



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

**Att vänta barn:
relationstillfredsställelse, självförmåga och förväntningars
påverkan på depressions- och ångestsymtom hos
blivande mödrar**

Nellie Ahlfors & Josefin Wennerholm

Psykologexamenuppsats. 2020

Handledare: Elia Psouni

Examinator: Sean Perrin

Abstract

Prenatal depression and anxiety are common and affect 12.8% and 10.4% of expectant mothers, respectively. In addition to mental suffering, the symptoms can also have a negative impact on the unborn and later born child. Both are also strongly predictive of postnatal depression (PND). The majority of previous research has primarily focused on the occurrence of depression and anxiety separately and also mainly in the postnatal period. The current study aimed to investigate maternal depressive and anxiety symptoms, and possible comorbidity, during the prenatal period, as well as whether these symptoms are predicted by individual self-efficacy and expectations of parenthood, and relationship satisfaction. The current study is a pilot for the longitudinal child- and family development project “Evidence Over Conviction”, and aims therefore also at highlighting methodological limitations and difficulties of the large-scale project. A total of 84 expectant mothers in the third trimester of pregnancy answered a web-based questionnaire concerning demographic information, depressive symptoms, anxiety symptoms, self-efficacy and expectations for parenthood, and - where applicable - relationship satisfaction. Over 15% of expectant mothers reported high levels of both depressive and anxiety symptoms. Depressive symptoms and so-called depressive equivalents were equally frequent and correlated. Comorbidity between anxiety and depression symptoms was high. Level of education was a strong, negative predictor of symptoms. The results highlight the need to bring attention to broadly defined depressive symptoms and anxiety symptoms already in the prenatal period, in order to alleviate the ongoing distress but also to prevent increased risk of mental illness postnatally. The maternal healthcare system ought to be particularly responsive to those who may also have other difficulties, such as low socioeconomic status.

Keywords: prenatal period, anxiety, depression, depressive equivalents, relationship satisfaction, self-efficacy, expectations, parenthood, pregnancy, third trimester

Sammanfattning

Prenatal depression och ångest är vanligt förekommande och drabbar 12,8% respektive 10,4% av blivande mödrar. Förutom psykiskt lidande kan symtomen även ha negativ inverkan på det ofödda och senare födda barnet. Båda är dessutom starkt predicerande för postnatal depression (PND). Majoriteten av tidigare forskning har framför allt fokuserat på förekomst av depression respektive ångest var för sig och då främst i den postnatala perioden. Föreliggande pilotstudie ämnade undersöka depressions- och ångestsymtom hos blivande mödrar, och eventuell komorbiditet, under den prenatala perioden, samt huruvida dessa symtom prediceras av upplevd självförmåga (*engelska: self-efficacy*) och förväntningar på föräldraskap, samt relationstillfredsställelse. Den aktuella studien utgör en pilotstudie till det longitudinella barn- och familjeutvecklingsprojektet "Evidens kontra Övertygelse", och syftar därmed även till att belysa metodologiska begränsningar och svårigheter i det fullvärdiga projektet. Sammantaget besvarade 84 blivande mödrar i graviditetens tredje trimester ett webb-baserat frågeformulär rörande demografisk information, depressiva symtom, ångestsymtom, självförmåga och förväntningar inför föräldraskap, och - i tillämpliga fall - relationstillfredsställelse. Över 15% av de blivande mödrarna rapporterade höga nivåer av såväl depressiva som ångestrelaterade symtom. Vanligt förekommande depressiva symtom och så kallade depressiva ekvivalenter (*engelska: depressive equivalents*) var lika frekventa och korrelerade. Komorbiditet mellan ångest och depression var hög. Utbildningsnivån var en stark, negativ prediktor för symtom. Resultaten belyser behovet av att redan i den prenatala perioden uppmärksamma breda definierade depressiva symtom och ångestsymtom, dels för att lindra de pågående besvären men också för att förhindra ökad risk för psykisk ohälsa postnalt. Mödrahälsovården behöver vara särskilt lyhörda för de som eventuellt även har andra svårigheter, såsom låg socioekonomisk status.

Nyckelord: prenatal period, ångest, depression, depressiva ekvivalenta symtom, relationstillfredsställelse, självförmåga, förväntningar, föräldraskap, graviditet, tredje trimestern

Tack

Författarna skulle vilja tacka alla som har varit med och bidragit till den här uppsatsen. Tack till de blivande mödrarna som har deltagit i studien och till Skånes barnmorskemottagningar som har hjälpt till med rekrytering av deltagare. Ett särskilt tack till Elia Psouni för god handledning och för möjligheten att skriva vår uppsats inom forskningsprojektet "Evidens kontra Övertygelse". Den aktuella pilotstudien var beräknad att baseras på de första 200 deltagarna, men rådande pandemi omöjliggjorde detta. Istället fick datastopp ske vid 109 deltagare. Tack till forskargruppen för det fina samarbetet som möjliggjorde denna uppsats.

Bakgrund

Begreppet transition innebär förändring, och att bli förälder är ett exempel på en av de mest uppmärksammade utvecklingsrelaterade transitionerna (Schumacher & Meleis, 1994). Graviditet, specifikt i den tredje trimestern, är en känslig period som innefattar såväl fysiska och psykiska (individuella) som relationella förändringar, vilket ställer krav på psykologisk anpassning (Aceti et al., 2012; Cowan & Cowan, 1995). Trots positiva känslor för det väntade barnet kan den livsförändring som sker upplevas som belastande (Meuti et al., 2015), och betungande depressions- och ångestsymtom i den prenatala perioden är vanligt förekommande (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004; Berle et al., 2005; Leis, Heron, Stuart & Mendelson, 2014). Ångest respektive depression under graviditeten har även visat sig ha negativ inverkan på barnet (Huizink et al., 2017), samt vara starkt predicerande av postnatal depression (PND) hos mödrar (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). Trots detta inriktar sig forskning och kliniska insatser mer på den postnatala perioden och PND, och förefaller i större utsträckning fokusera på depressivitet än ångest. Författarna till aktuell studie menar att det kan finnas ett värde att redan under graviditeten uppmärksamma såväl ångestrelaterade som depressiva symtom hos blivande mödrar, för att tidigare kunna bidra med rätt stöd. Risken är annars att svårigheterna förblir obehandlade, med negativa konsekvenser för både mödrar och barn (Cowan & Cowan, 1995; Huizink et al., 2017; Leis et al., 2014).

Forskningen har visat att relationsproblem under graviditeten ökar risken för PND (Ripley et al., 2018). Olika individuella faktorer har också studerats i samband med psykologisk utsatthet under graviditeten, och det finns evidens för att balanserade förväntningar om hur det kommer att bli när barnet är fött förebygger psykisk ohälsa senare (Harwood, McLean & Durkin, 2007). Dock kan sådana förväntningar ses som delvis beroende på kontext och övergående. En mer generell och stabil egenskap som har visat sig ha en positiv inverkan på psykologisk anpassning och välmående i tider av förändring är individens upplevda självförmåga (*engelska: self-efficacy*) (Bandura, 1997). Huruvida denna generella, grundläggande egenskapen är relaterad till psykisk ohälsa under graviditeten är däremot hittills ostuderat. Det är dessutom oklart om sådana individuella faktorer väger tyngre än relationella svårigheter i sammanhanget.

