

**Det rosa molnet som blev svart**

-En litteraturöversikt om biologiska och psykosociala faktorer som påverkar  
risken för att utveckla postpartum depression

**When clear skies turn to dark clouds**

-A literature review on biological and psychosocial factors affecting the risk  
developing postpartum depression

Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examinationsdatum: 170111  
Kurs: HT15

Författare:  
Johanna Barthelson

Handledare:  
Hanna Ulfsdottir  
Examinator:  
Susanne Georgesson

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I Sverige drabbas cirka 10 000 nyblivna mödrar av postpartum depression (PPD) varje år. Att bli förälder är någonting som förknippas med en glädjefylld händelse men denna bild kan ibland stå i stark kontrast till verkligheten. Det är en omställning att bli förälder och i vissa fall kan det vara svårt att anpassa sig till livets nya riktning. Tiden efter förlossningen är en period av ökad sårbarhet både psykologiskt och biologiskt. Sårbarheten för depression varierar beroende på psykologiska och/eller biologiska faktorer vilket får till följd att olika individer kan reagera olika på samma påfrestning. Symtomen kan komma allt från någon vecka efter förlossningen men det kan också dröja upp till ett år. Det är viktigt att den som drabbats av PPD får en diagnos i ett tidigt skede då det ger en bättre förutsättning för ett tidigt tillfrisknande och mindre risk för att barnet ska ta skada. En del kvinnor som drabbats av PPD söker inte vård då de skäms över sina känslor och är rädda för att bli stigmatiserade vilket i slutändan kan leda till allvarliga och oönskade konsekvenser.

**Syfte:** Syftet med detta arbete var att belysa hur biologiska och psykosociala faktorer påverkar risken för att utveckla PPD.

**Metod:** Metoden som användes var en litteraturöversikt där sammanlagt 15 vetenskapliga artiklar inkluderades. Artiklarna var högst tio år gamla, peer reviewed, svarade på syftet och etiskt granskade. Artikelsökningen genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Även manuella sökningar förekom. Författaren klassificerade och utförde kvalitetsbedömning på samtliga artiklar.

**Resultat:** De biologiska faktorerna som ingick i de genomgångna artiklarna i litteraturöversikten var hormoner, sömn och barnets temperament. De psykosociala faktorerna som ingick var socioekonomiska faktorer och socialt stöd. Det sammanställda resultatet visade på att dessa faktorer kan öka risken för att drabbas av PPD.

**Slutsats:** Resultatet i föreliggande studie pekar på att hormonella faktorer, sömn, barnets temperament, socio-ekonomiska faktorer och brist på socialt stöd är riskfaktorer för att utveckla PPD. Det är därmed av stor vikt att vårdpersonal på mödravård, förlossning och BVC är uppmärksamma på dessa riskfaktorer samt tidiga symtom. Det är också viktigt att den gravida kvinnan/ nyblivna mamman, partnern och anhöriga känner till både riskfaktorer och symtom för att få hjälp i ett tidigt skede.

**Nyckelord:** *Postpartum depression, riskfaktorer, kvinna, stöd*

## **ABSTRACT**

**Background:** Every year in Sweden approximately 10 000 mothers are diagnosed with postpartum depression (PPD). To become a parent is something strongly related to emotions of joy but that can be in stark contrast to the actual outcome. Parenthood is a major change and sometimes the new way of life can be hard to embrace. The period after birth is characterized by increased vulnerability both emotionally and physically. The susceptibility to depression varies depending on psychological and/or biological factors, meaning that different individuals react differently to the same strain and pressure. The symptoms can be seen already a week after delivery but they can also show up to five years later. It is central that mothers with PPD get diagnosed at an early stage improving potential for a faster recovery as well as decreasing the risk of the baby being affected. Some mothers, which have PPD, do not seek help because of the fact that they feel ashamed and guilty of their emotions and are afraid of getting stigmatised, which in the end could lead to severe and undesirable consequences.

**Objective:** The objective of this thesis work was to examine how biological and psychosocial factors impact the risk of developing PPD.

**Method:** The method used was a literature review where, in total, 15 scientific articles were included. The articles were maximum ten years old, peer reviewed and ethically evaluated. PubMed, CINAHL and PsycINFO databases were accessed and searched to find relevant studies. Additional, manual searches were also conducted. The author carried out a quality analysis and classified all articles involved in this study.

**Results:** The results showed a correlation between both biological and psychosocial factors and PPD. The biological factors included in the review where hormones, sleep and the temperament of the baby. Psychosocial factors included where socioeconomic factors and social support.

**Conclusion:** The results indicate that hormonal factors, sleep, temperament of the child, socio-economic factors and lack of social support all are risk factors for developing PPD. Accordingly it is of great importance that health professionals working with maternity care and childbirth are aware of these risk factors and observe any early symptoms. It is also central that the mother to be/new mother, her partner and relatives are aware of these risk factors and symptoms to increase the likelihood of them seeking help at an early stage if needed.

**Key words:** *Postpartum depression, risk factor, woman, support*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	2
<b>Kvinnans psykologiska omställning under graviditeten</b> .....	2
<b>Omställningen till att bli förälder</b> .....	3
<b>Maternity blues</b> .....	3
<b>Postpartumdepression</b> .....	3
<b>Screening</b> .....	4
<b>Diagnos och behandling</b> .....	5
<b>Prevention</b> .....	5
<b>Vårdens ansvar</b> .....	6
<b>Påverkan på anknytning och relationen till barnet vid PPD</b> .....	6
<b>Barnmorskan roll</b> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	8
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>Frågeställning</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	9
<b>Design</b> .....	9
<b>Urval</b> .....	9
<b>Genomförande</b> .....	9
<b>Databearbetning</b> .....	11
<b>Dataanalys</b> .....	11
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	12
<b>RESULTAT</b> .....	12
<b>Biologiska faktorer</b> .....	12
<b>Psykosociala faktorer</b> .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	16
<b>Metoddiskussion</b> .....	16
<b>Resultatdiskussion</b> .....	18
<b>Biologiska faktorer</b> .....	18
<b>Psykosociala faktorer</b> .....	20
<b>Slutsats</b> .....	22
<b>Klinisk tillämpbarhet</b> .....	22
<b>Förslag till fortsatta studier</b> .....	22
<b>REFERENSER</b> .....	23

**Bilaga 1- Bedömningsmall**

**Bilaga 2- Artikelmatris**

## BAKGRUND

Psykisk ohälsa i samband med födsel och nyblivet moderskap är inget nytt fenomen. Redan för ca 2000 år sedan uppmärksammades det att en del nyblivna mödrar fick ett egendomligt beteende efter att de fött sitt barn. På den tiden trodde man att det berodde på att mjölken steg från bröstet till hjärnan. Denna föreställning levde kvar i västvärlden ända in på 1800-talet. På 1960-talet upptäcktes att fler kvinnor var inlagda på psykiatriska avdelningar under de tre första månaderna efter sin förlossning. I England år 1968 gjorde Brice Pratt en av de första studierna på psykisk ohälsa hos nyblivna mammor. I denna studie framkom det att tio procent av tidigare friska kvinnor fick en depression efter förlossningen. Psykisk ohälsa har visat sig finnas över hela världen men är mer sällsynt i kulturer som har ritualer kring och efter barnafödandet. Ritualer som avser att ge trygghet och då den nyblivna mamman och spädbarnet blir omhändertagna av andra kvinnor den första tiden efter barnets födelse, vilket kallas för ”doing the month” (Wickberg, 1999).

### Kvinnans psykologiska omställning under graviditeten

Enligt både Seimyr, (2011) och Alfvén (2009) går kvinnan igenom en psykologisk mognadsprocess i samband med graviditeten. Barnmorskan ska uppmärksamma de förändringar som sker under varje fas. Faserna delas in i de tre trimesterna där första trimestern är fusionsfasen, andra trimestern differentieringsfasen och tredje trimestern separationsfasen

*Fusionsfasen:* Kvinnan förstår att hon är gravid och kan nu uppleva känslor som pendlar mellan lycka och förtvivlan. Humörsvägningarna kan bli tydliga och kvinnan kan ha svårt att förstå att hon är gravid. En rädsla kan finnas för att något ska gå fel med barnet så som missfall, sjukdom eller att barnet är skadat. Nu sker en identitetsförändring som ofta ger upphov till frågan ”vem är jag?”. *Under fusionsfasen ska barnmorskan vara uppmärksam på symtom som; Mardrömmar, svårigheter att anpassa sig till graviditeten, relationsproblem, våld i nära relationer, psykisk sjukdom eller hereditet för psykisk sjukdom, tidigare svåra livserfarenheter och tidigare upplevelser av eventuell förlossning. Iakttagelsen är viktig då detta utgör grunden för en individanpassad vårdplan.*

*Differentieringsfasen:* Kvinnan börjar känna fosterrörelser och börjar nu förstå att fostret är en egen individ. Hon börjar fantisera om vad det är för individ där inne i magen. Kvinnan börjar bearbeta sin egen relation till sin mamma för att vidare skapa en relation till det väntade barnet. Hon mår nu oftast bättre, humöret är stabilare, graviditeten är nu i sin lugnaste fas. *Under differentieringsfasen ska barnmorskan vara uppmärksam på symtom som; Stark oro, nedstämdhet, psykisksjukdom, undvikande inför förlossning och föräldraförberedelser, brist på socialt stöd och relationsproblem.*

*Separationsfasen:* Nu väcks både längtan och oro inför förlossningen, de flesta börjar nu bli trötta på att vara gravida. Det kan vara svårt att sova, oro börjar infinna sig och den handlar oftast om rädsla för att barnet ska komma till skada under förlossningen eller att hon själv ska skadas under förlossningen. I denna fas kan hon också ”boa”, städar, pysslar och rensa. Sen kommer en dag då längtan har tagit över rädslan, nu vill hon träffa sitt barn. *Under separationsfasen ska barnmorskan vara uppmärksam på symtom som; Stark oro, brist på socialt stöd, nedstämdhet, psykisksjukdom, undvikande inför förlossning och föräldraförberedelser och relationsproblem (Alfvén, 2009; Seimyr, 2011).*

## **Omställningen till att bli förälder**

Att bli förälder är något som är förknippat med en glädjefylld händelse. Denna bild står ibland i stark kontrast till verkligheten. En del känner sig istället oroliga, känslomässigt labila och nedstämda framför allt första tiden efter förlossningen. Den nyblivna föräldern kan känna rädsla för omställningen som sker då barnet är fött, rädsla att förlora sin kontroll över tillvaron, för sömnlösa nätter och för de nya uppgifterna som föräldraskapet innebär. I vissa fall kan den emotionella obalansen leda till depression (Hwang & Wickberg, 2003). Förlossningen innebär en stor förändring i de nyblivna föräldrarnas liv, det är en stor utvecklingshändelse som sker i och med det att barnet föds. Denna omställning påverkar både föräldrarnas identitet och deras relation (Beck, 2006). ”Det sista svåra steget in i vuxenvärlden” har det ibland kallats att bli förälder. Det innebär en krissituation för många föräldrar då livsperspektivet ändras och livet får en ny riktning. De flesta nyblivna föräldrar anpassar sig och identifiera sig i den nya rollen omedvetet och intuitivt men en del har svårigheter med anpassningen och behöver stöd i denna process. Tiden efter förlossningen är en period av ökad sårbarhet både psykologiskt och biologiskt. Sårbarheten för depression varierar beroende på psykologiska och/eller biologiska faktorer vilket får till följd att olika individer kan reagera olika på samma påfrestning (Sjögren, 2005).

## **Maternity blues**

Några dagar efter förlossningen är det vanligt att den nyblivna mamman drabbas av symtom som nedstämdhet, ökad oro, trötthet, sömnsvårigheter, gråtmildhet och humörsvängningar. Tillståndet kallas för Maternity blues eller ”Tredjedagsgråten”. Dessa symtom drabbar fyrtio till åttio procent av kvinnorna. Symtomen uppstår vanligtvis tre till fyra dagar postpartum. Symtomen kan komma och gå men brukar avta efter cirka sju till tio dagar (Christensson, Dykes & Lindgren, 2016). Detta anses vara ett fysiologiskt fenomen som framkallas av hormonella förändringar som sker efter förlossningen. Detta kan sedan förstärkas av sömnbrist, näringsbrist och stress över den nya rollen som mamma (Blenning & Palladine, 2005). Det är viktigt att personalen informerar föräldrarna om Maternity blues eftersom det är ett vanligt tillstånd. Information, stöd och förståelse brukar räcka då det är ett övergående tillstånd. Det är också viktigt att föräldrarna blir informerade om att tillståndet är kortvarigt och att ett varningstecken är om symtomen inte avtar (Hwang & Wickberg, 2003).

