). De skriver bland annat att kulturella skillnader kan leda till att kvinnor uppfattar frågorna och svaren olika, vilket kan leda fram till ett resultat som inte är korrekt.

En av de valda artiklarna (Venkatesh et al., 2014) utvärderade förenklade versioner av EPDS och kom fram till att de fungerar väl när man vill identifiera depressiva symtom. I en annan studie (Choi et al., 2012) har en förenklad version av EPDS testats på kvinnor i Sydkorea. Studien kom fram till att en förenklad version skulle kunna vara bra att använda för att spara tid och även tidigt kunna sortera bort de kvinnor som inte är i riskzonen för att drabbas av förlossningsdepression.

Med tanke på att depressiva symtom har en tidsaspekt, både när det gäller förekomst och svårighetsgrad, bör det enligt oss finnas en löpande utvärdering av psykisk ohälsa hos kvinnor efter förlossningen. En av studierna (Waldenström et al., 2008) visade exempelvis att depressiva symtom kan förekomma uppemot fem år efter förlossningen, vilket tyder på att EPDS skulle behöva användas vid flera olika tillfällen, exempelvis åtta veckor, fyra månader och åtta månader efter förlossningen. Detta skulle medföra att fler kvinnor fångas upp och får hjälp i tid. I FHI:s rapport (Wickberg & Hwang, 2003) skriver de att kvinnor i Sverige gör rutinbesök tre månader efter förlossningen. Det har visat sig vid dessa besök att endast två procent av alla mammor som är deprimerade identifieras, vilket innebär att det finns ett stort mörkertal. Detta mörkertal kan bero på att förlossningsdepression är tabubelagt, något som man inte vill tala om (Wickberg & Hwang, 2003) samt något som ses som normalt (Sword et al., 2008), vilket hälso- och sjukvårdspersonal enligt oss bör känna till och arbeta emot.

En svensk studie (Bågedahl-Strindlund & Monsen Börjesson, 1998) visade att användandet av EPDS som screeningmetod ökade andelen identifierade fall från 2 till 8,4 procent. Detta stödjer vår slutsats om att EPDS är en effektiv metod som går att använda vid förebyggandet av förlossningsdepression. Metoden kan samtidigt spara kostnader, både direkta och indirekta,

som kan uppkomma i form av längre vårdtid och mer stöd. Ju tidigare de depressiva symtomen upptäcks desto tidigare kan förebyggande insatser sättas in för att förhindra återfall i depression. Vid återfall krävs insatser som är kostnadskrävande. Eftersom det inte bara är mamman som påverkas negativt, utan även andra i hennes närhet och barnet (SBU, 2014), kan dessutom samhällskostnader sparas genom ett förebyggande arbete mot förlossningsdepression.

6.2 Metoddiskussion

Resultatet som vår litteraturstudie fått fram stämmer överrens med andra studier som gjorts inom ämnet och visar att socioekonomisk status är en riskfaktor för förlossningsdepression. Vi upplever dock inte att mycket forskning verkar vara gjord om EPDS som screeningmetod för förlossningsdepression, och tror att denna litteraturstudie kan ge en intressant ingång till detta område.

Intern validitet

Vi anser att vi uppfyller kraven för intern validitet och att vår studie kan anses tillförlitlig. Detta eftersom syfte och frågeställningar har besvarats genom ett arbetssätt som behandlat materialet strukturerat och noggrant. Analysen och granskningarna av artiklarna som genomförts har varit kritisk och grundlig för att kunna utesluta de artiklar som inte är relevanta för vårt syfte och våra frågeställningar.

Vi har endast använt oss av kvantitativa studier vilket kan ses som en svaghet med studien, eftersom kvalitativ data hade kunnat tillföra ett annat resultat som vi nu gick miste om. Kvalitativa studier, exempelvis intervjuer där kvinnor får berätta mer fritt om sin situation, skulle kunna upptäcka andra riskfaktorer som inte enkäter har möjlighet att upptäcka. Vid våra informationssökningar framkom dock främst kvantitativa studier. Detta var dock inget problem eftersom vi anser att kvantitativa studier var mer lämpliga att använda för att besvara våra frågeställningar.