Den aktuella pilotstudien fokuserar därför på symtom på prenatal depression respektive ångest hos blivande mödrar och undersöker det prediktiva värdet av upplevd självförmåga jämfört med förväntningar inför föräldraskapet och relationstillfredsställelse. Ökad kunskap om sådana potentiella risk-och skyddsfaktorer kan leda till en bättre förståelse

för prenatal mental hälsa och således förbättrad tillgång till hjälp för blivande mödrar, i form av screening och tidiga behandlingsinsatser. Dessutom finns idag många olika familjeformer, och utmaningar i den prenatala perioden kan således variera. Trots studiens delvis relationella fokus inkluderas därför även blivande mödrar utan medförälder.

Prenatal depression och ångest

Perinatal depression är en symtomspecifikation som omfattar depressiva symtom såsom nedstämdhet, minskat intresse/minskad glädje och känslor av värdelöshet eller överdrivna skuld känslor som debuterar under graviditeten, i samband med förlossningen eller som uppstår under de fyra första veckorna efter barnets födelse (DSM-V: American Psychiatric Association, 2013). Postnatal depression (PND) uppstår någon gång under det första året efter födelsen. Det finns ingen depressionsdiagnos som endast rör den prenatala perioden (DSM-V: American Psychiatric Association, 2013). Utöver de vanliga uttrycken för depression har så kallade ekvivalenta depressionssymtom (*engelska: depressive equivalents*) (Wålinder & Rutz, 2001) såsom låg stresstolerans, utagerande, låg impuls kontroll och missbruk noterats som vanliga uttryck för depressivitet hos män (Danielsson & Johansson, 2005; Wålinder & Rutz, 2001), men på senare tid har frågan lyfts ifall dessa uttryck för depressivitet inte förekommer allt mer bland kvinnor. Förändringar i sociala roller och förväntningar på genus påverkar uttrycken av depression och eftersom transitionen till föräldraskap ofta inkluderar stress kan det trigga depressiva ekvivalenta symtom även hos kvinnor (Psouni, Agebjörn & Linder, 2017).

Det finns mycket forskning om mödrarnas psykiska hälsa i den postnatala perioden och i synnerhet postnatal depression (PND), vilken är den vanligaste negativa följden av graviditet och förlossning. PND drabbar 13–19% av kvinnor (O’Hara & McCabe, 2013). Den psykiska hälsan i den prenatala perioden är kanske något mindre uppmärksammas, dock är förekomsten av depression hos såväl mödrar som fäder under den prenatala perioden högre, jämfört med den generella populationen (Mangialavori et al., 2019). En systematisk översiktsartikel har visat att prevalensen för prenatal depression bland kvinnor är 7,4%, 12,8% och 12% för den första, andra, respektive tredje trimestern (Bennett et al., 2004). Prenatal depression är alltså minst lika vanligt som PND och har visat sig vara en stark prediktor för PND hos mödrar (Robertson et al., 2004).

Prenatal ångest har inte undersökts i samma utsträckning som depression, däremot kan de förändringar mödrar och deras partners upplever under graviditet och inför föräldraskap upplevas som belastande och ge upphov till oro och ångest (Meuti et al., 2015; Oates, 1989), trots parallella positiva känslor. Ångest relaterat till graviditeten kan vara oro som rör

födelsen, missfall, kroppsideal men också omsorg och stöd, och forskningen visar att 10,4% av gravida kvinnor uppfyller kriterierna för en ångestdiagnos (Berle et al., 2005). Dessa tankar kan leda till konsekvenser som negativa attityder, riskbeteenden och undvikande (Anderson, Brunton & Dryer, 2019). Forskning har även visat att de kvinnor som upplever ångest kan ha ökad risk att engagera sig i ohälsosamma beteenden under graviditeten såsom rökning, alkoholkonsumtion, samt uteblivande av besöken hos barnmorskan. Oavsett om det är ett försök att minska symtomen eller resultat av symtomen, ökar dessa beteenden risken för skadliga konsekvenser (Littleton, Breikopf & Berenson, 2007). Likt depression har även ångest under graviditeten visat sig vara en stark prediktor för PND hos mödrar (Robertson et al., 2004). Prenatal ångest förefaller inte vara ett lika uppmärksammat område, vilket öppnar upp för risken att den varken upptäcks eller behandlas hos blivande mödrar.

Medan förstagångsföräldrar befinner sig i en period som karaktäriseras av ökad emotionell sårbarhet, och symtom av ångest och depression kan vara övergående uttryck av denna sårbarhet, finns det kvinnor som upplever ångest och depressivitet genom hela graviditeten. Moderns mentala hälsa har en stark inverkan på barnets uppväxtmiljö men den prenatala mentala hälsan är av särskild vikt på grund av de potentiella fysiologiska effekterna på det utvecklande fostret. Exponering för stress under graviditet påverkar fosterutvecklingen vilket i sin tur påverkar födelseutfallet och det nyfödda barnets funktioner (Leis et al., 2014). Forskning har visat att höga nivåer av ångest och depression under graviditeten kan bidra till prematur födsel, svårt temperament och varaktiga emotionella och beteendemässiga problem hos barnet, även efter kontroll för senare mentala hälsoproblem hos modern samt olika sociodemografiska och psykosociala egenskaper (Huizink et al., 2017; Leis et al., 2014). Vidare har forskningen visat att barn vars mamma drabbats av ångest eller depressiva symtom under den prenatala perioden löper större risk för utvecklingssvårigheter och psykisk ohälsa (Luoma et al., 2001; O'Connor, Heron & Glover, 2002). I den generella populationen har depression och ångest en hög komorbiditet (Kaufman & Charney, 2000) och studier om prenatal psykisk ohälsa varierar i huruvida fokus läggs på depression och ångest separat eller i kombination (Leis et al., 2014). Forskning har visat att kombinationen av depression och ångest är relaterat till svårare symtomatologi för den drabbade och större vardaglig påverkan än att ha ångest eller depression separat (Kaufman & Charney, 2000).

Det finns därför ett värde att redan under graviditeten screena för och upptäcka symtom av depressivitet och ångest för att tidigare kunna bidra med stöd och därmed underlätta anpassningen till föräldraskap och förebygga dessa allvarliga konsekvenser. Eftersom många upplever hinder i att avslöja symtom av psykisk ohälsa (Arnaez, Krendl,

McCormick, Chen & Chomistek, 2020), i synnerhet i den perinatale perioden (Bennett, Boon, Romans & Grootendorst, 2007; Cacciola & Psouni, 2020; Dennis & Chung-Lee, 2006) menar författarna till aktuell studie att det dessutom är viktigt att öka kunskapen om vilka individuella eller relationella faktorer som tyder på risk för prenatal psykisk ohälsa.

Förväntningar inför föräldraskapet och självförmåga

Att ha förväntningar kan ge upplevelsen av att en kan förstå, predicera och kontrollera händelser i sitt liv. Utvecklingen av förväntningar fyller en adaptiv funktion och möjliggör effektiva interpersonella interaktioner (Lawrence, Nylén & Cobb, 2007). Förväntningar är däremot tillfälliga och bestäms av situationella faktorer samt skiljer sig åt individer emellan (Eden, 1988). Man har i tidigare forskning sett associationer mellan positiva förväntningar och positiva sinnestillstånd, minskad negativ affekt och adaptivt beteende (Harwood et al., 2007). Liknande har negativa förväntningar associerats med nedstämdhet, ökad stress och sämre anpassning till förändringar. I linje med detta är positiva förväntningar på föräldraskap relaterat till positiv anpassning till den nya rollen som förälder, medan negativa förväntningar på föräldraskap korrelerar med sämre anpassning (Harwood et al., 2007). Positiva förväntningar är också relaterat till positiva postnatale attityder (Lawrence et al., 2007).