## **Postpartumdepression**

Postpartumdepression (PPD) kan drabba den nyblivna mamman under de första månaderna efter det att barnet är fött (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2013). Enligt Christensson et al. (2016) kan den kliniska debuten av PPD ligga mellan två och fyra månader post partum medan Kaplan et al. (2009) hävdar att symtomen kan komma så sent som vid nio till tolv månader efter partus. Symtomen vid PPD skiljer sig inte från en vanlig depression som kan uppstå när som helst i livet. Det som är annorlunda vid PPD är att kvinnan befinner sig i en situation då hon ska ta hand om ett nyfött barn samt att det påverkar relationen till partnern och övriga familjemedlemmar (Hagberg, Marsal & Westgren, 2014). Att vara nybliven mamma påverkar hur depressionen upplevs. Det finns större risk att kvinnans självkänsla påverkas negativt och att hon upplever att hon har gått miste om en viktig livsperiod (Sjögren, 2005). Mödrar som drabbas av PPD uppvisar symtom som dysfori, sömnlöshet, förvirring, trötthet, aptitstörningar, skuld, känslor av värdelöshet och hopplöshet, koncentrationssvårigheter och oförmåga att göra

saker. I vissa fall leder depressionen till självmordstankar (Leger & Letourneau, 2014). I Sverige drabbas 10-15 procent av alla nyblivna mödrar av PPD. Detta motsvarar cirka tio tusen mödrar varje år (SBU, 2014).

En kvalitativ studie som gjorts av Bilzta, Buist, Ericksen & Milgrom (2010) visade att mödrar som hade drabbats av PPD för det mesta upplevde en stor glädje de närmsta dagarna efter att barnet var fött. När de sedan kom hem med sitt barn försvann plötsligt glädjen. Studien inkluderade 40 stycken kvinnor som hade depressiva symtom post partum. Kvinnorna fick ingå i fokusgrupper där de intervjuades om sina upplevelser av till exempel symtom, attityder, bemötande, hur det var att söka hjälp och behandlingsalternativ. Kvinnorna beskrev en förlust av sitt tidigare liv, att de inte längre hade kontroll över sitt liv och att det var svårt att anpassa sig till den nya rollen. Svårast var det för dem som inte hade förväntat sig att det skulle bli något problem med att anpassa sig till moderskapet. Många av kvinnorna hade förväntat sig att moderskapet skulle vara enkelt och naturligt de var inte förberedda på att det kunde uppstå problem. De nyblivna mödrarna kände att de var tvungna att upprätthålla en fasad, de ville inte att någon skulle se dem som en ”misslyckad mamma”. De ansåg att de hade höga förväntningar på sig och sitt moderskap. De jämförde sig med de bilder som ofta visades i media. När de inte kunde leva upp till de kraven upplevdes skuld över att inte klara av sitt föräldraskap. Detta ledde sedan till en nedåtgående spiral av negativa känslor som till exempel misslyckande. Kvinnorna beskrev en rädsla för att erkänna sina emotionella problem, de var även rädda för att de skulle ”bli” deprimerade då deprimerade människor ofta uppfattas som svaga. De ansåg också att depression var något som inte kunde drabba dem, det var något som drabbade andra vilket ofta resulterade i att kvinnorna förnekade hur dåligt de verkligen mådde.

## Screening

I Sverige utförs sedan mitten av 1990-talet screening på alla nyblivna mödrar för PPD, tidigast sex till åtta veckor efter förlossningen på barnavårdscentralen (BVC) eller vid återbesöket på mödravårdscentralen. Syftet är att hitta kvinnor med depressiva symtom. Screeninginstrumentet som används är Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (SBU, 2014). Detta instrument har valts då studier har visat att det fungerar bäst för att identifiera mammor i riskzonen och är ett av de mest använda för depression och ångest i samband med graviditet och postpartum (Gjerdinge & Yawn, 2007). EPDS skapades år 1987 av Cox, Holden och Sagovsky. Testet bygger på självskattning i vilken emotionella upplevelser under de senaste sju dagarna ska graderas (Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano & Fischer, 2016). EPDS består av tio frågor som ska besvaras enskilt i lugn och ro, utan diskussioner med någon annan. Varje fråga är poängsatt från noll till tre poäng, där noll är ”normalt” och tre är ”allvarligt” (Rikshandboken, 2015). De tio frågor som EPDS formuläret består av rör sig om hur mammans syn på tillvaron är, oro, rädsla, glädje, skuld, om mamman känt sig panikslagen, varit ledsen, olycklig eller gråtit mycket, haft sömnproblem och om hon haft tankar om att skada sig själv (Department of Health, 2006). Det är viktigt att vårdpersonalen inte enbart använder sig av EPDS då det är en skattningsskala som visar på hur patienten upplever sin sinnesstämning när formuläret fylls i. En professionell klinisk bedömning ska även göras. Det är viktigt att personalen samtalar om hur föräldern mår. Med hjälp av detta ökar möjligheten till att rätt insatser från sjukvården kan sättas in (Hwang & Wickberg, 2003).

## Diagnos och behandling

Enligt Seimyr (2009) är det viktigt att diagnosen ställs i ett tidigt skede då det ger bättre förutsättningar för ett tidigare tillfrisknande. Det är också viktigt att utesluta andra sjukdomstillstånd som sköldkörtelsjukdom och anemi då de kan ge liknande symtom som depression (Guille et al., 2013). De flesta depressioner läker ut inom några månader men upp till 25 procent av kvinnor med PPD är fortfarande deprimerade efter ett år om inte behandling har satts in (Hagberg et al., 2014).

Som vårdpersonal är det viktigt att ha ett lugnt och stödjande förhållningssätt till den nyblivna mamman om hon visar tecken på oro och osäkerhet. Oron kan yttra sig om ”småsaker” men om de avfärdas som att de inte vore någonting att oroa sig över kan det leda till eventuella skamkänslor. Istället bör mamman få prata om sin oro och osäkerhet. Det är också viktigt att involvera partnern i samtalen, både enskilt och tillsammans. Partnern behöver också stöd då situationen kan vara ansträngd. För att avlasta mamman kan en sjukskrivning underlätta. Partnern kan då ta ut föräldraledighet för att ta hand om barnet (Seimyr, 2009).

Psykoterapi är den första linjens behandling för PPD. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den vanligaste terapiformen som används. Behandling med antidepressiv medicinering i kombination med terapi rekommenderas för kvinnor med måttlig depression. Det är då viktigt att hitta mediciner som kan tas i samband med amning om kvinnan önskar fortsätta amma. Kvinnor som har självmordstankar, planera att skada sig själv eller sitt barn måste få hjälp akut, de ska träffa en psykiatriker omgående för att få rätt behandling. Det krävs fortfarande mycket arbete för att få ökad förståelse för vilka behandlingar kvinnorna föredrar och vilka behandlingar som är mest effektiva för att lindra symtomen och sjukdomsburden vid PPD (Guille, Newman, Fryml, Lifton & Epperson, 2013).

I en kvantitativ studie som gjorts av Pessango och Hunker (2013) EPDS screenades 202 förstföderskor med EPDS. De 24 av kvinnorna som hade EPDS poäng över 11 tillfrågades om de ville delta i studien och 16 kvinnor valde att delta. Deltagarna delades in i två grupper där evidensbaseradpsykoterapi användes för att utvärdera om behandlingen hade någon effekt. Gruppterapin påbörjades i ett tidigt skede och grupp sammansättningen var homogen. Terapin pågick under åtta veckor med 90 minuters terapi varje vecka. Detta visade sig ha god effekt på kvinnorna, de kände sig trygga med att dela med sig av känslor och upplevelser med andra som var i samma situation. Kvinnorna beskrev detta som positivt då de aldrig behövde känna sig oroliga för att bli dömda för sina känslor. Enligt denna studie visade resultatet på en signifikant minskning av EPDS poängen.

## Prevention

Dennis & Dowsell (2013) har granskat 28 randomiserade kliniska studier med sammanlagt 17000 kvinnor från England, Australien och USA. Syftet var att undersöka effekten av psykosociala och psykologiska insatser jämfört med den vanliga vård som erbjuds för att minska risken för PPD. En tydlig positiv effekt för att förebygga PPD hittades från en rad olika psykosociala och psykologiska insatser. Slutsatsen var att individuellt anpassade insatser som påbörjas kort efter förlossningen var mest effektiva. Exempel på sådana insatser var individuella professionella postpartum hembesök av en sjuksköterska, telefonbaserat kamratstöd. En annan insats var Interpersonell psykoterapi, IPT som är en form av psykoterapi som fokusera på hur mänskliga relationer medverkar till psykologisk



stress eller tvärtom. Telefonstödet visade sig ha bättre effekt än hembesöket då stödet riktade sig direkt och enbart till kvinnan, vid hembesöket hamnade fokus ofta på barnet (Dennis & Dowswell, 2013). Det finns begränsat med forskning kring prevention av PPD med biologiska interventioner. Det finns studier som inkluderar behandling med antidepressiva läkemedel, hormoner, omega-3 fettsyror, kalcium, tyroxin och selen. Behandlingarna har visat sig ha blandad framgång. Det antidepressiva läkemedlet Setralin som sattes in på kvinnor i samband med förlossningen har visat sig haft effekt i jämförelse med kvinnor som fått placebo. Det framgick också att en förebyggande åtgärd var att få hjälp med sömnen (Werner, Miller, Lauren, Kuzaya & Monk 2015).

## **Vårdens ansvar**

Sjukvården missar mödrar med PPD då många inte söker hjälp på grund av bristande kunskap om symtomen. En del söker inte heller vård då de inte vill avslöja sina känslor (Hwang & Wickberg, 2001; Kettunen, Koistinen & Hintikka, 2014). Enligt Beck (2006) har det gjorts en uppskattning att cirka 20 procent av de kvinnor som drabbats av PPD har fått sjukdomen diagnostiserad och behandlad. Resten av de drabbade lever i tystnad. Känslor som skuld och skam gör att flera lever med sjukdomen odiagnostiserad (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). I studier visar det sig att det finns bristande kunskap och lyhördhet för denna problematik hos personalen. Kvinnor som inte tas på allvar avstår från vidare kontakt med vården. Andra hinder som finns för att upptäcka dessa kvinnor är till exempel språksvårigheter, osäkerhet, stigmatisering eller rädsla för att bli betraktad som en olämplig mamma (Beck, 2016). Det är sjukvårdens ansvar att se till att kvinnor med PPD identifieras och behandlas. Från sjukvårdens sida har det rapporterats att hög belastning, brist på resurser, brist på tid och otillräcklig utbildning på screeningsinstrumenten är orsaker till att man missar kvinnor med PPD (Jones et al, 2011). Intresset för forskning inom postpartumdepression har ökat starkt sedan 1990-talet då det uppmärksammats att depression som blir långvarig inte bara påverkar mamman utan även barnet och relationen till sin partner (Rikshandboken, 2014).

Enligt Bilzta et al. (2010) beskrev kvinnorna som försökte söka hjälp att det var svårt att hitta information, de upplevde att de inte fick något bra stöd, de saknade telefonsupport som var öppen dygnet runt, de upplevde bristande kontinuitet i vården och bristande kommunikation mellan den prenatala vården och postnatala vården. Kvinnorna i studien listade också de viktigaste egenskaper för en ideal sjukvårdspersonal. De viktigaste egenskaperna var: empati, vänlighet, kunskap om vilken behandling som kunde ges, bra förmåga att lyssna och tillgänglighet. Saker som önskades var hembesök, möjlighet till att aktivt hjälpa mamman och kontinuerlig telefonkontakt.