En styrka med de valda artiklarna var att de flesta av dem hade en god intern- och extern validitet. Alla studier hade en noggrann beskrivning av hur de genomfört studien och hur rekryteringen av deltagarna gått till. Alla artiklar innehöll en tydlig inledning, där utgångspunkterna för respektive studie framfördes och där tidigare forskning redovisades på ett objektivt sätt. En annan fördel med litteraturstudiens resultat var att de flesta av de valda artiklarna baserades på longitudinella studier, både randomiserade kontrollerade studier och kohorter, vilket betyder att det fanns en tidsaspekt och att studierna därmed följt upp deltagarna under en längre tid. Detta förstärker i sin tur vår litteraturstudies resultat och gör den mer trovärdig.

Fem av studiens 13 artiklar var baserade på tvärsnittstudier (Bilszta et al., 2008; Buist et al., 2008; Lee King, 2012; Mayberry et al., 2007; Santos et al., 2007), som har fler begränsningar jämfört med longitudinella studier. En begränsning med tvärsnittstudier är att de inte kan visa på orsakssamband. Tvärsnittsstudierna kunde alltså endast visa på att förlossningsdepression var vanligare hos kvinnor med låg socioekonomisk status, jämfört med kvinnor med hög socioekonomisk status, men däremot inte på vilket sätt.

Våra folkhälsovetenskapliga kunskaper har varit till stor hjälp genom att ge oss möjlighet att förstå samband och orsaker. Vi visste sedan tidigare att socioekonomisk status har en stor inverkan på folkhälsan och att strävan efter en jämlik hälsa för alla är oerhört viktig. Denna tidigare kunskap kan även ses som en svaghet eftersom det kan påverka och vinkla hur vi ser på resultatet. Vi har dock gjort vårt bästa för att vara så objektiva som möjligt, utan förutfattade meningar, när vi granskat resultaten.

Vi är väl medvetna om att vi kan ha missat relevant information eftersom vi inte har läst alla artiklar som behandlar vårt område. Vi anser dock att vi har begränsat vårt område väl, för att på bästa sätt kunna få med så mycket som möjligt av vad som skrivits inom ämnet.

Reliabilitet

Angående rapportens reliabilitet och tillförlitlighet ges i metodavsnittet en utförlig beskrivning om hur vi genomförde vår metod. Beskrivningen innefattade hur vi gick till väga vid bearbetning av resultat och vid insamling av data. Detta medför i sin tur att vår rapport blir replikerbar, vilket betyder att den blir möjlig för andra att utgå ifrån samt bygga vidare på.

Generaliserbarhet

En av rapportens styrkor gällande generaliserbarhet var att de valda artiklarna behandlade en stor variation av kvinnor, eftersom exempelvis olika etniska bakgrunder, åldrar och socioekonomiska bakgrunder var representerade. Detta medförde i sin tur att resultatet har en god potential till att vara representativt för en hel befolkning i höginkomstländer som liknar Sverige.

Hur jämförbara höginkomstländer är med varandra kan dock ifrågasättas. I en rapport från SBU (kunskapscentrum för hälso- och sjukvården) (SBU, 2014) har en studie om förlossningsdepression sammanställts. I rapporten ifrågasätter SBU:s författare att resultaten är tagna från framför allt USA, Australien och England, vilket påminner om vad vi gjort i vår studie. Enligt SBU är det svårt att jämföra resultaten med Sverige eftersom hälso- och sjukvårdssystemet ser annorlunda ut i dessa länder, jämfört med vår mödra- och barnhälsovård. Det är därför inte säkert att resultatet skulle bli detsamma i Sverige. Studierna som har använts i vårt arbete kommer från Sverige, USA, Kanada, Australien och England. Det känns därför viktigt även för oss att tänka på denna aspekt och vara försiktiga med att direkt överföra resultaten på Sverige. Några av studierna är dock genomförda i Sverige och kan därmed ge en hint om resultaten kan stämma överrens eller inte.