Det är vanligt att blivande föräldrar ofta möter föräldraskapet med entusiasm och förtjusning och därmed har positiva förväntningar om sin förmåga att navigera denna övergång (Lawrence et al., 2007). För vissa kan däremot erfarenheten skilja sig från vad som förväntades (Flykt et al., 2011). Individer med orealistiska eller överdrivet positiva förväntningar kan således riskera att bli besvikna på grund av sina förväntningar. Kvinnor vars förväntningar och faktiska erfarenheter är mer diskrepanta har svårare att anpassa sig till föräldraskapet än kvinnor som rapporterar mindre diskrepans (Lawrence et al., 2007).

Gross och Marcussen (2016) har beskrivit att tron på sin egen självförmåga som förälder är negativt korrelerat med PND, för både män och kvinnor. Självförmåga handlar om individens förväntan på sig själv och förmågan att kunna utföra nödvändiga beteenden för att nå önskade utfall, och har således en påverkan på individens kognitiva, emotionella och beteendemässiga responser i olika svåra situationer (Bandura, 1977). Man skiljer ibland på generell självförmåga, som kan liknas vid ett stabilt karaktärsdrag, och specifik självförmåga som är mer likt ett tillstånd som varierar beroende på kontext. Generell självförmåga är motståndskraftig mot extern påverkan (Luszczynska, Gutiérrez & Schwarzer, 2005). Individer med hög självförmåga har tilltro till sina egna färdigheter och tenderar att se problem som utmaningar istället för hot eller okontrollerade situationer. Individer med låg självförmåga upplever oftare självtvivel och ångest vid utmanande situationer och bakslag (Bandura, 1977).

I tider av förändring och anpassning kan hög självförmåga agera som en skyddsfaktor medan låg självförmåga kan innebära psykologisk sårbarhet (Harwood et al., 2007). Vi föreslår därför att generell självförmåga kan spela en viktig roll under graviditeten. Då blivande föräldrar med hög tilltro till den egna förmågan är sannolika att ha optimistiska förväntningar på sitt liv som föräldrar. Dessa psykologiska faktorer eventuella koppling till depression- och ångestsymtom har ännu inte studerats i den prenatala perioden.

Relationstillfredsställelse

Blivande föräldrar står inför stora förändringar inte bara som individer utan också som par (Mangialavori et al., 2019). I själva verket har forskning visat att den perinatala perioden ofta är associerat med stora förändringar i relationen som kan resultera i relationell stress och minskad upplevd relationskvalitet och tillfredsställelse (Cowan & Cowan, 1995; Levy-Shiff, 1994). Utsträckningen i vilken partners/medföräldrar är linjerade i sina individuella förväntningar och preferenser spelar en viktig roll för parets adaptiva processer (Keizer & Schenk, 2012). Samtidigt visar forskningen att dyadisk missanpassning i transitionen till föräldraskap kan öka konfliktfrekvensen och agera som riskfaktor för postnatal depression hos mödrar (Ripley et al., 2018). Högre frekvens av konflikter under graviditeten är relaterat till lägre nivåer av relationskvalitet också efter barnets födelse (Kluwer & Johnson, 2007). Således står det klart att mindre relationstillfredsställelse i den prenatala perioden är associerat med ökade symtom av psykisk ohälsa, men det relativa bidraget av relationstillfredsställelse, jämfört med individens upplevda egna självförmåga och prenatala förväntningar är oklart.

Syfte, frågeställningar och hypoteser

Den aktuella studien ämnar minska denna kunskapslucka genom att belysa det potentiella relativa värdet av relationstillfredsställelse, självförmåga och förväntningar inför föräldraskapet för psykisk ohälsa i den prenatala perioden. Såväl symtom på depression som symtom på ångest hos blivande mödrar fokuseras på, medan bakgrundsfaktorer som skulle kunna vara relevanta beaktas.

Tre huvudhypoteser testas:

H1: Att prenatal depression hos kvinnor innefattar såväl vanligt förekommande depressiva symtom som depressiva ekvivalenta symtom.

H2: Att depressionssymtom samvarierar med ångest i den prenatala perioden.

H3: Att självförmåga, förväntningar inför föräldraskap och relationstillfredsställelse predicerar nivå av självskattad ångest och depression i den prenatala perioden.

Studien genomförs inom ramen för ett större, longitudinellt projekt som undersöker hur barn- och familjeutveckling och mående i olika dagsaktuella familjeformer påverkar de

yngre barnens känslomässiga trygghet och anpassningsförmåga. Detta görs genom att följa barn- och familjeutveckling över tid, och med ett longitudinellt beaktande av betydelsen av karakteristiska i barnets uppväxtmiljö och relevanta egenskaper hos föräldrarna – som de var innan barnet föddes. Projektet sträcker sig från 3 månader före födsel till 1000 dagar (ca 3 år) efter barnets födelse (www.psy.lu.se/forskning/utvecklingspsykologi/evidens-kontra-overtygelse). Den aktuella studien utgör en pilot för en storskalig, framåtblickande studie inom projektet (www.psy.lu.se/vantar-du-barn), som fokuserar på familjens naturliga utveckling och beaktar familjeformer, föräldraomsorg och förskola som samverkande kontext. Därför syftar pilotstudien, utöver frågeställningarna ovan, till en metodologisk granskning, inför den longitudinella proceduren, av rekryteringsmetoder, instruktioner till deltagarna och hur själva enkäten fungerar. Med tanke på projektets omfattning och covid-19-relaterade svårigheter kan en sådan pilotstudie bidra inte bara med preliminära och indikativa resultat beträffande prenatal mental ohälsa utan också med kritiska metodologiska synpunkter.

Metod

Forskningsprojektets urval består av blivande mödrar och deras partners (i de fall de finns). Deltagare rekryteras nationellt och deltar genom att fylla i ett webb-baserat frågeformulär vid 5 olika tillfällen under en 3-årsperiod: 3 månader innan barnet föds (T1), och när barnet är 3, 9, 18 och 33 månader gammalt (T2-T5). Om det finns en medförälder är det önskvärt att även den personen deltar. Medföräldern är ofta barnets andra förälder, men det kan också vara en annan person, som den deltagande delar föräldraansvaret med. Partner definieras som den deltagande föräldrarnas romantiska partner, om en sådan finns (www.psy.lu.se/vantar-du-barn). Projektet välkomnar således föräldrar och blivande föräldrar från alla familjekonstellationer. Den aktuella pilotstudien utgör en kontroll och analys av T1 data, planerad att innefatta de första 200 deltagarna i studien. Covid19-pandemin har däremot orsakat stora förseningar och svårigheter som har inneburit att studien kunde lanseras först andra veckan i oktober år 2020. Pilotstudien använder sig således av ett bekvämlighetsurval av de blivande mödrarna som fyllt i det webb-baserade frågeformuläret ca 3 månader innan beräknad förlossning (T1), till och med den 9 december 2020.

Deltagare

Data som extraherades innefattade respons från 109 blivande föräldrar. Av dessa 109 var 84 blivande mödrar och 25 blivande fäder. Endast data från de blivande mödrarna betraktas i den aktuella pilotstudien. Sammantaget baseras således analyserna på data från 84 blivande mödrar i tredje trimestern av graviditeten. Samtliga deltagare var bosatta i Sverige.

Medelåldern bland deltagarna var 32,2 år ($SD=4,3$). Majoriteten av deltagarna ($n=67$, 79,8%) var i en relation och bodde tillsammans med medföräldern till barnet. Majoriteten ($n=73$, 86,9%) hade postgymnasial utbildning, vilket visar på utbildningsbias i urvalet, eftersom motsvarande andel kvinnor med eftergymnasial utbildning för åldersgruppen i populationen är 37,39% (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2020). Demografisk information redovisas i Tabell 1.