## **Påverkan på anknytning och relationen till barnet vid PPD**

Mödrar som drabbats av PPD är mer benägna till att uppleva svårigheter med relationen till sitt spädbarn, detta kan leda till att spädbarnet löper ökad risk till att utveckla en otrygg anknytning (Beck, 2006). Otrygg anknytning uppstår då föräldern konsekvent avvisar sitt barns önskan om närhet, barnet tenderar då att utveckla ett organiserat mönster av undvikande anknytning. Detta kan sägas vara ett slags försvar som kännetecknas av att barnet upplever en stress som det inte kan hantera. Istället för att söka tröst hos föräldern, flyttar barnet sin uppmärksamhet mot något annat i omgivningen. Det vänder sig till något som inte är lika känslomässigt laddat som sin förälder. Barnet lär sig tidigt att det inte lönar

sig att begära intimitet och närhet vilket i sin tur leder till att barnet tränger undan sina känslomässiga behov (Broberg, Risholm-Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2009). Om mamman drabbas av PPD kan sjukdomen påverka mor och barnrelationen. Mamman är inte lika känslig för barnets signaler då hon har svårt att orka med sitt barn (Hwang & Wickberg, 2001). Enligt Naicker, Wickham & Colman (2012) löper barn till en förälder med långvarig depression tre gånger högre risk att drabbas av ångestproblematik, känslomässiga störningar och depression senare i livet jämfört med andra barn. Modern som drabbas av PPD befinner sig i en mycket viktig tid då en stor del av anknytningen till barnet utvecklas. Detta är en livsviktig reaktion som utvecklas mellan spädbarnet och dess föräldrar. Enligt Field (2010) visar mammor som har drabbats av PPD mindre engagemang och känslor mot sitt barn. Mamman är mer irriterad och kan vara fientlig mot sitt barn vilket i sin tur ofta leder till att mamman visar mindre ansiktsuttryck och ler mindre i leken med barnet. I förlängningen kan det leda till att barnet får en sämre språklig kognitiv funktion och ett mindre uttrycksfullt språk. De såg också att barn som fick mindre beröring kompenserade med att röra sin egen hud mer.

### **Barnmorskan roll**

En del av barnmorskans kompetensbeskrivning bygger på en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Barnmorskan ska visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Barnmorskan ska ge stöd i föräldraskapet både före och efter förlossningen och kunna identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Barnmorskeförbundet, 2016). Mödravården i Sverige följer ett basprogram som består av olika riktlinjer. Basprogrammet ska följas under kvinnans tid som inskriven patient. I programmet står det att barnmorskan ska vara uppmärksam på hur kvinnans beteende visar sig i de olika graviditetsfaserna (fusionsfasen, differentieringsfasen och separationsfasen) (Vårdgivarguiden, 2013). Barnmorskan på mödravården behöver ha kännedom om hur psykisk ohälsa kan påverka både graviditeten och det kommande föräldraskapet. Redan vid inskrivningssamtalet i mödravården ges det möjlighet att identifiera kvinnor som har riskfaktorer för PPD eller de som redan har en aktuell psykisk sjukdom.

Det är viktigt att mödravården har handläggningsrutiner för vilka åtgärder som ska sättas in då dessa kvinnor identifieras. Tillgång att konsultera psykolog, psykoterapeut och kurator ska finnas samt tillgänglighet till primärvård och specialistvård. Optimal vård ska ges utifrån fokus på den enskilda familjens behov (Socialstyrelsen, 2014). Under 1990-talet ökade kunskaperna om vilka riskfaktorer som har betydelse för psykisk hälsa/ohälsa under graviditeten och barnsängstiden. Ett psykologiskt basprogram arbetades fram som ett komplement till det vanliga basprogrammet. Barnmorskan ska samtala med den gravida kvinnan kring de faktorer som kan innebära risk för psykisk ohälsa. Faktorerna som tas upp är depression, stark oro och ångest, förlossningsrädsla, traumatiska och stressfyllda händelser före eller under graviditeten, relationsproblem, tveksamhet till graviditeten, om kvinnan tidigare har mist ett barn/aborter/missfall, långvarig infertilitetsperiod, ätstörningar, historik av depression eller ångest. Barnmorskan ska också fråga om ”tyngre” psykosociala faktorer som missbruk och psykisk sjukdom (Sjögren, 2005).

I mödrahälsovårdsenheterna för Stockholms läns landsting finns det riktlinjer för hur barnmorskan ska ge psykosocialt stöd till den gravida kvinnan. Barnmorskan ska:

- Medverka till att den gravida kvinnan känner tillit till kroppens förändringar och kommande förlossning.
- Stärka de blivande föräldrarnas egna resurser att klara olika påfrestningar och och medverka till att graviditeten blir en tid av mognad och föräldraförberedelse.
- Uppmärksamma psykisk sjuklighet, ärftlighet för svår psykisk sjukdom och risk för postpartum depression, viktigt att läkare medverkar.
- Uppmärksamma svår social situation, relationsproblem och bristande nätverk.
- Uppmärksamma våld i nära relationer.
- Uppmärksamma riskbruk och missbruk av alkohol och andra droger.
- Ge stöd och särskild förlossningsförberedelse till kvinnor med lätt till måttlig förlossningsrädsla.
- Medverka till en så positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnsperiod som möjligt.
- Medverka till att barnet blir tydliggjort och att anknytningsprocessen påbörjas.
- Följa upp graviditets och förlossningsupplevelser (Stockholms läns landsting, 2011 *Basprogram för vård under graviditet, sid 3.*)

Då barnet är fött bedrivs vården vidare på Barnvårdscentralen och det är där som screeningen för mammans psykiska hälsa utförs. EPDS screeningen kan även utföras av barnmorskan vid återbesöket som sker cirka åtta veckor postpartum (SBU, 2014).

### **Problemformulering**

I Sverige drabbas cirka tio tusen kvinnor av PPD varje år. Forskning visar att sjukvården missar att identifiera drabbade och dessa kvinnor förblir då odiagnostiserade (Kettunen et al. 2014). Det är därför viktigt att barnmorskor besitter kunskap om sjukdomen och dess riskfaktorer för att tidigt kunna fånga upp de kvinnor som löper en ökad risk, samt, i ett tidigt skede, hjälpa dem som drabbats. Det kan annars leda till konsekvenser för både den nyblivna modern och barnet.

### **SYFTE**

Syftet med detta arbete var att belysa hur biologiska och psykosociala faktorer påverkar risken för att utveckla postpartum depression.

### **Frågeställning**

Hur påverkar:

- hormonella faktorer och sömn
- barnets temperament
- socio-ekonomiska faktorer och socialt stöd

risken att utveckla postpartum depression?

## **METOD**

### **Design**

Arbetet genomfördes som en litteraturöversikt vilket innebär att syftet har besvaras utifrån relevant forskning och att studierna har kvalitetsbedömts. Syftet med en litteraturöversikt är att sammanställa och beskriva det kunskapsläge som finns inom ett visst kunskapsområde. Genom att sammanställa forskning av kvalitativ och kvantitativ metod kan ämnet med fördel belysas utifrån ett bredare perspektiv och därmed öka kunskap och ge konkreta förslag till förbättring (Forsberg & Wengström, 2016). Det förutsätter att det finns tillräckligt många studier av god kvalitet som kan ligga till grund för slutsatsen. Litteraturstudien har baserats på befintliga vetenskapliga rapporter eller andra vetenskapliga artiklar. Det är författaren som har bestämt vilka artiklar som valts och hur många som har inkluderats, detta beroende på vad det fanns för utbud och på de krav som förväntas (Forsberg & Wengström, 2016).

### **Urval**

Med hjälp av inklusions - och exklusionskriterier lästes titlarna igenom. Inklusionskriterierna var att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år, artiklarna kunde komma från hela världen då problemet som skulle studeras är globalt. Studierna som inkluderades i litteraturöversikten skulle också vara publicerade och granskade för att vara av god kvalitet (SBU, 2014). Artiklarna skulle vara uppbyggda enligt vetenskapligt praxis, det vill säga att abstrakt, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion skulle finnas med. De som inkluderades var peer reviewer vilket innebär att de är kritisk granskade och kontrollerade för att vara godkända för publicering i vetenskaplig tidskrift (Polit & Beck, 2012). Exklusionskriterier för de artiklar som valdes bort var de som inte uppfyllde de vetenskapliga kriterierna, var på annat språk än engelska eller svenska eftersom det är de enda språken som författaren behärskar samt de artiklar som var äldre än tio år. Om titeln verkade vara intressant lästes abstract och om även det var intressant lästes hela artikeln. Efter det beslutades det om artikeln var relevant för litteraturöversikten. Studien kvalitetsgranskades enligt Willman (2011) vilket innebär att studien skattas vara av medel eller hög kvalitet.

### **Genomförande**

Enligt Henricson (2012) är informationssökningen ett av de första stegen då ett arbete ska skrivas. Syftet är att få en överblick över det ämne som författaren valt. När ämnet sedan har fastställts och syftet är formulerat kan material samlas in. Innan arbetet påbörjades gjordes en fri sökning på Google, Google Scholar och Sophiahemmets Högskolas databaser för att få en inblick i utbudet inom ämnet. Efter att författaren hade fått en inblick i ämnet och syftet var bestämt, påbörjades en datainsamling. Även biblioteket på Karolinska Institutet utnyttjades då de hade ett större utbud av artiklar i full text. Antalet artiklar visade sig vara stort och begränsningsfunktioner blev nödvändigt. Begränsningsfaktorer handlar om publiceringstidpunkt, språk och begränsningar som ålder (Henricson, 2012). Efter att ha begränsat sökningen blev det ändå ett stort antal träffar. Tid bokades med bibliotekarie på Sophiahemmets Högskolas bibliotek för att få en vägledning i att hitta artiklar. Utbudet var fortfarande stort och det fanns många artiklar med olika faktorer som ansågs vara risk för att utveckla en PPD. Artiklar som besvarade studiens syfte och frågeställningar om sömn, hormoner, barnets temperament, det sociala stödet

samt socioekonomins bidragande faktorer som kan påverka risken för att utveckla PPD valdes ut. Det som valdes bort var det som inte svarade på studiens syfte och frågeställningar, till exempel obstetriska faktorer, graviditetsrelaterade sjukdomar, tidigare psykisk ohälsa, hälsorisker så som rökning, alkohol och droger och våld i parrelationen. Följande sökord har använts separat eller i kombination: *Depression postpartum, risk factors, sleep, PMS och colic*. Ämnes orden i PubMed kallas för MeSH-termer och ämnes orden i CINAHL kallas för Headings. När sökningen görs kan även de booleska operatorerna AND, NOT och OR användas (Forsberg & Wengström, 2016). För att begränsa sökningen till denna litteraturstudie användes AND.

Tabell 1. Sökningsprocess av vetenskapliga artiklar

Databas Sökdatum	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
CINAHL 2016-04- 14	Research article, Peer reviewed, English language, 2006-2016	Depression postpartum AND risk factors	171	26	10	2
CINAHL 2016-04- 20	Research article, Peer reviewed, English language, 2006-2016	Depression Postpartum AND risk factors AND sleep	1	1	1	1
PubMed 2016-04- 14	last 10 years, English, abstract, free full text	Depression postpartum AND risk factors	165	10	4	2
PubMed 2016-04- 14	Last 10 years, English, abstract, free full text	Depression postpartum AND risk factors	359	12	4	3
PubMed 2016-04- 20	Abstract, 10 years, English 2006-2016	Postpartum depression, colic	10	3	2	2
PubMed 2016-04- 23	Abstract, last 10 years, English	PMS AND postpartum depression	13	2	2	1
PsycINFO 2016-04- 23	Peer reviewed, English, full text, 2006 -2016	Postpartum depression AND risk factors	157	12	4	1
<b>Totalt</b>			<b>876</b>	<b>66</b>	<b>27</b>	<b>12</b>

## Manuell sökning

Förutom att söka i olika databaser kan författaren använda sig av manuell sökning. Det innebär att författaren söker i referenslistor i en till exempel redan funnen artikel. Referenser kan även sökas i tidskrifter och annan litteratur för att hitta nya artiklar som svarar på arbetets syfte (Henricson, 2012). I detta arbete inkluderades tre artiklar som söktes manuellt.

## Databassökning

För att få tag på vetenskapliga artiklar gjordes sökningar i databaserna CINAHL som täcker omvårdnad, PsycINFO som innehåller material inom beteendevetenskap och psykologi och PubMed som är en bred databas som täcker omvårdnad (Henricson, 2012). Swedish MeSH användes också för att sökorden skulle bli korrekta. PubMed var den databas som genererade flest artiklar.