En svaghet är att studiernas resultat inte kan generaliseras på världen som helhet eftersom inte alla världens länder är representerade. Vi inkluderade endast studier genomförda i höginkomstländer och valde därmed bort studier från låg- och medelinkomstländer. Vi valde dock att ha med en kort jämförelse mellan hög-, låg- och medelinkomstländer i resultatdiskussionen. Detta gjorde vi eftersom vi tyckte att det var en intressant och viktig aspekt att ha med, dels på grund av att det har en tydlig koppling till socioekonomisk status.

7. SLUTSATS

I vår litteraturstudie har vi studerat riskfaktorer för förlossningsdepression samt urskilt vilka grupper av kvinnor som löper störst risk att utveckla tillståndet. Vi har även förklarat hur förlossningsdepression påverkar samhället i stort och inte enbart mamman som har drabbats. Barnet och andra personer i kvinnans närhet kan även de påverkas negativt av mammans depression. Stora samhällskostnader går att spara genom att arbeta förebyggande mot förlossningsdepression.

Resultatet visade att kvinnor med låg socioekonomisk status hade en ökad risk att utveckla depression under och efter graviditeten. Vi har alltså, i och med vår rapport, synliggjort den grupp kvinnor som innehar den största risken att drabbas. Vår studie har i och med detta bidragit till att det blir lättare att identifiera kvinnor med hög risk samt underlättat igenkännandet av vilka de största riskfaktorerna är. Vårt resultat ger därmed en hint om vart resurserna ska riktas, och att arbeta utifrån det kan bidra till en mer jämlik hälsa.

Vår sammanställning av studier, som utvärderat EPDS som screeningmetod, kom fram till att EPDS är en bra och effektiv metod när målet är att identifiera kvinnor med depressiva symtom. Vi anser dock att den är i behov av utveckling eftersom en del svagheter med metoden upptäcktes. En av svagheterna med EPDS var att metoden inte bör användas på samma sätt på olika grupper av kvinnor. Vi ser en risk med detta eftersom det kan vara en bidragande orsak till en ökning av ojämlikheten i hälsa. Detta eftersom kvinnor som inte passar in i bilden av den stereotypa kvinnan faller mellan stolarna och riskerar att inte upptäckas, vilket leder till att de inte får den hjälp de behöver. EPDS bör därför användas annorlunda med hänsyn till kvinnans ålder samt kulturella och socioekonomiska bakgrund. Att utveckla EPDS till att kunna fungera på alla grupper av kvinnor kan mot bakgrund av detta bidra till en mer jämlik hälsa för hela befolkningen.

REFERENSER

- Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Askén, H. (2012). *Moderslycka: vart tog glädjen vägen? : en mammas berättelse om depression efter förlossningen*. Stockholm: SKL Kommentus media.
- Bilszta, J. L. C., Gu, Y. Z., Meyer, D., & Buist, A. E. (2008). *A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(5), 424-424. doi: 10.1111/j.1753-6405.2008.00274.x
- Buist, A. E., Austin, M.-P. V., Hayes, B. A., Speelman, C., Bilszta, J. L. C., Gemmill, A. W., . . . Milgrom, J. (2008). *Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program*. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(1), 66-73. doi: 10.1080/00048670701732749
- Bågedahl-Strindlund, M., & Mønsen Børjesson, K. (1998). *Postnatal depression: a hidden illness*. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 272-275. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10083.x
- Choi, S. K., Kim, J. J., Park, Y. G., Ko, H. S., Park, I. Y., & Shin, J. C. (2012). *The simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening?* *International journal of medical sciences*, 9(1), 40-46.
- CODEX. (2013a). *Forskarens etik*. URL: <http://www.codex.uu.se/forskarensetik.shtml> (Hämtad 2014-05-10)
- CODEX. (2013b, 2013-11-26). *Forskning som involverar människan*. URL: <http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml> (Hämtad 2014-05-10)
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., & Molteno, C. (1999). *Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement*. *The British Journal of Psychiatry*, 175(6), 554-558. doi: 10.1192/bjp.175.6.554
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental Health : A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Elektronisk resurs*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Elizabeth Martin, T. M. (2008). *A Dictionary of Nursing (Vol. 5)*: Oxford University Press.