Tabell 1

Demografisk information

Demografi	<i>n</i>	%
Utbildning		
Grundskola/gymnasium	11	13,1%
3-årig examen eller motsvarande	39	46,4%
5-årig examen eller motsvarande	20	23,8%
Universitets-/Högskolestudier > 5 år	14	16,7%
Medföräldraskap		
Ja	67	79,8%
Nej	17	20,2%

Kommentar. I tabellen presenteras antalet respondenter (*n*) och frekvens (%) för hur deltagarna har svarat på frågorna om utbildning och medföräldraskap

Instrument

Depression och ångest. Två depressionsskalor användes för att fånga upp såväl vanligt förekommande depressiva symtom som depressiva ekvivalenta symtom. Dessutom användes en ångestskala.

Edinburgh Postpartum Depression Scale. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox, Holden & Sagovsky, 1987; svensk översättning: Wickberg & Hwang, 1996) innehåller 10 items som avser att mäta specifika symtom vid postnatal depression hos mödrar. Skalan indikerar hur modern har mått den senaste veckan. Resultatet bedöms sedan i relation till normerande riktlinjer där en poäng av 10 poäng eller högre indikerar sannolik depression (Cox et al., 1987; Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi & Ramchandani, 2010). Under svenska förhållanden anses 11,5 poäng som optimal cut off med en sensitivitet på 96% och en specificitet på 70% (Wickberg & Hwang, 1996). Reliabiliteten för skalan bedöms vara hög ($\alpha=0,88$) (Bernazzani, Saucier, David & Borgeat, 1997). En svensk studie som har validerat skalan mot (DSM-IV) hos gravida kvinnor visade att en cut off på 13 poäng gav sensitivitet på 77% och specificitet på 94%. Skalan korrelerar högt med andra skalor som avser att mäta depression (Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson & Sydsjö, 2011). I den aktuella studien uppgick Cronbachs alfa till 0,87.

Gotland Male Depression Scale. Gotland Male Depression Scale (GMDS: Wålinder & Rutz, 2001) är ett självskattningsformulär på 13 items som avser att mäta depressiva symtom hos män (Zierau, Bille, Rutz & Bech, 2002). Skalan inkluderas för att fånga upp eventuella depressiva ekvivalenta symtom bland gravida kvinnor. Formuläret består av två delskalor. Delskalan "bekymmersamhet" innehåller frågor relaterade till bland annat aggressivitet, självkontroll och stresstålighet, medan delskalan "depression" berör symtom på depression såsom upplevelse av tomhet och utbrändhet, trötthet och irritabilitet. Frågorna besvaras på en Likert-skala med fyra punkter poängsatta från 0 till 3. En poäng ≥ 13 indikerar sannolik mild depression (Zierau et al., 2002), medan poäng över 25 antyder allvarlig depression (Sigurdsson, Pålsson, Aevansson, Olafsdottir & Johannsson, 2015). GMDS har i tidigare studier påvisat acceptabel validitet och reliabilitet ($\alpha=0,86$) (Zierau et al., 2002). I den aktuella studien uppgick Cronbachs alfa för skalan till 0,80.

Perinatal Anxiety Screening Scale. Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS: Somerville et al., 2014; svensk översättning: Psouni, Frisk & Brocki, 2020) är ett formulär på 31 items som avser att mäta ångestsymtom perinatalt. Frågorna besvaras på en fyrpunktig Likert-skala med poäng 0-3, där individen ska svara utifrån dennes upplevelse den senaste månaden. Noll poäng motsvarar "inte alls" medan 3 poäng motsvarar "nästan alltid", där högre poäng indikerar högre nivå av ångest. Skalan mäter fyra kategorier av ångest; (1) akut ångest och anpassning, (2) generell oro och specifika rädslor, (3) perfektionism, kontroll och trauma, och (4) social ångest. PASS har i tidigare studier uppvisat god validitet, då skalan signifikant korrelerat med andra skalor som också används för att screena för ångest, både generellt och perinatalt. Skalan har även hög reliabilitet, både för delskalorna (mellan $\alpha=0,86$ och $\alpha=0,90$) och totalt ($\alpha=0,96$) (Somerville et al., 2014). I den aktuella studien uppgick Cronbachs alfa för skalan till 0,93.

Relationsvariabel. Dyadic Adjustment Scale. Dyadic Adjustment Scale (DAS: Spanier, 1976; svensk översättning: Lundblad & Hansson, 2005) är ett självskattningsformulär på 32 items som avser att mäta tillfredsställelse i partnerrelationen genom fyra delskalor: (1) dyadisk enighet, (2) dyadisk tillfredsställelse, (3) dyadisk samhörighet, och (4) känslomässiga uttryck. Frågorna besvaras på en Likert-skala. Endast delskalan dyadisk tillfredsställelse användes i aktuell studie, vilken påvisar en hög reliabilitet ($\alpha=0,94$) (Spanier, 1976). I svenska förhållanden uppvisar DAS hög reliabilitet för delskalorna, mellan 0,86 och 0,91 (Lundblad & Hansson, 2005; Psouni & Eichbichler, 2020). I den aktuella studien uppgick Cronbachs alfa för delskalan dyadisk tillfredsställelse till 0,76.

Förväntningar inför föräldraskap. Parenting Satisfaction Scale. Parenting

Satisfaction Scale (PSS: Guidubaldi & Cleminshaw, 1985) innehåller 45 items som avser att mäta nivåer av tillfredsställelse som förälder, beträffande den egna prestationen som förälder, medförälderns barnuppfostran och relation till barnet. I aktuell studie används enbart de två första skalorna (30 items). Reliabiliteten bedöms som hög (0,76–0,93 för de olika domänerna). Test-retest reliabiliteten är måttlig i ett 2-års spann (0,81). I tidigare studier uppvisar skalan en hög validitet tvärkulturellt, och bred applicerbarhet (Guidubaldi & Cleminshaw, 1985). PSS item i den aktuella studien har anpassats för att mäta de blivande föräldrarnas förväntningar inför föräldraskapet, det vill säga hur de tror att de kommer ha det som föräldrar, exempelvis förväntan att barnet kommer vara en glädje och kul att vara med. I den aktuella studien med anpassade items uppgick Cronbachs alfa för skalan till 0,87.

Självförmåga. *General Self-efficacy Scale.* General Self-efficacy Scale (GSE: Schwarzer & Jerusalem, 1995; svensk översättning: Koskinen-Hagman, Schwarzer & Jerusalem, 1999) är ett självskattningsformulär på 10 items som avser att mäta generell självförmåga. Frågorna besvaras på en Likert-skala med fyra punkter, poängsatta från 1 till 4. Svartalernativet “tar helt avstånd” utgör den lägsta poängen och svartalernativet “instämmer helt” den högsta. Högre poäng indikerar högre nivå av självförmåga. GSE har uppvisat god validitet i relation till emotion, optimism och arbetstillfredsställelse. Skalan har hög reliabilitet (mellan $\alpha=0,76$ och $\alpha=0,90$) (Schwarzer & Jerusalem, 1995), så även den svenska versionen (S-GSE) ($\alpha=0,90$) (Löve, Moore & Hensing, 2012). I den aktuella studien uppgick Cronbachs alfa för skalan till 0,90.

Bakgrundsfrågor. Slutligen fick deltagarna svara på frågor gällande deras ålder, utbildningsnivå samt föräldrasituation (närvaro av barnets andra förälder, eller annan person).