## **Databearbetning**

De artiklar som valdes ut vid databassökningen ögnades först titel och abstrakt igenom för att senare läsas mer noggrant. Enligt Rosén (2012) sker då den första sorteringen. Artiklar som var av relevans och svarade på studiens syfte valdes sedan ut för att användas till resultatet. De valda artiklarna granskades i fulltext och de artiklar som bedömdes vara irrelevanta valdes bort. Matrisen skapades och inkluderade de studier som låg till grund för resultatet. I matrisen sammanfattades de olika studiernas titel, land, årtal, syfte, design, antal inkluderade deltagare, metod, sammanfattning av resultat och metodologisk kvalitet (Henricson, 2012) se (bilaga II).

## Kvalitetsgranskning

Det är av vikt att bedöma kvaliteten av de studier som inkluderas för att kunna dra slutsatser av litteraturöversiktens resultat (Polit & Beck, 2012). Enligt Forsberg och Wengström, (2016) är det viktigt att kvalitetsbedömningen omfattar studiens syfte och frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys, tolkning och publiceringsår. En vetenskaplig studie ska sträva efter att uppnå ett resultat med god reliabilitet och validitet. Reliabilitet anger graden av tillförlitlighet i en mätning, begreppet används vid upprepade mätningar och är ett mått på överensstämmelsen mellan ett antal mätvärden uppmätta på samma sätt. Validitet är generellt ett begrepp som används för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier. Validitet visar i vilken grad en mätning verkligen mäter det som avses mätas (Jakobsson, 2011). Artiklarnas reliabilitet och validitet i föreliggande studie bedömdes genom kvalitetsgranskning utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (bilaga I). Detta gjordes genom att bedöma kvaliteten av varje studies metod och gradera dem som låg (III), medel (II) eller hög kvalitet (I).

## **Dataanalys**

De artiklar som författaren bestämde sig för att inkludera i litteraturöversikten sparades i

form av PDF i olika mappar på datorn. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att få en djupare förståelse för innehållet. Resultatet och metoden från varje artikel översattes så noggrant som möjligt till svenska med hjälp av Google translate och lexikon. Den översatta texten sparades sedan ner i ett nytt Word dokument och blev då lättillgängligt på svenska. Det som var det viktigaste fyndet i artikeln färgmarkerades för att så lätt som möjligt kunna använda det till sammanställningen av resultatet. Texten lästes sedan ett flertal gånger och delades sedan in under frågeställningens rubriker. Texten sammanställdes och bearbetades för att det skulle bli mer lättläst och flyt i texten.

### **Forskningsetiska överväganden**

Då ett vetenskapligt arbete ska genomföras görs etiska övervägande både inför och under genomförandet av arbetet. Det förutsätter förmåga att reflektera över vilka värden och värderingar egna tankar, ord och handlingar har. Det måste finnas en förmåga att kunna tillämpa etiska principer i situationer som inte alltid kan förutses (Henricson, 2012). Författaren är väl medveten om att det är viktigt att hålla sig neutral till de artiklar som hittats till studien. Enligt Forsberg och Wengström (2016) bör etiska övervägande göras angående urval och presentation av resultat. Det är viktigt att den som genomför litteraturstudien presenterar alla resultat och inte enbart de resultat som stämmer överens med författarens åsikt. Alla artiklar som inkluderats i den föreliggande studies resultat har godkännande från en etisk kommitté alternativt fört etiska resonemang kring det vetenskapliga arbetet (Gustafsson, Hermerén & Petterson, 2011).

## **RESULTAT**

### **Biologiska faktorer**

#### Hormoner

I en studie som utfördes i USA har forskarna undersökt om stresshormonet pCHR (placenta corticotropin- hormon) som frisätts i placentan har någon koppling till PPD. I studien mättes också det sociala stödet som gavs till kvinnan prenatalt och postnatalt för att se om det fanns någon korrelation mellan stresshormonet pCHR, socialt stöd och PPD. Forskarna såg att pCHR ökar gradvis under graviditetsvecka 29 till 37. Kvinnorna som uppvisade de mest dramatiska ökningarna av pCHR visade också allvarligare symtom på PPD. Studien visade även på att socialt stöd kan dämpa den biologiska stressreaktionen då de psykologiska och biologiska faktorerna är i samspel. De gravida kvinnorna som rapporterade högst socialt stöd under graviditeten skattade lägst för PPD (Hahn-Holbrook, Schetter, Arora & Hobel, 2014).

I en svensk studie som utfördes i Uppsala undersöktes om det finns en möjlig biologisk förklaringsmodell till PPD. Blodprov från 347 kvinnor analyserades avseende nivåer av Leptin och Interleukin-6 vid förlossningen. Leptin är ett hormon som insöndras till blodet från fettvävnaden och involvera reglering för matintag och Interleukin-6 är ett immunprotein. De har tidigare visat sig involverade i patogenesen för affektiva sjukdomar. Kvinnorna som ingick i studien fick skatta sin psykiska hälsa med hjälp av EPDS formulär fem dagar, sex veckor och sex månader efter förlossningen. Resultatet visade att att Leptin var negativt korrelerat till PPD vilket innebar att de kvinnor som hade höga nivåer av Leptin minskade risken för att insjukna i PPD både sex veckor och sex månader efter förlossningen. Sambandet kvarstod efter justering för graviditetslängd, förlossningsätt,

ålder, utbildningsnivå, partnerstöd och amning. Däremot sågs inget samband mellan serumnivåer av Interleukin-6 och PPD (Skalkidou et al., 2009).

En koreansk studie undersökte om det finns något samband mellan premenstruell dysfori (PMDD) och PPD. Studien inkluderade 166 kvinnor som delades in i två grupper. Den ena gruppen bestod av 23 kvinnor med diagnosen PPD och den andra gruppen bestod av 143 stycken kvinnor som inte hade diagnosen PPD. I studien användes EPDS formuläret för att skatta kvinnornas psykiska hälsa och för att identifiera kvinnor med premenstruell dysfori (PMDD) användes diagnostiserings kriterier från American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Dessa kriterier var symtom som ömma bröst, uppsvälldhet, huvudvärk, perifera ödem, depressiva symtom, irritabilitet, oro, och överdrivna humörsvingningar fem dagar innan menstruation samt att symtomen ska ha lindrats fyra dagar efter menstruation. Symtomen måste funnits de flesta cykler under de senaste 12 månaderna. I gruppen där kvinnorna inte hade diagnosen PPD var det 15 kvinnor som uppfyllde kriterierna för PMDD och prevalensen låg på nio procent. I gruppen med kvinnor som diagnostiseras för PPD uppfyllde åtta kvinnor kriterierna för PMDD och prevalensen var 34,8 procent. Enligt studien så finns det en korrelation mellan PMDD och PPD och det innebär då att en hormonrelaterad etiologi verkar vara en riskfaktor för PPD (Lee et al., 2015). En svensk studie undersökte om det finns något samband mellan premenstruella symtom (PMS) och PPD. I studien inkluderades 2318 kvinnor som besvarade frågeformulär fem dagar, sex veckor och sex månader efter förlossningen. Den psykiska hälsan skattades även i denna studie med EPDS och PMS/PMDD skattades också med samma skala som föregående studie (ACOG). Signifikanta samband mellan PPD och PMS/PMDD var uppenbara vid alla tre tidpunkterna (fem dagar, sex veckor och sex månader efter förlossningen). Efter justering för förväxlingsfaktorer sågs inget samband mellan PMS/PMDD och PPD hos förstföderskor. Det viktigaste resultatet i denna studie tyder på att sambandet mellan PMS/PMDD och PPD påverkas av paritet. Multipara kvinnor med tidigare PMS/PMDD visade sig vara mer benägna att utveckla depressiva symtom efter förlossningen (Sylvén, 2013). De studier som involverade hormonernas påverkan kom fram till att hormoner har en viss korrelation till att utveckla PPD (Hahn-Holbrook et al., 2014; Lee et al., Skalkidou et al., 2009; 2015; Sylvén, 2013).

## Sömn

En norsk studie med 2088 kvinnor hade som syftet att beskriva förändringar av sömnen under graviditeten och efter födelsen samt undersöka om det kunde vara kopplat till PPD. Effektiv sömn (djupsömn), sammanhängande sömn, antal uppvaknanden och vakentid under natten dokumenterades av deltagaren. Insomnia Scale och Pittsburgh sleep Quality Index användes för att mäta sömn och EPDS formulär för att skatta psykiska hälsa. Resultatet visade att den genomsnittliga sömnen reducerades från sen graviditet till åtta veckor efter förlossningen med fyrtonio minuter. Barnet var i genomsnitt vaket i en timme och femtotre minuter på natten. De kvinnor som utvecklade PPD visade sig ha den största negativa förändringen i genomsnittlig sovtid, minus tvåhundra nittio minuter, samt 13,6 procent sämre sömneffektivitet. Förstföderskor rapporterade lägre sömneffektivitet och högre poäng för sömnlöshet än de som hade barn sedan tidigare. De skattade också högre på EPDS-screeningen. Förstföderskorna kände stress över den nya situationen och fokuserade mer kognitivt på sin sömn, de oroade sig över hur natten skulle bli vilket medförde att de fick svårt att somna. I studien upptäcktes att det var sömnlösheten som var den bidragande faktorn inte sömneffektiviteten eller oavbruten sömn. Studien visade också att de som hade sömnsvårigheter under sen graviditet var mer benägna att utveckla PPD



vilket även gällde de kvinnor som tidigare hade drabbats av PPD (Bjorvant, Dorheim & Eberhard-Gran, 2014). Enligt Park, Meltzer-Brody & Stickgold (2013) sker den största förändringen i sömnkvaliteten direkt efter förlossningen och 14 veckor framåt. Efter 14 veckor sågs en gradvis förbättring. Det viktigaste resultatet i studien var att deltagarnas subjektiva sömnbedömning visade sig ha ett samband med höga EPDS poäng samt att kontinuerlig sömn var viktigare än den sammanlagda sovtiden. En annan studie visar på att dålig sömnkvalitet de första sjutton veckorna efter postpartum ökar risken för återkommande PPD. Tidigare PPD och dålig sömnkvalitet visade sig öka risken för återfall av PPD med tjugofem procent. I den studien mätte man även om hormonerna östradiol, prolaktin, kortisol och cytokin var relaterade till återfall för PPD, men ingen signifikant skillnad kunde ses (Okun et al, 2010).

### Barnets temperament

Enligt studier som gjorts av (Eastwood, Jalludin, Kemp, Phung & Barnett, 2012; Radesky et al., 2013; Sword, Clark, Hegadoren, Brooks & Kingston, 2012; Vik et al., 2009;) visar resultaten att barnets temperament är associerat till PPD. Mödrar som hade barn som inte ville äta, inte ville sova och var krävande hade högre utfall på EPDS-poängen. Den faktor som påverkade mest var om inte barnet sov (Eastwood et al., 2012). Mammor till ”kolikbarn” drabbas av högre stress och i samspel med andra faktorer kan det vara en bidragande faktor till PPD (Sword et al., 2012). I randomiserad kontrollerad multicenterstudie inkluderades 1015 mödrar och deras barn från fem länder (Belgien, Tyskland, Italien, Polen och Spanien). Syftet var att ta reda på om det fanns någon koppling mellan spädbarn med kolik och höga EPDS poäng. Resultatet visade att mödrar till spädbarn med kolik hade högre EPDS poäng i jämförelse till mödrar som hade barn utan kolik. EPDS poängen mättes vid två och sex månader postpartum. EPDS poängen visade sig vara höga även sex månader postpartum trots att koliken hade avtagit (Vik et al., 2009). I en studie av Radesky et al. (2013) undersöktes hur otröstlig spädbarnsgråt är kopplat till moderns depressiva symtom åtta veckor postpartum. Resultatet i studien visade att de mödrar som hade barn som skrek otröstligt i perioder på 20 minuter uppgav högre EPDS poäng. Resultatet överraskade med att 20 minuters gråt var mer kraftfullt än tre timmars gråt per dag. De observerade att sambandet mellan otröstlig gråt och moderns depression kan ha flera möjliga orsaker. Otröstlig gråt är förknippad med att föräldern blir mer frustrerad, vilket ledde till högre stress över sitt föräldraskap och ett lägre självförtroende i sin föräldraroll. Mödrarna upplevde att det var stressande att inte kunna lugna sitt eget barn. I studien kunde det inte uteslutas att de mödrar som fick högre EPDS relaterat till spädbarnsgråten hade en begynnande depression och att det kunde leda till att de var mer känsliga för gråten.