- Ferraz-Nunes, J., & Karlberg, I. (2012). *Hälsoekonomi: begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2014, 2014-03-07). *Folkhälsans utveckling - målområden*. URL: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/> (Hämtad 2014-05-03)
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). *How Much Does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First-Time Mothers? Women's Health Issues, 20(2), 96-104.* doi: 10.1016/j.whi.2009.11.003
- Hermerén, G. (2011). *God forskningssed* (Vol. 2011:1). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- King, P. A. L. (2012). *Replicability of structural models of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a community sample of postpartum African American women with low socioeconomic status. Archives of women's mental health, 15(2), 77-86.* doi: 10.1007/s00737-012-0260-8
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). *Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC psychiatry, 8(1), 24-24.* doi: 10.1186/1471-244X-8-24
- Lindeborg, L. (2012). *En mekanisk mamma: drabbad av förlossningsdepression*. Malmö: Notis.
- Magnusson, M. (2013). *Förebygga barnfetma och främja jämlik hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Matijasevich, A., Golding, J., Smith, G. D., Santos, I. S., Barros, A. J., & Victora, C. G. (2009). *Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH, 5(1), 12-12.* doi: 10.1186/1745-0179-5-12
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). *Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. JOGNN-JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC AND NEONATAL NURSING, 36(6), 542-549.* doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00191.x
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., Rådestad, I., Samhällsvetenskapliga, f., Göteborgs, u., . . . University of, G. (2005). *Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a*

- national Swedish sample. Archives of women's mental health*, 8(2), 97-104. doi: 10.1007/s00737-005-0078-8
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., . . . Barros, F. C. (2007). *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cadernos de saúde pública*, 23(11), 2577-2588. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
- SBU. (2014). *Förebyggande av postpartumdepression - Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossningen.*
- SBU, S. b. f. m. u. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. Vol. 3, Sammanfattning och slutsatser (Vol. 166:3).* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). *Depressive symptoms fn the late postpartum among low socioeconomic status women. BIRTH-ISSUES IN PERINATAL CARE*, 26(3), 157-163.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). *Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. Women & health*, 29(1), 57-72. doi: 10.1300/J013v29n01_05
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). *The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. European Psychiatry*, 22(3), 146-152. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.006
- Socialstyrelsen. (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden: [Elektronisk resurs] : insatser och stöd till personer ... Lägesrapporter 2007.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strandell, A., Grundberg, K., & Milver, A. (2001). *Hälsa på lika villkor: en sammanfattning av Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande (SOU 2000:91) (Vol. 2000/2001:4).* Nationella folkhälsokommittén: Gothia.
- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). *Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. Qualitative health research*, 18(9), 1161-1173. doi: 10.1177/1049732308321736
- Waldenström, U., Rodriguez, A., Fabian, H., Rådestad, I., Akademin för hälsa, v. o. v., & Mälardalens, h. (2008). *Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992).*
- Venkatesh, K. K., Zlotnick, C., Triche, E. W., Ware, C., & Phipps, M. G. (2014). *Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. Pediatrics*, 133(1), e45-E53. doi: 10.1542/peds.2013-1628
- Wickberg, B., & Hwang, P. (2003). *Post partum depression: nedstämdhet och depression i samband med barnafödande (Vol. 2003:59).* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Wisner, K. L., Chambers, C., & Sit, D. K. Y. (2006). *Postpartum depression: a major public health problem*. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 296(21), 2616-2618. doi: 10.1001/jama.296.21.2616