Procedur

Information om studien och vad deltagande innebär distribuerades både fysiskt och digitalt på såväl regionala/kommunala som privata Mödra- och barnhälsovårdsmottagningar i Skåne, samt via media och sociala medier. Formuläret spreds på hemsidan Facebook, både på privata användarsidor och i grupper specifikt tillägnade föräldrar och gravida. Även företag nischade mot gravida annonserade om studien på sina hemsidor. Deltagarna fick vid intresse själva initiera kontakt med studien genom ett digitalt informationsblad och efterföljande samtycke för deltagande i studien. Deltagarna fick då även lämna information om datum för beräknad förlossning. Först därefter, och inte tidigare än 90 dagar före beräknad förlossning fick deltagarna en länk till frågeformuläret, vilket de instruerades att fylla i när och var de ville, samt att det skulle ta 20–35 minuter att göra. Ingen ersättning utgick för deltagande i studien, däremot fick varje deltagare, efter ifyllt frågeformulär, en lättsmält text,

sammanställd av experter från Lunds universitet, kring ny forskning rörande barn, uppfostran och familjeliv. Rekrytering samt T1 datainsamling för ”Evidens kontra Övertygelse - studie 1” är beräknad att pågå under en period av 12–15 månader. Aktuell studie baseras på T1 (prenatalt) data under rekryteringsprocessens början, under en 5 veckors period (fjärde veckan i oktober till andra veckan i december).

Etik. Deltagarna informerades om att deltagande i studien var frivilligt och kunde avbörjas samt avbrytas när som helst utan att behöva ange några skäl. För att delta i studien behövde deltagarna ge sitt medgivande genom att längst ner i det digitala informationsbladet fylla i deras samtycke genom att kryssa för ”Ja” på texterna ”Jag samtycker till att delta i studien” samt ”Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation”. Eftersom studien är longitudinell är deltagandet inte anonymt. Författarna har behandlat information som är av känslig och personlig natur såsom psykisk ohälsa och relationskvalitet, men denna information har hämtats från en databas där inga personuppgifter lagras. Författarna för aktuell uppsats kom således inte i kontakt med några personuppgifter.

Forskningsetiska frågor av bredare karaktär. Studien har prövats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten. Även om frågorna som ställs till de blivande föräldrarna inte borde ge upphov till något nämnvärt obehag finns möjliga negativa konsekvenser av deltagandet. De som exempelvis inte har tänkt eller reflekterat över frågorna som ställs kan möjligtvis uppleva att de inte är förberedda för föräldraskapet, eller frågor såsom ”borde jag ha tänkt på det här?” eller ”tänker alla på dessa frågor? Är jag annorlunda?”. Frågorna om relationstillfredsställelse kanske triggar tankar och ökar reflektionerna som gör att personen kommer fram till förhastade slutsatser. Därför informeras deltagarna att frågorna berör känslomässiga områden. De informeras om att frågorna inte borde ge upphov till något nämnvärt obehag och att det kan vara givande att reflektera över sitt mående och sin situation som förälder men uppmuntras också att vid tankar och funderingar höra av sig till huvudansvarig forskare eller annan legitimerad psykolog i projektet, eller namngiven fristående legitimerad psykolog. Ändå finns en liten risk att någon deltagare inte ventilerar bekymmer för att inte vara till besvär. Att bära funderingar eller tankar som blev tydliga av deltagandet i studien kan leda till mer eller mindre omedvetna känslor och potentiellt obehag. Detta kan dock också tänkas vara funderingar som tillhör det vardagliga livet och där nyttan med varje individs deltagande väger upp den potentiella risken för obehag. Det finns en sannolikhet att de som svarat på enkäten blir föräldrar igen, eller känner andra blivande föräldrar och därmed kan dra nytta av den kunskap som studien producerat. Sammantaget

finns det vinster på såväl mikro- som makronivå, där ansträngning och bidragande på individnivå kommer ha effekt på framtidens mödra- och barnhälsovård.

Dataförberedelser och analysplan

För att analysera data användes IBM Statistics SPSS version 26. Bortfall av data varierade från 0% för vissa item, upp till 13,1% för andra item. Bortfallet av data fanns primärt i instrument i slutet av frågeformuläret. Det totala bortfallet var ca 5%. Listwise deletion för att hantera bortfallet hade lämnat endast 87% av de 84 deltagarna i urvalet tillgängliga för analys. Därför användes metoden multipel imputation, vilket anses vara den mest lämpliga metoden för att hantera bortfall av data (Manly & Wells, 2015). Multipel imputation genererade fem imputerade dataset, och adresserade bortfall i variablerna ångest, självförmåga och förväntningar inför föräldraskap. Inga saknade värden fanns i de två depressionsinstrumenten. Variabeln relationstillfredsställelse utelämnades från imputationsprocedurer då uteblivna svar berodde på att deltagare som inte rapporterade medförälder inte blev tillfrågade om relationstillfredsställelse. Analyserna för varje enskilt imputerat dataset slogs samman i enighet med Rubin's (1987) regler. Deskriptiva data baserat på den imputerade databasen skiljde sig inte åt jämfört med deskriptiva data baserat på den ursprungliga databasen. Resultaten av de statistiska analyserna baserat på data efter multipel imputation var likvärdiga med resultaten baserat på den ursprungliga databasen. De resultat som presenteras nedan baseras således på dataset med imputerade värden.

Inledningsvis genomfördes, för hypotes 1 och 2, bivariata korrelationsanalyser för att undersöka samband mellan samtliga av studiens variabler. Då det påvisades starka korrelationer mellan PASS, EPDS och GMDS skalpoäng undersöktes genom faktoranalys möjligheten att kombinera depressiva och ångestrelaterade symtom till en variabel. Därefter, för hypotes 3 genomfördes en hierarkisk multipel regressionsanalys för att predicera nivån av symtom av prenatal psykisk ohälsa hos blivande mödrar. I analysens första steg användes endast bakgrundsvariabler (ålder, utbildningsnivå och medföräldraskap). För att undersöka det prediktiva värdet av specifika förklarande variabler adderades i steg två förväntningar inför föräldraskapet/PSS, självförmåga/GSE, samt relationstillfredsställelse/DAS. Beroende variabel var symtom.

Resultat

Deskriptiv statistik

Deskriptiva data för samtliga av studiens variabler presenteras i Tabell 2.

Tabell 2

Medelvärden, standardavvikelser och range för kontinuerliga variabler (n=84)

	<i>m</i>	<i>sd</i>	Minimum	Maximum
EPDS ^a	7,18	4,79	0	24
GMDS ^b	6,49	5,03	0	22
PASS ^c	14,83	11,83	0	54
DAS ^d	33,69	3,23	20	39
PSS ^e	95,63	9,39	77	116
GSE ^f	31,19	4,9	15	40

^a Edinburgh Postnatal Depression Scale. ^b Gotland Male Depression Scale. ^c Perinatal Anxiety Screening Scale. ^d Dyadic Adjustment Scale. ^e Parenting Satisfaction Scale. ^f General Self-Efficacy Scale

Av de 84 blivande mödrarna rapporterade 15,5% ($n=13$) EPDS-poäng över cut off (≥ 13 : cut off under graviditet). Vidare rapporterade 12% ($n=10$) GMDS-poäng över cut off (≥ 13) för sannolik mild depression, men inga mammor rapporterade över cut off (≥ 26) för allvarlig depression. Slutligen rapporterade 17% ($n=14$) PASS-poäng över cut off (≥ 26).

En inledande bivariat korrelationsanalys undersökte de enkla sambanden mellan studiens variabler (Tabell 3). Utbildningsnivå uppvisade signifikant positivt samband med ålder, samt signifikant negativt samband med självskattad nivå av ångest respektive depression (både vanligt förekommande depressiva symtom och depressiva ekvivalenta symtom). Ålder uppvisade signifikant positivt samband med medföräldraskap, och ett signifikant negativt samband med självskattad nivå av ångest prenatalt.