### **Psykosociala faktorer**

#### Socioekonomiska faktorer

I en studie som utfördes på 1423 kvinnor i Washington var syftet att undersöka vilka sociodemografiska faktorer som var kopplade till PPD. Resultatet i studien visade att riskfaktorer som depressiva symtom och antidepressiv medicinering under graviditeten, ung ålder, arbetslöshet, rökning och hög grad av psykosociala stressfaktorer hade ett samband med risken för att drabbas av PPD. Riskfaktorn som hade starkast utfall var om kvinnan hade depressiva symtom under graviditeten (Katon, Russo & Gavin, 2014).

Eastwood et al, (2012) studerade om socioekonomiska faktorer kunde associeras till högre EPDS poäng. Faktorer som mättes var bostadssituation, arbetslös partner, den ekonomiska situationen och tillgång till bil. Ekonomisk stress var den faktor som hade störst betydelse för att utveckla PPD. Enligt Goyal, Gay & Lee (2010) är låg socioekonomisk status (SES) förknippad med ökade depressiva symtom i slutet av graviditeten och två och tre månader efter förlossningen. Däremot verkade det inte finnas något samband mellan SES och PPD första månaden efter förlossningen. I studien jämfördes deltagarna kvinnorna som var förstfödorskor från övre medelklass med förstfödorskor som var låginkomsttagare. Kvinnorna följdes upp under den sista trimestern, en, två och tre månader efter förlossningen. Kvinnor som hade fyra SES riskfaktorer (låg månadsinkomst, låg utbildning, ogift och arbetslös) hade 11 gånger större risk att drabbas av höga depressionspoäng tre månader efter förlossningen än kvinnor utan SES riskfaktorer. Kvinnorna från låginkomstgruppen rapporterade högre depressionspoäng sista trimestern, två och tre månader efter förlossningen än vad gruppen från övre medelklass gjorde. Däremot, en månad efter förlossningen rapporterade båda grupperna liknande nivåer av depressiva symtom. I studien framkom det att även prenatal depression var associerat till PPD vilket även kom fram i studien av Katon et al (2014). Efter logistiska regressionsanalys visade det sig att prenatal depression ökade risken för PPD vid varje postpartum bedömning medan den socioekonomiska korrelationen var högst tre månader efter förlossningen (Goyal et al., 2010).

En populationsbaserad kvantitativ kohortstudie med syfte att undersöka om prevalensen för PPD skiljde sig mellan två olika kulturer har genomförts. Studien utfördes i Storbritannien som räknas till ett höginkomstland och Brasilien som räknas till ett medelinkomstland men också ett av världens mest socialt ojämlika länder. Kvinnornas psykiska hälsa skattades efter EPDS-formuläret vid tre tillfällen åtta veckor, åtta månader och 21 månader postpartum. Vid första uppföljningen påvisades ingen skillnad i prevalensen för depression mellan de olika populationerna. Vid andra och tredje uppföljningen påvisades skillnad. Kvinnorna från Brasilien hade då en högre prevalens än kvinnor från Storbritannien. Vid den tredje uppföljningen var depression bland mödrarna störst bland de fattiga kvinnorna. I studien som utfördes av Matijasevitch et al. (2009) fanns det inte heller någon skillnad på depressionsfrekvensen mellan grupperna första uppföljningen utan sambandet till den socioekonomiska korrelationen blev högre vid de senare uppföljningstillfällena.

### Socialt stöd

Enligt Eastwood, et al. (2012) har avsaknad av socialt och emotionellt stöd en stark koppling till att utveckla PPD. Kvinnorna som kände att de hade ensamt ansvar för hushåll och barn löpte större risk för att drabbas av PPD. I en kvalitativ studie som utfördes i Kanada intervjuades 20 kvinnor och syftet med studien var att identifiera de viktigaste faktorer som var förknippade med närvaro eller frånvaro av PPD. Sju av kvinnorna som inkluderades i studien hade tidigare haft PPD och 13 hade det inte. Av de som tidigare hade drabbats av PPD var det ingen som fick återfall och av de 13 som inte hade någon historia av PPD var det två som drabbades. Kvinnorna som drabbades av PPD berättade att de kände ett ensamt ansvar för barnet och hemmet (Sword et al, 2012) vilket även framkom i studien av Eastwood, et al., (2012). En del av de kvinnorna som tidigare hade drabbats av PPD berättade att de hade känt sig ensamma och isolerade hemma, vilket ledde till känslor som sorg och ökad stress. Studien visade att de kvinnor som hade en historia av

PPD inför nästa graviditet hade blivit mer målinriktade, de hade förberett sociala stödresurser, de var inte rädda för att be om hjälp så att de till exempel kunde delta i aktiviteter som var viktiga för deras emotionella välbefinnande. Kvinnorna beskrev vikten av att få stöd av vänner, familj och partner så att de grundläggande behoven som äta och sova blev tillfredsställda. Andra faktorer som framkom i studien var att emotionellt stöd och att ha någon att prata med om sina känslor var av stor betydelse (Sword et al, 2012).

Hahn- Holebrook, et al.(2014) kom också fram till att det sociala stödet var av stor vikt då det kunde minska nivåerna av stresshormonet pCHR som visar sig ha en korrelation till PPD. I en prospektiv kohortstudie som utfördes i Kina på 534 kvinnor var syftet att ta reda på om prenatalt och postnatalt socialt stöd hade någon koppling till PPD. Av studien framgick det att både prenatalt och postnatalt socialt stöd var förenat med PPD, starkast var kopplingen till det postnatala stödet. Det sociala stödet delades också in i tre dimensioner, subjektivt stöd, objektivt stöd och tillgängligt stöd. Av de tre dimensionerna av socialt stöd så hade objektivt stöd den starkaste föreningen till PPD. (Xi, He, Koszycki, Walker & Wen, 2009).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

För att få djupare kunskap och förståelse för biologiska och psykosociala riskfaktorer som kan orsaka postpartum depression gjordes denna litteraturöversikt. En litteraturöversikt ger en möjlighet att studera artiklar från hela världen för att få en djupare förståelse om det aktuella forskningsläget och vad det finns för kunskap i ämnet. Resultatet från de artiklar som väljs ut bearbetas, analyseras och sammanställs (Forsberg & Wengström, 2016).

Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsychINFO som enligt Henricson (2012) är databaser som täcker omvårdnad, medicin, beteendevetenskap och psykologi. För att finna så mycket relevant forskning som möjligt och för att öka litteraturöversiktens validitet genomsöks flera databaser. Inledande söktes information på Sophiahemmet Högskolas bibliotek, sedan utökades sökningen i Karolinska Institutets databas som gav ett bredare utbud av tillgänglig forskning.

De första sökningarna som gjordes var fritextsökning, det är det vanligaste sättet att söka på framförallt internet (Henricson, 2012). De ämnesrelaterade sökorden postpartum depression och risk factors användes. I informationssökningen handlar det om att hitta en bra balans mellan hög sensitivitet och hög specificitet. Det kan enligt Henricson (2012) vara bra att börja med en bred sökning för att sedan avgränsa mer och mer. Mängden artiklar som fanns ledde till att begränsningar var nödvändigt. En specialiserad sökning användes, vilket innebär att sökningen är mer noggrann. Sökorden översattes i Swedish MeSH som är framtagen av Karolinska Institutet. Denna funktion gör det lättare att hitta rätt sökord (Henricson, 2012). Sökningen begränsades till artiklar från 2006 till 2016, peer reviewed, research article och English. Trots detta blev det en stor mängd artiklar. Abstract, för att få en idé om vilka riskfaktorer som belystes i studierna lästes. Upptäckten var att det fanns en mängd riskfaktorer som kunde orsaka PPD, varför dessa avgränsades. Författaren bestämde sig för att välja ut de riskfaktorer som var mest intressanta. De riskfaktorer som valdes ut som undergrupper till biologiska och psykosociala faktorer var hormoner, sömn, barnets temperament, socioekonomiska faktorer och socialt stöd. Valet gjordes för att det är viktigt och intressant att belysa även mindre kända faktorer som kanske inte alltid tas

upp i den information som ges till de blivande föräldrarna. Det kan också vara betydelsefullt för både vårdpersonal och de blivande föräldrarna att känna till dessa riskfaktorer för att kunna förebygga risken för att utveckla PPD. Riskfaktorer som valdes bort var till exempel obstetriska faktorer, graviditetsrelaterade sjukdomar, hälsorisker så som rökning, alkohol, droger och våld i parrelationen. Obstetriska faktor och graviditetsrelaterade sjukdomar är mycket intressanta ämne men det valdes bort då det var svårt att hitta tillräckligt många artiklar. Tidigare psykisk ohälsa valdes också bort då det är en riskfaktor som redan är välkänd. Valet att ta bort hälsorisker som droger och våld i parrelationen gjordes då dessa faktorer generellt kan antas föra med sig mycket annan form av negativa stressfaktorer och att resultatet från sådana studier därför troligtvis skulle innehålla brus och ha ett svagt statistiskt förklaringsvärde. Sökorden utökades till depression postpartum, risk factors, sleep, colic och PMS.

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering, en modifierad version av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) Bilaga I, har använts. Då författaren inte har någon erfarenhet i att kvalitetsbedömma artiklar kan vissa artiklar som är inkluderade i resultatet graderats fel. För att minimera risken för felbedömning har författaren även använt sig av Henricson (2012) och Forsgren och Wengström (2016) litteratur som beskriver olika metoder. Sammanlagt granskades tio artiklar till att vara av kvalitetstyp I vilket tyder på en god vetenskaplig kvalitet och fem artiklar var av kvalitetsnivå II på grund av få deltagare, eller att metod och resultatdel inte hade en tydlig beskrivning. En viss feltolkning kan ha uppstått när resultatet analyserats då författarens modersmål inte är engelska. Översättning gjordes med hjälp av vänner, Google translate och lexikon vilket kan ha minimerat risken för feltolkning. Då författaren till litteraturstudien ensam har granskat de inkluderade artiklarna kan pålitligheten och trovärdigheten i studien bli något lägre. Enligt Henricson (2012) stärks studien om det till exempel är två personer som granskar materialet. Det är bra att låta någon annan läsa arbetet som kan påpeka svagheter som stavfel, språkstruktur och systematik. Under tidens gång har litteraturöversikten lästs utav både kurskamrater, vänner och handledare detta kan stärka arbetets kvalitet.

Av de 15 artiklarna som inkluderades i studien var 14 stycken kvantitativa. Majoriteten av de artiklar som hittades och hade hög kvalitet var av en kvantitativ metod. En artikel som handlade om det sociala stödet var kvalitativ och den inkluderades då den stärkte resultatet av de kvantitativa artiklarna som handlade om det sociala stödet samt att det var intressant att se resultat från en annan vinkel.

Alla artiklar som inkluderades i litteraturöversikten granskades avseende etiskt godkännande för studien. Det framkom att de flesta av artiklarna hade blivit godkända från en etisk kommitté. De fåtal artiklar som inte hade godkänts av en etisk kommitté presenterade istället hur de hade gett information om studien till deltagarna och behandlat informationen anonymt, vilket enligt Polit och Beck (2012) är av särskild betydelse inom forskning med människor.

De tio artiklarna som klassificerades som grad I enligt bedömningsunderlag (Bilaga I) hade hög reliabilitet och validitet. De övriga fem artiklarna uppvisade inte av lika hög validitet då det kunde vara svårt att tydligt utläsa eventuella orsakssamband. Faktorer som visades ha ett samband med PPD kanske i själva verket snarare påverkar en faktor utanför studien som i sin tur har ett verkligt orsakssamband.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att undersöka om biologiska och psykosociala faktorer kan vara bakomliggande orsaker till PPD. Det kan vara betydelsefullt att poängtera att eventuella samband mellan en riskfaktor och PPD inte per definition är ett orsakssamband som i sig förklarar varför en kvinna drabbas. Om utgångspunkten är att de biologiska förutsättningarna för att utveckla PPD är jämnt fördelade över en population kan man till exempel anta att lägre socioekonomiska status direkt ökar risken för att drabbas av PPD då hälsan generellt är sämre inom dessa grupper men vilken underliggande faktor som faktiskt är påverkande kan då riskera att missas i studierna. Till exempel kanske inte en social faktor i sig förklarar varför man drabbas av PPD. Snarare kan den ses som en indikation på högre sannolikhet för stress, bristfällig sömn eller annan faktor som däremot kan ha ett direkt orsakssamband med PPD och som dessutom kan härledas till det bredare perspektivet av socioekonomisk status.