BILAGOR

Bilaga 1: Artikelsammanställning

Ref nr	Författare, publiceringsår och titel	Syfte	Metod	Resultat/Slutsats
1	Séguin L et al (1999). <i>Social-Environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology: A Longitudinal Study.</i>	Studien utforskade relationen mellan påfrestande livsförhållanden och depressiva symptom 3-9 veckor efter förlossningen hos en grupp kvinnor med låg SES och en grupp kvinnor med hög SES.	Kvantitativ longitudinell studie. 144 kvinnor rekryterades från fyra olika mödravårdskliniker i Montreal, Kanada. Kvinnorna delades in i två grupper utifrån deras SES (98 låg SES och 48 hög SES) och fick sedan svara på ett muntligt frågeformulär.	Studiens resultat visade att förstföderskor med låg SES löper högre risk att drabbas av tydliga symptom för depression under andra månaden efter förlossning, jämfört med mammor med hög SES.
2	Leigh B et al (2008). <i>Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress.</i>	Syftet med studien var att vidare undersöka vilka av de tidigare identifierade riskfaktorerna som kan förutspå depression under och efter graviditet samt ihållande stress under föräldraskapet. Den undersökte även relationen mellan riskfaktorerna.	Kvantitativ studie. Både ensamstående och kvinnor med partner rekryterades från två olika sjukhus i Melbourne, Australien. Kvinnorna fick besvara ett frågeformulär i vecka 26-32 (totalt 367 kvinnor). 161 av dessa besvarade även ett frågeformulär 10-12 veckor efter förlossningen.	Riskfaktorer för depression, under de olika faserna under och efter graviditet, skiljer sig åt men är relaterade till varandra.

3	<p>Buist A et al (2008). <i>Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program.</i></p>	<p>Syftet med studien var att beskriva kvinnors mentala hälsa 6-8 veckor efter graviditeten</p>	<p>Kvantitativ studie. Deltagarna var 12 361 kvinnor som födde barn i Australien under åren 2002-2004. Kvinnorna fyllde i ett demografiskt frågeformulär. Ett EPDS-formulär besvarades även under graviditeten samt 6-8 veckor efter förlossningen. Kvinnor som tillhörde den allmänna sektorn jämfördes även med de som tillhörde den privata.</p>	<p>PPD-symtom drabbade ett signifikant antal barnafödande kvinnor i Australien. I studien var punktprevalensen på EPDS högre för kvinnor i den allmänna sektorn, jämfört med kvinnor i den privata sektorn. Lägre inkomst- och utbildningsnivåer var i sin tur vanligare i den allmänna sektorn.</p>
4	<p>Matijasevich A et al (2009). <i>Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK.</i></p>	<p>Studiens syfte var att jämföra prevalensen av depression hos kvinnor under det första och andra året efter förlossning. Studien undersökte även hur/om egenskaper hos mamman och barnet kunde förklara resultatet. Studien undersökte även inkomstrelaterade ojämlikheter och PPD.</p>	<p>Två populationsbaserade kvantitativa kohortstudier utfördes i Avon, Storbritannien (13 798 kvinnor) år 1991 och i Pelotas, Brasilien (4109 kvinnor) år 2004. Vid båda studierna besvarade kvinnorna ett frågeformulär (även intervjuer i Pelotas). Studien använde sig av EPDS.</p>	<p>Förekomsten av depression efter förlossning skiljde sig mellan populationerna, då sannolikheten att bli deprimerad var högre bland kvinnorna i Pelotas. Inkomstrelaterade ojämlikheter gällande PPD var höga i båda kohorterna.</p>