Tabell 3*Linjära samband mellan studiens variabler (n=84)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ålder	1,00								
2. Utbildning	,356**	1,00							
3. Medföräldraskap	,348**	,017	1,00						
4. EPDS ^a	-,197	-,250*	-,193	1,00					
5. GMDS ^b	-,108	-,330**	-,067	,717**	1,00				
6. PASS ^c	-,235*	-,327**	-,110	,715**	,750**	1,00			
7. DAS ^d	-,033	-,009	,005	-,006	-,049	-,096	1,00		
8. PSS ^e	,014	-,046	,112	-,108	-,088	-,112	,220	1,00	
9. GSE ^f	,024	,066	-,098	-,107	-,047	-,180	,196	,240	1,00

^a Edinburgh Postnatal Depression Scale. ^b Gotland Male Depression Scale. ^c Perinatal Anxiety Screening Scale. ^d Dyadic Adjustment Scale. ^e Parenting Satisfaction Scale. ^f General Self-Efficacy Scale. 3. Medföräldraskap är binär variabel
* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Samvariation av symtom (H1 samt H2)

Resultaten av korrelationsanalysen (Tabell 3) indikerar att nivå av självskattad depression prenatalt har ett signifikant positivt samband med självskattad nivå av ångest (PASS), detta gäller för både vanligt förekommande depressiva symtom (EPDS, $r=0,715$) och depressiva ekvivalenta symtom (GMDS, $r=0,750$) för depression. Resultaten visar även på ett signifikant positivt samband mellan depressiva ekvivalenta symtom (GMDS) och vanligt förekommande depressiva symtom (EPDS), $r=0,717$.

Givet dessa mycket höga korrelationer genomfördes en faktoranalys (utan rotation) för att undersöka om de tre typerna av symtom kan ses som indikatorer av en och samma bakomliggande konstrukt, i detta fall psykisk ohälsa. Analysen visade att samtliga tre skalpoäng (vanligt förekommande depressiva symtom/EPDS, depressiva ekvivalenta symtom/GMDS och perinatal ångest/PASS) faller under en enda faktor med mycket starka factor loadings (EPDS=0,89, GMDS=0,91 och PASS=0,91). Den resulterade faktorn fångade upp 82% av den ursprungliga variansen i de tre skalorna tillsammans. Den interna koherensen för faktorn (psykisk ohälsa) var $\alpha=0,95$. Därför användes därefter regressionsmetoden för att räkna en sammansatt poäng för den resulterade faktorn.

Självförmåga, förväntningar inför föräldraskapet och relationstillfredsställelse som prediktorer av psykiska symtom (H3)

En hierarkisk multipel regressionsanalys genomfördes för att undersöka studiens tredje hypotes, med nivå av självskattad psykisk ohälsa som utfallsvariabel. Presenterade resultat baseras på dataset med imputerade värden. Resultaten av steg 1 visade att bakgrundsvariablerna bidrog med sammanlagt 16,2% förklarad varians ($R^2=0,162$), signifikant högre än 0 ($p=0,007$). Endast utbildningsnivå var signifikant prediktor i steg 1. I steg 2 adderades relationstillfredsställelse, förväntningar inför föräldraskap och självförmåga i analysen. Förändringen i förklarad varians (ΔR^2) blev då 7,5%, signifikant högre än 0 ($p=0,003$). Utbildningsnivå var signifikant prediktor även i det andra steget, men inga andra signifikanta prediktorer påvisades. Standardiserade och ostandardiserade regressionskoefficienter samt standardfel och p-värde för den fulla analysen redovisas i Tabell 4.

Tabell 4

Hierarkisk multipel linjär regressionsanalys med nivå av självskattade symtom som beroende variabel (n=84)

Prediktor	Steg 1			Steg 2		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Ålder	-,015	,028	-,065	-,020	,030	-,086
Utbildning	-,322	,125	-,297*	-,298	,135	-,275*
Medföräldraskap	-,261	,280	-,105	-,217	,305	-,088
DAS ^a				-,002	,006	-,067
PSS ^b				-,003	,006	-,104
GSE ^c				-,007	,016	-,048
R^2		,162			,237	
Modell F		4,550*			2,711*	

^a Gotland Male Depression Scale ^b Parenting Satisfaction Scale ^c General Self-Efficacy Scale
* $p<0,05$. ** $p<0,01$. *** $p<0,001$. De standardiserade regressionskoefficienter är baserade på samma regressionsmodeller där prediktorerna fördes in som z-scores.

Diskussion

Förekommande pilotstudie undersökte tre hypoteser kring sambanden mellan ångest, depression, relationstillfredsställelse, förväntningar inför föräldraskap och självförmåga i den prenatala perioden. Resultaten bekräftade studiens första och andra hypotes, att det finns ett samband mellan prenatal ångest respektive depression, och då även ett samband mellan vanligt förekommande depressiva symtom och depressiva ekvivalenta symtom. Studiens tredje hypotes, att relationstillfredsställelse, förväntningar inför föräldraskap och självförmåga predicerar nivå av självskattad psykisk ohälsa bekräftades inte. Pilotstudien är en första ansats till att kartlägga hur depression och ångest i den prenatala perioden kan samvariera, samt hur variansen i förekomst av prenatala symtom kan förklaras av upplevd relationstillfredsställelse, självförmåga och förväntningar inför föräldraskapet. Enligt författarnas vetenskap har denna kombination av variabler prenatalt inte undersökts i tidigare forskning. Studien är även unik i sitt slag som undersöker olika facetter av depression och förekomsten av dessa under den prenatala perioden.

Koexisterande symtom

I linje med tidigare forskning (Berle et al., 2005) påvisar studiens resultat att prenatal ångest är minst lika förekommande som prenatal depression, vilket är ett betydande fynd då forskning och kliniskt arbete traditionellt har fokuserat mer på depressiva symtom. Det finns även en indikation på samsjuklighet mellan depression och ångest i den prenatala perioden, vilket är i samstämmighet med den generella populationen där forskning visar på konsekventa evidens för att depressiva syndrom ofta förekommer samtidigt som ångestsjukdomar (Kaufman & Charney, 2000; Saha et al., 2020). Tidigare studier har även visat på hög komorbiditet mellan ångest och depression i den postnatala perioden (Farr, Dietz, Ohara, Burley & Ko, 2014). Det är väl känt att närvaron av ett av syndromen ökar risken för utvecklingen av det andra (komorbida) syndromet (Saha et al., 2020). Det innebär att de blivande mödrar som utvecklar depressiva symtom under den prenatala perioden löper stor risk att även drabbas av ångestrelaterade symtom. Mödrahälsovården fångar idag upp många blivande mödrar med depressiva symtom, och med tanke på risken för komorbiditet är det rimligt att då undersöka ifall även ångestrelaterade symtom förekommer. Komorbida tillstånd kan tyckas innebära dubbla svårigheter och där respektive symtom både ger upphov till samt förstärker varandra. Det blir därmed ytterst viktigt att i det kliniska arbetet inom mödrahälsovården vara vaksam för omgående identifiering och behandling av enskilda symtom och i en del fall den redan utvecklade komorbiditeten. Ångest och depression kan i varje unikt fall upplevas som bekymmersamt. Däremot blir det ännu mer speciellt under en

graviditet då det inte bara är den blivande modern som drabbas, utan tillstånden kan ha negativ inverkan även på det ofödda och senare födda barnet. Fyndet från den aktuella studien kan bidra till att fler blivande mödrar får sin prenatala ångest uppmärksammas och behandlad, vilket kan minska negativa konsekvenser för både modern och barnet.