## Biologiska faktorer

### Hormoner

Hahn-Halbrook et al., 2014; Lee et al. (2015); Okun et al., (2010); Skalkidou et al. (2009); Sylvén (2013) har alla studerat hormoner och dess olika påverkan till att öka risken för att utveckla PPD. Förhöjt värde av pCHR visade en ökad risk för att utveckla PPD. Detta hormon hade även en koppling till kvinnans sociala stöd vilket kanske inte är så konstigt då den som inte har något bra socialt nätverk och stöd får ta ett större ansvar själv och därmed kanske utsätts för en högre stressnivå. Kvinnor som hade höga nivåer av Leptin visade sig ha en skyddande effekt och kvinnor som har haft PMS före den aktuella graviditeten hade högre risk att utveckla PPD, detta gällde dock endast omfödelskor. Barnmorskor skulle kunna ta lärdom av att det kan vara av intresse att ta reda på om den gravida kvinnan lider av PMS eller PMDD då det har visat sig vara en riskfaktor. Kvinnor som utsätts för stress under graviditeten bör också uppmärksammas då detta kan leda till förhöjda värden av pCHR som också är en riskfaktor för att utveckla PPD. Dessa kvinnor bör bli upplysta om att de ska vara extra uppmärksamma på eventuella symtom för att kunna söka vård i ett så tidigt skede som möjligt. En svaghet med resultatet som inkluderar hormoner är att studierna tar upp olika hormoner. Det skulle vara önskvärt att se fler studier på samma hormon eftersom det hade kunnat ge en större tyngd till resultatet. Författaren tycker ändå att detta är någonting som den gravida kvinnan bör få information om för att vidare få en förståelse för att det även finns biologiska faktorer som kan spela in. Kunskap om att PPD inte enbart behöver förknippas med tidigare psykisk sjukdom, skulle eventuellt kunna leda till att fler väljer att söka vård. Vårt samhälle är tyvärr fortfarande väldigt dömande mot personer som drabbas av psykisk sjukdom. Det kan bidra till att den nyblivna mamman inte vill erkänna för sin omgivning hur hon faktiskt mår då det kan kännas extra skamfullt att må psykiskt dåligt när det förväntas att mamman ska sväva på sitt "rosa moln". Barnmorskan bör ge information om PPD då partnern är med eftersom det är viktigt att anhöriga är uppmärksamma på varningssignaler som kan vara tecken på PPD. Alla nyblivna mammor som får symtom på PPD ska söka vård för att få behandling i ett tidigt skede då förutsättningarna för tidigt tillfrisknande är högre Seimyr (2009). Antagligen saknar dock många gravida kvinnor djupare kunskap om PPD. Uppfattningen är att PPD är någonting som kan drabba andra men inte sig själv. För de flesta gravida kvinnor ligger fokus på förlossningen och glädjen som kommer med barnet, det kan därför

också vara svårt för barnmorskan att tala om ämnen som PPD. Trots detta är det viktigt att ge viss information, även om kvinnan/paret inte vill fokusera på sådant under graviditeten.

### Sömn

Andra biologiska faktorer som togs upp i resultatet var sömnens betydelse. I den norska studien som utfördes av Bjorvant et al. (2014) studerades ett stort antal kvinnors sömn från sen graviditet och den första tiden efter födelsen. De fann att kvinnorna sov färre timmar på natten efter förlossningen jämfört med slutet av graviditeten. Studien visade att de kvinnor som minskade sin sömn i störst utsträckning löpte större risk för att drabbas av PPD. Studien visade också att det var förstföderskorna som upplevde sömnbristen mest och att de kunde uppleva en större stress över att inte veta hur natten skulle bli, vilket i sin tur ledde till att de kunde ha svårt att somna på kvällen. Detta skulle kunna ha sin förklaring i att det är när det första barnet föds som den största omställningen sker från livet utan barn till ett liv med barn. Mammans rutiner kastas om på ett kraftfullt sätt och livet förändras över en natt. Den stora omställningen och anpassningen till den nya livssituationen kan vara svår för vissa vilket förstås leder till ökad stress. En mamma som har barn sedan tidigare är van vid att vakna på natten och har redan anpassat sig till ett liv med familj. Omställningen blir därför mindre vid barn nummer två och mamman får troligtvis inte samma stresspåslag. Enligt Park et al. (2013) sker den största sömnförändringen direkt efter förlossningen och fram till 14 veckor postpartum och den viktigaste upptäckten i deras studie var att det var hur deltagarna upplevde sin sömn och inte sovtiden som var korrelerat till de höga EPDS poängen. Okun et al. (2010) kom fram till att ihållande dålig sömn de första sju veckorna var en riskfaktor för PPD och för de kvinnor som tidigare hade en diagnostiserad PPD ökade risken med 25 procent att återinsjukna. Även i denna studie visade det sig att det var den upplevda sömnen som var den största bidragande riskfaktorn. Utifrån frågeställningen om sömnens betydelse för att utveckla PPD kom författaren fram till att det finns ett samband. Enligt studierna verkar det som att den starkaste korrelationen är den reducerade sovtiden och hur kvinnan själv upplever sin sömn. Som tidigare har nämnts är många nyblivna föräldrar oroliga över omställningen till att bli förälder och en sak som nämnts är till exempel oro för sömnlösa nätter (Hwang et al., 2003). Barnmorskan bör informera de blivande/nyblivna föräldrarna om hur viktigt det är att ta sig tid att sova och att paret tar ett delat ansvar för att båda ska få sova. För de kvinnor som sedan tidigare har en diagnostiserad PPD bör information ges om att det är en ökad risk att insjukna igen om inte mamman sover. Här är det viktigt att involvera partnern så kvinnan får stöttning och avlastning för att kunna sova ordentligt.

### Barnets temperament

Barnets temperament visade sig också vara av betydelse och även här framkom det att mödrar som hade barn som sov dåligt löpte större risk till att drabbas av PPD. Enligt Radesky et al. (2013) skattade mödrar som hade barn som skrek otröstligt i perioder på 20 minuter högre på EPDS. Något överraskande påvisades att 20 minuters gråt var mer kraftfullt än tre timmars gråt per dag. Forskarna kom fram till att det var den otröstliga gråten som ledde till ökat stresspåslag hos föräldern vilket i sin tur bidrog till ökad stress och lägre självförtroende i sin föräldraroll. Om det sedan var 20 minuter eller tre timmar verkade inte ha någon större betydelse. Däremot kunde inte forskarna till studien påvisa om de som fick höga EPDS poäng hade en begynnande depression vilket författaren tycker medför svårigheter i att säga vad som faktiskt är orsaken till PPD. Inom ämnet kan det därför behövas mer forskning för att styrka resultatet. När det gäller mödrar till kolikban så

finns det tre inkluderade studier, (Eastwood, et al., 2012; Sword, et al, 2012 & Vik et al., 2009) där alla tre påvisar att det finns ett samband mellan mödrar som har kolikbarn och PPD.

I skedet då den nyblivna mamman och familjen får sin uppföljning på BVC är det viktigt att sjuksköterskan på BVC uppmärksammar om barnet har kolik samt är lyhörd för hur mamman mår. Det gäller också att uppmärksamma hur barnet sover då även det är en riskfaktor för mamman. Det är synd att mammorna inte följs upp tidigare och mer kontinuerligt på MVC, även efter förlossningen, hos den barnmorskan som kvinnan träffat under hela graviditeten. Barnmorskan som känner kvinnan sedan tidigare skulle troligtvis ha lättare för att uppmärksamma hur kvinnan mår och om hon har förändrats efter det att hon fått barn. Inte minst beroende på att ett förtroende hunnit byggas upp mellan barnmorska och mamma. Detta skulle kunna vara ett sätt att förbättra vården då det framkom i Blitza et al. (2010) att kvinnorna som försökte söka hjälp hade svårt att hitta information. De upplevde att de inte fick något bra stöd, att det var bristande kontinuitet i vården och bristande kommunikation mellan den prenatala vården och postnatala vården.

## **Psykosociala faktorer**

### Socio-ekonomiska faktorer

Resultatet visade att det finns en koppling mellan psykosociala faktorer och PPD. Det som belystes i denna litteraturöversikt var socioekonomiska faktorer och socialt stöd. I studien som genomfördes av Katon et al. (2014) framkom att det finns flera olika faktorer så som depressiva symtom under graviditeten, antidepressiv medicinering under graviditeten, ung ålder, arbetslöshet, rökning och hög grad av psykosociala stressfaktorer som har ett samband med att drabbas av PPD. I studien påvisades att den starkaste korrelationen mellan riskfaktor och PPD var om kvinnan varit deprimerad under graviditeten. Eastwood et al. (2012) visade att det finns ett samband mellan låg socioekonomisk status och ökad risk för PPD. Det som var intressant i den här studien var att grupperna som jämfördes, låginkomsttagare och övre medelklass, hade liknande EPDS poäng en månad efter förlossningen vilket sedan förändrades vid de senare jämförelserna som gjordes vid två respektive tre månader postpartum. Då hade gruppen med låginkomsttagarna högre poäng på EPDS än gruppen med övre medelklass. Studien som utfördes av Goyal et al. (2010) styrker den tidigare nämnda studien och påvisade att den socioekonomiska faktorn visade sig ha en korrelation vid de senare mätningarna.

Det skulle vara intressant att få veta mer om vad det är som sker just den första månaden efter det att barnet är fött. De likvärdiga EPDS poängen vid första mättillfället efter förlossningen kan sannolikt bero på att de flesta upplever första tiden som omtumlande, mamman befinner sig i en "bubbla" och känslorna pendlar upp och ner från kärlek, lycka till sorgsenhet, irritation och oro. I detta läge är det primärt de biologiska förutsättningarna som påverkar då den sociala miljön ännu inte hunnit börja inverka. Att bli förälder kan ses som en process där de första veckorna kan vara väldigt tumultartade med oro, amningsproblem, barnskrik och dålig sömn. För de flesta stabiliseras detta inom några veckor och mammorna växer in i sin roll. För de mammor som har en låg social status kan det förväntas att de generellt har sämre stöd hemma, kanske upplever andra stressfaktorer som dålig ekonomi och oftare är ensamstående, generellt har sämre hälsa och så vidare. Tolkning av detta är att orsakssambanden snarare ska efterforskas inom dessa faktorer och

kännetecken än att förklaras av det breda begreppet socioekonomisk status. Dessa faktorer omnämns även i studien av Hahn-Holbrook et al. (2014) om halten av stresshormonet pCHR och dess samband med PPD, där sämre socialt stöd förknippades med ökade halter av stresshormonet och således risken att utveckla PPD. Författaren anser att det är viktigt att kunna särskilja mellan orsak och verkan framförallt i syfte att kunna forma och rikta rätt åtgärder mot rätt grupper.