5	<p>Seguin L et al (1999). <i>Depressive Symptoms in the Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women.</i></p>	<p>Syftet med studien var att analysera relationen mellan stressfulla livsvillkor och PPD 3-6 månader efter förlossning hos en grupp kvinnor med låg SES.</p>	<p>Kvantitativ longitudinell studie. Studien gjordes i Montreal, Kanada med ett urval av 68 kvinnor. Kvinnorna fick besvara ett muntligt frågeformulär 3 veckor, 9 veckor och 6 månader efter förlossningen. De studerade variablerna var sociodemografiska egenskaper, långvariga påfrestningar, livshändelser och socialt stöd.</p>	<p>Starka depressionssymtom uppkom ofta bland förstföderskor med låg SES 6 månader efter förlossningen. Studien visade även att långvariga påfrestningar och brist på socialt stöd var de viktigaste riskfaktorerna när det gällde utvecklandet av PPD.</p>
6	<p>Waldenström U et al (2008). <i>Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health.</i></p>	<p>Studiens syfte var att jämföra kvinnor med annat modersmål än svenska med en referensgrupp bestående av svensktalande kvinnor. Studien syftade även till att jämföra kvinnans och barnets psykiska och fysiska hälsa grupperna emellan.</p>	<p>Kvantitativ longitudinell studie. 300 kvinnor med annat modersmål än svenska (175 som ursprungligen kom från ett fattigt land och 125 från ett rikt land) jämfördes med en referensgrupp bestående av 2761 kvinnor med svenska som modersmål. Kvinnorna fick besvara ett frågeformulär gällande kvinnans och barnets hälsa vid 4 tillfällen (under graviditet, 2 månader, 1 och 5 år efter graviditet).</p>	<p>Kvinnor som ursprungligen kom från ett fattigt land och som hade annat modersmål än svenska hade sämre psykisk hälsa, mer stress i parrelationen samt sämre självrapporterad hälsa. De rapporterade även mer psykologiska- och beteendemässiga problem hos barnen. Kvinnor som ursprungligen kom från ett rikt land skiljde sig inte från referensgruppen gällande moderns och barnets hälsa.</p>

7	<p>Rubertsson C et al (2005). <i>Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample.</i></p>	<p>Syftet med studien var att undersöka prevalensen av kvinnor med depressiva symtom i början av graviditeten samt 2 månader och 1 år efter förlossningen. Vidare syftade studien till att studera olika indikatorer under tidig graviditet och hur dessa kunde kopplas ihop med depressiva symtom.</p>	<p>Kvantitativ longitudinell studie. Alla svensktalande, gravida kvinnor som kom till sin första undersökning (under tre förutbestämda veckor i maj och september 1999 och januari 2000) erbjöds att delta. Depressiva symtom utvärderades med hjälp av EPDS. 2926 kvinnor deltog i studien varav 2430 besvarade alla tre frågeformulär.</p>	<p>De tydligaste riskfaktorerna för PPD visade sig vara modersmål annat än svenska, arbetslöshet och två eller fler stressfulla livsförhållanden under året innan graviditeten.</p>
8	<p>Bilszta J et al (2008). <i>A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population.</i></p>	<p>Studien jämförde betydelsen av demografiska och psykosociala faktorer gällande prevalensen av PND bland kvinnor boende i stad och på landsbygd i Australien.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. Data som innehöll demografi, psykosociala riskfaktorer och mental hälsa samlades in från kvinnor boende i stadsmiljö (908 st) och på landsbygd (1058 st). Kvinnorna besökte perinatal hälsovård i Victoria, Australien.</p>	<p>Depression under graviditeten var vanligare bland kvinnorna som bodde i stadsmiljö, jämfört med kvinnorna som bodde på landsbygden. Däremot kunde ingen signifikant skillnad hittas i prevalensen av PND bland de två grupperna. För kvinnorna från landsbygden var SES en riskfaktor för att utveckla PND.</p>
9	<p>Mayberry L et al (2007). <i>Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among U.S. Women During the First 2 Years Postpartum.</i></p>	<p>Syftet med studien var att utforska skillnader och styrkan i depressionssymtom samt att undersöka vilka faktorer som kunde associeras med depression.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. Urvalet bestod av 1359 Amerikanska kvinnor som hade fött ett barn under de senaste 2 åren. Data samlades in med hjälp av EPDS. Variablerna som undersöktes var inkomst,</p>	<p>Ålder, inkomst, utbildning och arbetssituation hade en signifikant negativ association med depressionssymtom. Att vara i en parrelation hade en signifikant positiv association med depressionssymtom.</p>