Studien använde sig av två depressionsskalor för att fånga upp såväl vanligt förekommande depressiva symtom som depressiva ekvivalenta symtom, utifrån en hypotes att depressionssymtom såsom låg stresstolerans, låg impuls kontroll, ilska, irritabilitet, utåtagerande, alkohol-/droganvändning och ökat riskbeteende, som är mycket vanligt förekommande bland fäder (Carlberg, Edhborg & Lindberg, 2018; Danielsson & Johansson, 2005; Psouni et al., 2017; Psouni & Eichbichler, 2020; Wålinder & Rutz, 2001) även kan förekomma bland blivande mödrar. Den aktuella studiens resultat visar på en förekomst av sannolik mild depression enligt GMDS som är jämförbar med prevalensen för män i normalpopulationen (12%; Bennett et al., 2004), vilket är i linje med tidigare fynd om depressiva ekvivalenta symtom hos kvinnor (Möller-Leimkühler & Yücel, 2010). Resultaten indikerar också en stor samvariation mellan vanligt förekommande depressiva symtom och depressiva ekvivalenta symtom. Dock bör detta samband tolkas med en försiktighet då delskalan "depression" i GMDS i stor utsträckning liknar EPDS, vilket bidrar till den höga korrelationen helskalorna emellan. Trots detta bidrar studiens resultat till ett ifrågasättande av depressiva symtom som genus specifika, samt till rekommendationen att depressiva ekvivalenta symtom bör uppmärksammas som en del av symtombilden för depression i den prenatala perioden.

Studiens resultat tyder på en större andel deprimerade blivande mödrar (EPDS: 15,5%) jämfört med normalpopulationen under graviditetens tredje trimester (12%; Bennett et al., 2004), samt på en överrepresentation av blivande mödrar med kliniskt signifikant ångest (17%) (prevalens för normalpopulationen uppskattas till 10,4%; Berle et al., 2005). Förekomst av depressiva och ångestrelaterade symtom i studiens urval är således i överkant med tidigare forskning som har visat på att sammanlagt drabbas ca 10–15 % kvinnor av förhöjda symtom under den perinatala perioden (Leis et al., 2014). Covid-19-pandemin kan ses ha bidragit med confounding i sammanhanget. Att leva i tider som inkluderar oförutsedda händelser, konfliktsituationer och naturkatastrofer kan öka riskerna för psykisk ohälsa i den perinatala perioden för den gravida kvinnan (Thapa, Mainali, Schwank & Acharya, 2020). I hopp om att minska smittspridningen krävs signifikanta beteendeförändringar, vilka kan påverka den psykiska hälsan negativt. En global rekommendation i nuvarande pandemi är social distansering, vilket kan påverka gravidas stresshantering då social samhörighet hjälper

individerna att bibehålla en viktig motståndskraft. Gravida uttrycker också en oro över att inte få tillräcklig prenatal vård samt att behöva åka på besöken/hälsokontrollerna ensamma (Lebel et al., 2020). Många gravida kvinnor har en plan kring förlossningen och tiden efter men känner sig oförberedda inför födelsen och är oroliga över perinatale infektioner. Eftersom pandemin även påverkar arbetslivet är en annan stressor för gravida att förlora sitt arbete och därmed inkomst (Preis, Mahaffey, Heisleman & Lobel, 2020). Detta gör det sannolikt att gravida kvinnor är mer känsliga för psykisk ohälsa under den nuvarande covid-19-pandemin.

En vidare viktig aspekt är att, utifrån operationaliseringen av depression och ångest behöver en högre ångestnivå eller depressionsnivå inte betyda ohälsa utifrån DSM-V, utan snarare en "normal" reaktion på att vara gravid. Det finns även en överlappning mellan symtom vid graviditet och depressiva symtom, exempelvis sömnstörning och trötthet förekommer i båda tillstånden. Det blir viktigt att skilja på kliniskt signifikanta tillstånd och övergående symtom. Slutligen är forskningen på prenatal psykisk ohälsa oklar beträffande varaktighet av de olika rapporterade symtomen. Det kan därför vara svårt att veta när under graviditeten symtomen har uppstått eller om de har uppstått innan graviditeten. Det finns kvinnor som har upplevt depressionssymtom under hela graviditeten och andra som bara har upplevt symtomen under en del av tiden. Den aktuella studien kan enbart bidra med en bild av symtom under den tredje trimestern.

Utbildning som skyddsfaktor

Utbildningsnivå påvisades i den aktuella studien som signifikant prediktor av kvinnornas totala symtom, i enlighet med tidigare forskning (Farr et al., 2014). Att högre utbildningsnivå har en skyddande effekt mot symtom i den prenatala perioden kan tänkas grunda sig i att den associeras med högre socioekonomisk status. Tidigare forskning har visat att gravida kvinnor med låg socioekonomisk status uppvisar högre nivåer av depression än de i den generella gravida populationen (Bennett et al., 2004). Examen på högskole- eller universitetsnivå innebär generellt fler möjligheter till arbete, som i sin tur också kan tänkas vara högre avlönade. Individer med lägre socioekonomisk status har färre resurser och val, fler externa begränsningar kopplat till val och beslut samt generellt mindre kontroll över situationer som de möter. De är även exponerade för fler hot och externa hinder som exempelvis osäkra grannskap (De France & Evans, 2020). Högre nivå av ekonomiska resurser kan därför innebära praktisk trygghet för individen, vilket för många kan medföra fysisk och psykisk trygghet.

En högre utbildningsnivå kan i det specifika fallet av den prenatala perioden innebära att den blivande modern kan ta ut sjukdagar vid svåra graviditetssymtom och således få

återhämtning. Att inte kunna ta ut sjukdagar på grund av ekonomiska skäl kan rimligen i kombination med andra faktorer ge upphov till stress som i sin tur kan leda till depressiva och ångestrelaterade symtom. Mer ekonomiska resurser möjliggör även att den blivande modern kan införskaffa de saker som hon anser att hon samt det ofödda, och senare födda barnet behöver. Detta kan i sin tur bidra till upplevelsen att individen har kontroll över sin situation och känner sig rustad inför vad som komma skall. Ett tvärtom scenario, där individen inte har möjlighet att uppfylla såväl praktiska som psykiska och fysiska behov, kan tänkas ge upphov till stress samt upplevelsen att vara oförberedd och otillräcklig.

Det kan även vara så att individer med högre utbildningsnivå är mer benägna att söka och ta till sig information som kan underlätta graviditeten och ha positiv inverkan på den psykiska hälsan. Det finns också skillnader i hur och när personer söker vård, där socialt mer sårbara grupper oftare än mer privilegierade grupper undviker att söka vård eller inte söker vård i enlighet med det förväntade behovet (Molarius et al., 2014). I den generella populationen visar också forskning att uppfattningen om psykisk ohälsa som stigmatiserat är högre hos de med lägre socioekonomisk status (De France & Evans, 2020). Det kan vara så att personer med lägre socioekonomisk status har levt med obehandlad somatisk eller psykisk problematik och inte sökt vård för det, vilket kan tänkas öka risken för att ohälsan kvarstår, medan de med högre socioekonomisk status har sökt hjälp och fått åtgärdat eller förebyggt sin ohälsa. Slutligen, ytterligare en potentiell förklaring till att utbildningsnivå verkar agera skyddande mot ångest och depression är att personer med högre utbildning också tenderar att ha ett större socialt nätverk, vilket i sin tur är en signifikant prediktor för psykisk hälsa (Levula, Wilson & Harré, 2016).