### Socialt stöd

Enligt Eastwood, et al., (2012); Sword et al., (2012) och Xi et al., (2009) har deras forskning visat på att avsaknad av socialt och emotionellt stöd har en stark koppling till att utveckla PPD. Kvinnorna som kände att de hade ensamt ansvar för hushåll och barn löpte större risk för att drabbas av PPD (Eastwood, et al., 2012; Sword et al., 2012). De kvinnorna som intervjuades i Sword et al., (2012) studie berättade om betydelsen av socialt stöd. Det upplevde att det var viktigt att ha en familj, make och vänner som hjälpte till att avlasta och stötta så att till exempel de grundläggande behoven som sömn, mat och hygien blev tillfredsställda. Det var också viktigt att ha vänner som de kunde prata med och som lyssnade och förstod när livet som mamma kunde kännas jobbigt. Det som är intressant med denna studie är att sju av de kvinnor som inkluderades i studien hade en tidigare historia av PPD medan 13 inte hade det. Av de sju som tidigare drabbats av PPD var det ingen som insjuknade igen och av de 13 som inte hade en tidigare diagnos var det två som insjuknade. Det visade sig att de som tidigare drabbats av PPD men inte fick något återfall hade en ny förståelse för de riskfaktorer som kunde ligga till grund för PPD. De hade förberett sig psykologiskt inför nästkommande barn och gjort upp en strategi med till exempel sin partner, de hade en förståelse för att det var viktigt att be om hjälp när det behövs och att det var viktigt för dem att minimera de risker som de visste med sig fanns för att utveckla PPD. Bara att våga tala om sin historia och att kunna vara öppen med sina känslor upplevdes som hjälp. Det som var unikt för de deltagare som tidigare inte hade en historia av PPD och inte utvecklade PPD var att de var målmedvetna och engagerade i åtgärder för att skydda eller förbättra sin mentala hälsa. De förebyggande målinriktade strategierna var att få sociala stödresurser på plats, be om hjälp, vara förberedd inför sitt kommande barn och föräldraskap, ta kontroll genom att sätta gränser, upprätthålla sociala aktiviteter som är viktiga för det emotionella välbefinnandet. Det var i stort sett de åtgärder som de som tidigare hade drabbats av PPD tog upp för att förebygga risken för att hamna där igen. Det är också liknande åtgärder som Nordstöm (2013) tar upp. De kvinnorna som insjuknade hade ett bristande socialt nätverk och stöd, de kände sig ensamma och en av dem hade även ett kolikbarn vilket också finns studie på som visar att det är en riskfaktor. Studien som utfördes av Xi et al. (2009) var syftet att ta reda på om prenatalt och postnatalt socialt stöd hade någon koppling till PPD. Av studien framgick det att både prenatalt och postnatalt socialt stöd var korrelerat med PPD, starkast var kopplingen till det postnatala stödet. Det sociala stödet delades också in i tre dimensioner, subjektivt stöd, objektivt stöd och tillgängligt stöd. Av de tre dimensionerna av socialt stöd hade objektivt stöd det starkaste sambandet till PPD. Hahn-Holbrook et al. (2014) kom också fram till att det sociala stödet var av stor vikt då det kunde minska nivåerna av stresshormonet pCHR som visar sig ha en korrelation till PPD. Många gånger verkar det vara stress som ligger bakom många av riskfaktorerna. Stress över att inte kunna trösta sitt barn, stress över att inte få sova, att inte få avlastning, att ha en dålig ekonomi och över att inte klara av sin roll som mamma.



Det är viktigt att barnmorskan kan hjälpa och guida det blivande föräldraparet in i föräldraskapet och att detta görs på ett lyhört och riktat sätt. Eftersom flera genomgångna studier påvisar behovet av socialt stöd för att minska risken för PPD bör förstås detta beaktas i vilken typ av råd och vägledning som ges gentemot till exempel ensamstående jämfört med par. Generellt bör råd ges om betydelsen att minimera stress, att inte vara den ”duktiga flickan” som aldrig ber om hjälp och att utnyttja det sociala nätverk som mamman har. Allt detta för att utifrån varje mammas förutsättningar och livssituation minimera den negativa stressen.

Studierna har till viss del ett brett angreppssätt vilket medför att det kan vara svårt att tydligt utläsa eventuella orsakssamband. Faktorer som visades ha ett samband med PPD kanske i själva verket snarare påverkar en faktor utanför studien som i sin tur har ett verkligt orsakssamband. Att säkerställa och fastslå orsakssambanden är i sin tur en nödvändighet för att bättre kunna anpassa och rikta information till blivande såväl som nyblivna mammor i syfte att minska antalet mödrar som drabbas av PPD och även tidigare fånga upp och ge behandling i ett tidigare skede.

### **Slutsats**

Resultatet i föreliggande studie pekar på att hormonella faktorer, sömn, barnets temperament, socio-ekonomiska faktorer och brist på socialt stöd är riskfaktorer för att utveckla PPD. Det är därmed av stor vikt att vårdpersonal på mödravård, förlossning och BVC är uppmärksamma på dessa riskfaktorer samt tidiga symtom. Det är också viktigt att den gravida kvinnan/ nyblivna mamman, partnern och anhöriga känner till både riskfaktorer och symtom för att få hjälp i ett tidigt skede.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Resultatet av föreliggande studie indikerar att det är viktigt att de blivande/nyblivna föräldraparet har kunskap inom ämnet samt de riskfaktorer som kan ligga till grund för att utveckla PPD. Barnmorskan bör ha bred kunskap inom ämnet för att kunna ge så bra information som möjligt till föräldrarna och även kunna informera om preventiva strategier. Det har till exempel visat sig att de som tidigare drabbats av PPD men inte fått något återfall samt mammor som inte insjuknat alls hade en förståelse för de riskfaktorer som kunde ligga till grund för PPD. De hade förberett sig psykologiskt inför sitt kommande barn och gjort upp en strategi med till exempel sin partner, de hade en förståelse för att det var viktigt att be om hjälp när det behövs och att det var viktigt för dem att minimera de risker som de visste med sig fanns för att utveckla PPD. Bara att våga tala om till exempel sin historia och att kunna vara öppen med sina känslor upplevdes som hjälp.

### **Förslag till fortsatta studier**

Fortsatta studier som belyser och fastslår olika orsakssamband till varför vissa nyblivna mammor drabbas av PPD skulle behövas då det skulle vara lättare att anpassa och rikta informationen till den blivande såväl nyblivna mamman. Det skulle också vara intressant att göra fortsatta studier på varför vården inte lyckas fånga upp det mörkertal som lever med PPD i tystnad.

## REFERENSER

Alfvén, M. (2009). Psykologiska aspekter på graviditet. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3 uppl.) s. 109 -113.

Barnmorskeförbundet. (2016). *Barnmorskan*. Hämtad 2016-07-05 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>.

Basprogram för vård under graviditet. (2011). Stockholms läns landsting. Hämtad 2016-05-03, från [http://viss.nu/Global/Psykiatristod/Bilagor/Basprogram2011\\_110530.pdf](http://viss.nu/Global/Psykiatristod/Bilagor/Basprogram2011_110530.pdf)

Beck, C.T. (2006). Postpartum depression. It isn't just the blues. *Journal of Advanced Nursing*, 106, 40-50.

Blenning, C. & Palladine, H. (2005). An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician*. 72 (12), 2491-2496.

Bilszta, J., Ericksen, J., Buist A., & Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression -beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian journal of advanced nursing*, 27(3), 44-53.

Broberg, A. (Red). (2009). *Anknytning i praktiken: Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Department of health. Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS). Hämtad den 7 April 2016 från. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

\*Dorheim, S.K., Bjorvant, B. & Eberhard-Gran, M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *Plos ONE*. 9(4), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0094674

\*Eastwood, J., Jalaludin, B., Kemp, L., Phung, H. & Barnett, B. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12: 148. doi:10.1186/1471-2393-12-148

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review, *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Gjerdingen, D.K. & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *American Board of family medicine*, 20 (3), 280-8.

\*Goyal, D., Gay, C. & Lee, K. (2010). How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time Mothers. *Womens Health Issues*. 20(2), 96–104. doi:10.1016/j.whi.2009.11.003.

Guille, C., Newman, R., Fryml, Lifton, C. & Epperson, C. (2013). Management of postpartum depression. *Journal of Midwifery & women's health*, 58 (6), 632-642.

Gustafsson, B., Hermerén, G. & Petterson, B. (2011). *God forskningsred* (Vetenskapsrådets rapportserie, nr. 1:2011). Stockholm: CM-Gruppen AB.

Hagberg, H., Marsal, K., & Westgren, M. (2014). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur

\*Hahn-Holbrook, J., Schetter, C., Arora, C. & Hobel, C. (2013). Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression. *Clin Psychol Sci*, 1(3), doi:10.1177/2167702612470646.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hwang, P. & Wickberg, B. (2001). Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken: tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet. *Läkartidningen*, 98 (13), 1534-1538.

Hwang, P., & Wickberg, B. (2003). *Post partum depression: nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.  
<http://www.narhalsan.se/upload/PVTV%20S%C3%B6dra%20%C3%84lvsborg/BHV%20i%20S%C3%B6dra%20%C3%84lvsborg/Dokument%20o%20rutiner/2003-59-Post-partum-depression%20%281%29.pdf>

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: En ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Jones, C. J., Creedy, D.K. & Gamble, J.A. (2011). Australian Midwives' Knowledge of Antenatal and Postpartum Depression: A National Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 56(4): 353-361. ISSN: 1526-9523 PMID: 21733106

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur

\*Katon, W., Russo, J., & Gavin, A. (2014). Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's health*, 23(9), 753-759. doi:10.1089/jwh.2014.4824

Ketone, P., Koistinen E., & Hintikka, J. (2014). Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC pregnancy childbirth*, (14), 402. doi:10.1186/s12884014-0402-2

\* Lee, Y-J., Yi, S-W., Ju, D-H., Lee, S-S., Sohn, W-S., & Kim, I-J. (2015). Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study.

*Obstetrics & gynecology Science*, 58(5), 353-358. doi.org/10.5468/ogs.2015.58.5.353

Leger, J., & Letourneau N. (2014). New mother's postpartum depression: a narrative review off support intervention studies. *Health & social care in the community*, 23(4), 337-348. doi:10.1111/hsc.12125

Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (Red.). (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. 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*, 5(1), 1-11. doi: 10.1186/1745-0179-5-12

Naicker, K., Wickham M., & Colman, I. (2012). Timing of first exposure to maternal depression and adolescent emotional disorder in a national Canadian cohort. *Plos one* 7 (3), 1-6.

Nordström, L. (2013). *Förlossningsdepression*. Hämtad den 16 maj 2016 från: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Forlossningsdepression/>.

\*Okun, M., Luther, J., Praher, A., Perel, J., Wisniewski, S. & Wisner, K., (2010). Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. *Journal of affective disorders*, 130 (3): 378-384. doi 10.1016/j.jad.2010.07.015.

\*Park, E., Meltzer-Brody, S., & Stickgold, R (2013). Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arcivesh of women 's ment health*, 16(6), 539-547. doi 10.1007/s00737-013-0356-9

Pessagno, R. & Hunker, D. (2013). Using Short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. *Perspectives in psychiatric care*, 49 (3), 202-209.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practise*. (9: e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

\* Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor J. A., Lengua L. J. & Barr R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6) , 1857-64. doi: 10.1542/peds.2012-3316

Rikshandboken i barnhälsovård (2014). Hämtad den 16 dec 2015 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa>

Rikshandboken i barnhälsovård (2015). Hämtad den 7 April 2016 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. (2014). *Förebyggande av postpartumdepression: Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossning*. Hämtad 2016-02-03 från [http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/sbu\\_kommenterar/forebyggande\\_postpartum\\_depression\\_2014\\_06.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/sbu_kommenterar/forebyggande_postpartum_depression_2014_06.pdf).

SBU statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Litteratursökning handbok-kapitel 4*. Hämtad 2016-03-01 från [http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok\\_Kapitel04.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok_Kapitel04.pdf)

Seimyr, L. (2009). Känslomässiga reaktioner. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3 uppl.) ss. 454-457.

Seimyr, L. (2011). *Depressiva reaktioner hos blivande och nyblivna mödrar: Kvinnors och mäns upplevelser av föräldraskap första året efter barnets födelse*. Doktorsavhandling, Karolinska institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Enheten för reproduktiv hälsa.

Shrestha S.D., Pradhan R., Tran T.D., Gualano R.C. & Fischer J.R. (2016). Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among woman in low-and lower-middle- income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16 (1), doi:10.1186/s12884-016-0859-2.

Sjögren, B., (Red). (2005). *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

\*Skalkidou, A., Sylvén, S., Papadopoulos, F., Olovsson, M., Larsson, A. & Sundström-Poromaa, I. (2009). Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case-control study within the UPPSAT cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 34 (9), 1329-1337. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.04.003

SOSFS. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 13/4-2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>.

\*Sword, W., Clark, A., Hegadoren, K., Brooks, S. & Kingstone, D. (2011). The complexity of postpartum mental health and illness: a critical realist study. *Nursing Inquiry*, 19(1), 51-62. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00560.x

\*Sylvén, S., Eskelius, L., Sundström-Poromaa, I. & Skalkidou, A. (2013). Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(2), 178-184. doi: 10.1111/aogs.12041.