			arbetsituation och utbildningsnivå.	
10	Goyal D (2010). <i>How much does low socioeconomic status increase the risk of postnatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?</i>	Syftet med studien var att undersöka SES som en riskfaktor för depressiva symtom i slutet av graviditeten och efter förlossningen.	Kvantitativ studie som utfördes i norra Kalifornien, USA. Deltagarna var 198 förstföderskor från övre medelklass och kvinnor med låg inkomst. Kvinnorna undersöktes för depressiva symtom under de tre sista månaderna av graviditeten samt 1, 2 och 3 månader efter förlossningen. För att mäta de depressiva symtomen användes CES-D.	Låg SES var associerat med ökade depressiva symtom vid slutet av graviditeten samt 2 och 3 månader efter förlossningen, men däremot inte den första månaden efter förlossningen. SES-faktorerna var låg utbildning, låg inkomst, att inte vara gift samt arbetslöshet.
11	Lee King P (2012). <i>Replicability of structural models of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a community sample of postpartum African American women with low socioeconomic status.</i>	Studiens syfte var att undersöka de underliggande strukturerna av EPDS.	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Fem olika modeller av EPDS jämfördes i en analysmodell. Urvalet bestod av 169 afroamerikanska kvinnor med låg SES som nyligen fått barn.	EPDS användning mellan olika etniska och socioekonomiska grupper visade sig vara bristfällig/opålitlig. Ytterligare forskning inom området behövs.
12	Venkatesh K et al (2014). <i>Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers.</i>	Syftet med studien var att utvärdera EPDS som screeningmetod och dess precision vad det gällde att upptäcka PPD bland tonårsmammor	En kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. 106 kvinnor deltog och fick besvara 3 olika versioner av EPDS-formulär vid 3 tidpunkter efter förlossningen. Sensitiviteten och specificiteten av screening metoden utvärderades sedan.	Alla 3 versioner av EPDS ansågs vara bra metoder för att identifiera PPD hos tonårsmammor. EPDS och dess kortare versioner har potential för att användas effektivt vid screening för depression.

13	<p>Santos I et al (2007). <i>Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study.</i></p>	<p>Studiens syfte var att utvärdera EPDS som screeningmetod och analysera hur väl den kunde diagnostisera PPD.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. Urvalet bestod av 378 kvinnor från Pelotas, Brasilien. Kvinnorna fick besvara ett EPDS-formulär 3 månader efter förlossningen. Sedan utvärderades sensitiviteten och specificiteten av EPDS.</p>	<p>Validiteten av EPDS borde tolkas utifrån hur den ska användas. Mödrar som löper stor risk att drabbas av PPD borde ha >10 som cutoff-gräns på EPDS-skalan.</p>
----	---	--	---	--

Bilaga 2. EPDS frågeformulär

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan

Lika bra som vanligt 0

Nästan lika bra som vanligt 1

Mycket mindre än vanligt 2

Inte alls 3

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända

Lika mycket som vanligt 0

Något mindre än vanligt 1

Mycket mindre än vanligt 2

Inte alls 3

3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett

Ja, för det mesta 3

Ja, ibland 2

Nej, inte så ofta 1

Nej, aldrig 0

4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning

Nej, inte alls 0

Nej, knappast alls 1

Ja, ibland 2

Ja, mycket ofta 3

5. Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning

Ja, mycket ofta 3

Ja, ibland 2

Nej, ganska sällan 1

Nej, inte alls 0

6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket

Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls 3

Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt 2

Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra 1

Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt 0

7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova

Ja, mesta tiden 3

Ja, ibland 2

Nej, sällan 1

Nej, aldrig 0

8. Jag har känt mig ledsen och nere

Ja, för det mesta 3

Ja, rätt ofta 2

Nej, sällan 1

Nej, aldrig 0

9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit

Ja, nästan jämt 3

Ja, ganska ofta 2

Bara någon gång 1

Aldrig 0

10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit

Ja, rätt så ofta 3

Ja, ganska ofta 2

Ja, då och då 1

Aldrig 0

(Wickberg & Hwang, 2003)