\*Vik, T., Grote, V., Escibano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M., Carlier, C., Von Kries, R. & Koletzko, B. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatrica*, 98(8), 1344-1348. PMID: 19432839

Werner, E., Miller, M., Lauren, M., Kuzaya, O.S. & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*, 18(1), 41–60. doi:10.1007/s00737-014-0475-y.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vårdgivarguiden. (2013). *Basprogram för vård under graviditet*. Stockholms läns landsting. Hämtad den 13/4-2016 från:  
[http://www.vardgivarguiden.se/global/01\\_behandlingsstöd/barnmorskemottagning/basprogram/basprogram%2020-5.pdf](http://www.vardgivarguiden.se/global/01_behandlingsstöd/barnmorskemottagning/basprogram/basprogram%2020-5.pdf).

\*Xi, R.H., He, G., Koszycki, D., Walker, M. & Wen, S.W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Elsevier*, 19(9), 637-643. doi:10.1016/j.annepidem.2009.03.008.

## BILAGA I

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Baktsevani (2011).

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är <b>prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.</b>	<b>Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</b>	*	<b>Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.</b>
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial ( CCT) är <b>prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.</b>	<b>Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</b>	*	<b>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</b>
Icke- kontrollerad studie (P) är <b>prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.</b>	<b>Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.</b>	*	<b>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</b>
Retrospektiv studie (R) är en <b>analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</b>	<b>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</b>	*	<b>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</b>
Kvalitativ studie (K) är <b>vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</b>	<b>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</b>	*	<b>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</b>

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Dorheim, Bjorvatn & Eberhard- Gran. 2014 Norge	Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression?	Syftet med denna studien var att beskriva förändringar i sömnmönstret, sömlöshet och depressiva symtom innan och efter barnets födelse, och att utvärdera om sömlöshet under graviditet kan förutsäga PPD	Detta var en longitudinell populationsbaserad studie. Enkäter delades ut till alla kvinnor som skulle föda på Akershus Universitetssjukhus nov 2008 till april 2010. Enkäterna delades ut i graviditetsvecka 17, 32 och åtta veckor efter förlossningen. Bergen Insomnia Scale (BIS) och Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) användes för att mäta sömn och depression	n=2088 (298)	Efter förlossningen ändrades sömntiden i genomsnitt med 49 minuter per dygn. De kvinnor som utvecklade PPD hade störst negativ förändring med i genomsnitt 90 minuter. Studien visade att det var sömlösheten och inte sömneffektiviteten som var den bidragande faktorn till PPD. De kunde också se att de som hade sömnsvårigheter under sen graviditet var mer benägna till att utveckla PPD.	P I
Eastwood, Jalaludin, Kemp, Phung, Barnett 2012 Australia	Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal	Syftet med studien var att fastställa förekomsten och riskfaktorer för postnatal depressiva symtom hos kvinnor som lever i storstaden	Populationsbaserad tvärsnittsstudie.	n=15389	Resultatet visade att barnets temperament, moderns förväntningar på moderskapet, födelseland, emotionellt och socialt stöd var bidragande faktorer för hög EPDS poäng	R I



	expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study.	Sydney, Australien.				
Goyal, Gay, Lee 2010 USA	How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time Mothers	Syftet med studien var att undersöka om socioekonomisk status (SES) är en riskfaktor för depressiva symtom i slutet av graviditeten och de första tre månader efter förlossningen. Ett sekundärt mål var att avgöra om SES var en specifik riskfaktor för förhöjda postpartum depressiva symtom.	Randomiserad kvantitativ studie	n=198	Låg SES var associerad till ökade depressiva symtom i slutet av graviditeten samt två och tre månader postpartum. Däremot en månad efter förlossningen hade kvinnorna från övre medelklass och kvinnorna som från låginkomst gruppen likartade depressions poäng.	RCT II

Hahn - Holbrook, Schetter, Arora, Hobel 2013 USA	Placental corticotropin- releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression.	Syftet med studien var att ta reda på hur samspelet mellan socialt stöd och hormonet pCRH är korrelerat till PPD.	Kvinnorna som var med i studien var tvungna att uppfylla vissa kriterier. Kvinnorna följdes kontinuerligt från graviditetsvecka 19 fram till 8 veckor postpartum. Kvinn- orna lämnade blod- prov och intervjuades vid varje tillfälle. Kvinnorna screenades också för depression graviditetsvecka 29 och 6-10 veckor postpartum.	n=210	Resultatet visade på att i graviditetsvecka 29-32 sker en succesiv ökning av stresshormonet pCHR. De kvinnor som hade en brant stegring av hormonet löpte större risk för PPD. De kvinnor som hade starkt socialt stöd gav ett skydd för ökad pCHR stegring. Det sociala stödet minskade risken för PPD.	CCT I
Katon, Russo, Gavin 2014 USA	Predictors of Postpartum Depression	Syftet med studien var att undersöka sociodemografiska faktorer, gravid och psykosocial stress, depression, hälsorisk, beteenden medicinsk och psykiatrisk sjukdom, graviditetsrelaterade sjukdomar och födelseutfall som riskfaktorer för PPD.	En prospektiv kohort- studie, innefattandes 1423 gravida kvinnor vid en universitetsbas- erad högrisk obstetriks klinik. Mätinstrument Health Questionnaire- 9 (PHQ) användes, patient som hade 10 poäng eller mer indikerade på signifikanta depressiva symtom.	n=1423 (101)	Resultat: Jämfört med kvinnor utan betydande symtom på PPD hade de som visade symtom på PPD lägre ålder, mer sannolikhet till arbetslöshet, hade depressiva symtom under graviditeten och högre psykosocial stress. Var mer benägna till att vara rökare, hade tagit antidepressivt under graviditeten, mer benägna att ha medicinska sjukdomar, diabetes och neurologiska tillstånd under graviditeten.	RCT I

Lee, Yi, Ju, Sohn, & Kim 2015 Korea	Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study.	Syftet med studien var att se om det fanns någon korrelation mellan PMDD och PPD.	Prospektiv	n=166	Resultatet visade att det fanns en viss korrelation mellan PMDD och PPD.	CCT II
Matijasevich, Golding, Smith, Santos, Barros, Victoria 2009 Storbritannien och Brasilien	Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK.	Syftet med studien var att jämföra prevalensen av depression hos kvinnor under det första och andra året postpartum. Forskarna ville se om mammans och barnets egenskaper hade något samband till resultatet och hur inkomsten var relaterad till depressionen.	Två populationsbaserade kvantitativa kohortstudier. Studie utfördes i Storbritannien som räknas till ett höginkomst land och i Brasilien som räknas till ett medelinkomstland, men som också räknas till ett av världens mest socialt ojämlika länder.	n=17907	Resultatet visade att förekomsten av depression skiljde sig mellan populationerna. Prevalensen var högre i Brasilien än i Storbritannien. Inkomsten visade sig ha betydelse i båda länderna.	CCT I
Okun, Luther, Praher, Perel, Wisniewski, Wisner 2010 USA	Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression	Syftet med studien var att utvärdera förändringen av sömnkvaliteten och hormoner under de första 17 veckorna postpartum samt se	Kvinnorna som deltog i studien var tvungna att uppfylla vissa kriterier. Deltagarna randomiserades till att medicinera med antidepressivt eller	n=56	Resultatet visade att de som tidigare haft PPD påverkades av dålig sömnkvalitet. Ingen av hormonerna var associerade med att få återfall av PPD. En kvinnas återfall ökade 25% i samband med dålig sömnkvalitet	RTC II

	recurrence	om dessa faktorer var associerade med PPD.	placebo direkt efter födelsen. Kvinnorna följdes upp kontinuerligt postpartum. Depressiva symtom, sömnkvalitet och hormon nivåer studerades. Deskriptiv statistik användes då man sammanställde resultatet.			
Park, Meltzer-Brody & Stickgold 2013 USA	Poor sleep maintenance and subjective sleep quality ar associated with postpartum meternal depression symptom severity	Syftet var att undersökta förhållandet mellan sömnvariabler och symtom på PPD	Detta var en longitudinell studie. Där hälften av kvinnorna tidigare hade haft depression och hälften inte. Kvinnor som hade kända sömnstörningar uteslöts. Deltagarna fick bära armband som mätte aktivitet en vecka i tredje trimestern och under 2:a, 6:e, 10:e och 14:e veckan postpartum.	n=25	Studien visade inga skillnader på de som tidigare hade haft depression och de som inte hade haft det. Då det var en liten studie kan inga slutsatser dras av det. Nästan alla deltagarna upplevde en försämrad sömn från tredje trimestern och de 14 första veckorna postpartum. Den viktigaste upptäckten i	CCT II
Radesky, Zuckerman,	Inconsolable infant crying	Syftet var att ta reda hur otröstlig	RCT, kohort studie.	n=587 (128)	I denna studie framgick det att mödrar som hade barn som skrek	RCT I

Silverstein, Rivara, Barr M, Taylor, Lengua, Barr R.G. 2013 USA	and maternal postpartum depressive symptoms	spädbarnsgråt är associerad till moderns PPD.			otröstligt i perioder på 20 minuter uppgav högre EPDS poäng. Det visade också att 20 minuter var kraftfullare än de barn som klassas som kolikbarn (3 timmars gråt per dag).	
Skalkidou, Sylvén, Papadoulos, Olovsson, Larsson, Sundström-Poromaa. 2009 Sverige	Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case—control study within the UPPSAT cohort	Syftet med denna studie var att utvärdera sambandet mellan serum leptin nivåer och Interleukin-6 vid förlossningen och den efterföljande utvecklingen av förlossningsdepression hos kvinnor.	Populationsbaserad kohortstudie.	n=347	Resultatet visade att Leptin var negativt korrelerat till PPD. Höga Leptin nivåer minskar risken för att utveckla PPD både sex veckor och sex månader postpartum. Interleukin-6 hade inget samband till PPD	CCT I
Sylvén, Ekselius,	Premenstrual syndrome and	Syftet var att undersöka om det	Populationsbaserad kohortstudie.	n=2318	Resultatet visade att kvinnor med PMS / premenstruell dysfori var	CCT I

Sundström-Poromaa, Skalkidou Sverige	dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression	fanns något möjligt samband mellan PPD och premenstruella symtom (PMS).			associerad med självrapporterad PPD. Förstföderskor hade ingen korrelation mellan PMS och PPD medan omföderskor hade en korrelation.	
Sword, Clark, Hegadoren, Brooks, Kingston 2009 Kanada	The complexity of postpartum mental health and illness: a critical realist study.	Syftet med denna studie var att identifiera de viktigaste mekanismer och faktorer som är förknippade med närvaron eller frånvaron av PPD hos kvinnor med en historia av depression, och kvinnor utan en historia av depression.	Kvalitativ	n=20	Resultatet visade att både personliga faktorer, sociala förhållande och situationer påverkade den psykiska hälsan postpartum.	K II
Vik, Grote, Socha, Verduci, Fritsch, Carlier, Von Kries, koletzko 2009 Tyskland	Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression	Syftet med studien var att studera om spädbarn som skriker är associerad till moderns PPD	Prospektiv studie.	n=1015 (283)	2 månader efter postpartum hade mödrar till spädbarn med kolik ökade EPDS poäng jämfört med mödrar till barn utan kolik. Vid 6 månader hade mödrar till barn med kolik fortfarande höga EPDS poäng fast koliken hade avtagit.	RCT I
Xi, He, Koszycki, Walker, Wen	Prenatal social support, postnatal	Syftet med studien var att ta reda på om prenatalt socialt stöd	Prospektiv kohortstudie. Kvinnorna som deltog i studien var	n= 534 (132)	Resultatet visade att 103 av deltagare drabbades av PPD. Kvinnor med låg prenatalt och	CCT I

2009 Kina	social support and postpartum depression.	och postnatalt socialt stöd var kopplat till postpartum depression.	gifta förstföderskor mellan 20-40 år. De fick inte ha någon faktor bakom sig som kunde vara bidrag- ande för att utlösa PPD. Kvinnorna intervjuades och socialt stöd mättes med skalan (SSRS) EPDS an-vändes för att mäta psykisk ohälsa.		postnatalt socialt stöd hade en högre grad av PPD. Det postnatala sociala stödet visade sig ha störst betydelse. EPDS användes för att mäta psykisk ohälsa.	
--------------	--	--	---	--	---	--