Studiens resultat visade även på ett signifikant positivt samband mellan ålder och utbildning, vilket betyder att högutbildade blivande mödrar i studien också är äldre. Högre ålder innebär naturligt mer livserfarenhet och möjlig trygghet i sig själva som individer, som kan agera hjälpanande i denna livsomvälvande period. Det kan också vara så att mer livserfarenhet och utbildning innebär en större mognad och därmed förmåga att reflektera, diskutera och problematisera föräldraskapet, vilket främjar självreflektion som i sin tur kan ha positiv inverkan på mående, fungerande och hantering av livssituationen.

Betydelse av självförmåga, förväntningar på föräldraskapet och relationstillfredsställelse

Högre självförmåga visade sig inte som stärkande i den prenatala perioden, vilket går emot den aktuella studiens hypotes samt tidigare forskning som har visat att självförmåga är positivt korrelerad med psykologisk anpassning i tider av förändring (Bandura, 1997;

Harwood et al., 2007). Det kan vara så att självförmåga har en viss inverkan på variabeln ångest, men korrelationen i denna pilotstudie är för svag och heller inte signifikant ($r=-0,180$) för att uttala sig om detta. Sambandet mellan psykisk ohälsa och självförmåga kan dock komma att uppvisas starkare och signifikant i större data. Varken relationstillfredsställelse eller positiva förväntningar inför föräldraskap visade något samband med kvinnornas prenatala depressions- och ångestsymtom.

I ett försök att förstå studiens resultat kan det vara viktigt att skilja på individen och individen som gravid, samt på psykisk ohälsa generellt och psykisk ohälsa under en graviditet. Att vara gravid innebär att individen inte längre bara ansvarar för sig själv, utan också för det ofödda barnet som vederbörande bär på. Samtliga val som görs har möjlig inverkan på både individen själv och på barnet, positiv som negativ. Det kan finnas en oro för risker med graviditeten, att något ska gå fel. Graviditeten kan ha varit efterlängtd och planerad länge, men också oplanerad och i en tid av mindre lämplighet. Dessa tankebanor kan vara svårhanterliga även för individer med hög självförmåga. En graviditet är påverkbar men också till stor del utanför individens kontroll. En god relation, realistiska förväntningar och i vanliga fall god tro på sina förmågor skyddar inte inför det faktum att graviditet och förlossning kan vara riskfyllt, och att det inte är helt under ens kontroll. Låg tolerans för osäkerhet skulle kunna vara en mer avgörande faktor här, som framtida studier bör fokusera på.

Korrelationen mellan förväntningar inför föräldraskap och självförmåga respektive relationstillfredsställelse var inte signifikanta i aktuell pilotstudie. Resultatet indikerade däremot att ju mer positiva förväntningar inför föräldraskapet, desto högre nivå av självförmåga, och tvärtom. Möjligen är det så att hög nivå av upplevd självförmåga har en positiv effekt på individens förväntningar inför olika situationer och händelser i livet, som går i linje med forskning som visar att individer med hög självförmåga tenderar att se positivt snarare än negativt på utmanande situationer (Bandura, 1977). Hypotesen att nivå av upplevd självförmåga påverkar blivande mödrars förväntningar inför föräldraskap är således värd att undersöka vidare.

Korrelationen mellan förväntningar inför föräldraskap och relationstillfredsställelse, trots dess icke signifikans, är i enlighet med evidens för hur prenatala förväntningar spelar en viktig roll i hur par hanterar stora livsomställningar såsom att få barn och vad det medför (Keizer & Schenk, 2012). Sambandet visar på att ju högre nivå av positiva förväntningar, desto högre nivå av relationstillfredsställelse, och tvärtom. Det kan rimligen tänkas att en god partnerrelation bidrar till en stabilitet inför kommande föräldraskap som i sin tur gör det lättare att se positivt på vad som komma skall och hur det kommer bli när barnet är fött. Lägre

nivå av relationstillfredsställelse kan istället tänkas innebära en stress som sänker förväntningarna, det vill säga att det blir svårt att tänka realistiskt och positivt kring hur det kommer vara när barnet är fött när det finns otillfredsställdhet i relationen tiden innan barnet är fött. Vidare kan positiva förväntningar och en glädje inför det nya livsstadiet ha en positiv effekt på det relationella bandet mellan de blivande föräldrarna. På samma sätt som negativa förväntningar inför föräldraskapet kan gå ut över relationen och sänka nivån av tillfredsställelse. Oavsett kan sambandet med fördel undersökas vidare i framtida forskning.

Metoddiskussion

Den aktuella pilotstudien var planerad att baseras på de första 200 deltagarna i studien, men rådande covid-19-pandemi kombinerat med ramarna för detta examensarbete omöjliggjorde detta. Rekryterings takt visade sig vara mycket långsammare än ursprungligen beräknat och ett datastopp fick istället ske vid 109 deltagare.

Rekryteringsproceduren. Svårigheterna i rekryteringen tros delvis bero på covid-19-pandemin som inneburit besöksförbud på många mottagningar och där endast modern om symtomfri får besöka mottagningen. Även de vardagliga påfrestningarna som pandemin inneburit kan ha gjort mottagligheten för att delta i en studie mindre. De posters som sattes upp kan med enkelhet ha missats i väntrummet då det fanns annan information relaterad till covid-19 uppsatt. Något oväntat visade sig större andel av rekryteringen ha skett via sociala medier än via posters uppsatta på barnmorskemottagningar. På en barnmorskemottagning kan det tänkas att den blivande moderns fokus är på besöket och dess syfte, och att det således inte finns utrymme för att uppmärksamma möjligheter till att delta i forskning. Det är även så att sociala medier är idag en stor del av människans liv och vardag, och individen är på gott och ont mer tillgänglig och lättare att nå via sociala medier. Det finns dock också en risk att rekrytering i allmänhet utgår från att personer har digitala möjligheter. Användandet av digitala hjälpmedel och föreställningen om att majoriteten av populationen har en smartphone eller dator att fylla i enkäter med kanske överskattas och kan vara värt att undersöka vidare.

Svårigheterna med rekrytering i aktuella studien går dock bortom de tillfälliga. Med en sådan longitudinell studie kan just längden på studien motverka ens villighet till att delta, exempelvis kan läsaren uppleva ett treårigt deltagande som för påfrestande. Informationen innan samtyckesblanketten tvingas av Etikprövningsmyndighetens föreskrifter vara omfattande och kan ha varit svårbegriplig för vissa, vilket kan ha påverkat beslutet att samtycka till studien. En annan aspekt handlar om själva enkätens längd. Det är en enkät med många frågor eftersom det är multipla faktorer som studeras och där det har funnits en

ambition att ta hänsyn till så många av dessa faktorer som möjligt, också för att vidare kunna kontrollera för dem prospektivt.

Begränsningar med urvalet. Det finns brister i hur representativt urvalet i den aktuella pilotstudien är för populationen. Posters delades ut på mottagningar i Skåne på grund av bekvämlighetsurval men länk till studien delades också i medier/sociala medier och därför är deltagarnas geografiska tillhörighet okänd. Endast 13,1% ($n=11$) av deltagarna saknade högskoleutbildning eller motsvarande, vilket indikerar en stark utbildningsbias. Därför är det värt att diskutera och utveckla inför kommande studier vilka strategier som kan användas för att nå fler personer utan en eftergymnasial utbildning. Kanske skulle en materiell kompensation underlätta denna utmaning. Slutligen är alla delningar i medier och innehållet på postern endast på svenska, vilket betyder att personer med bristande kunskaper i det svenska språket inte är representerade i urvalet. En förbättring hade varit att inkludera fler språk vid beskrivning av studien såsom engelska och arabiska.

Det finns ett stort glapp i forskningen om mäns upplevelser i den prenatala perioden och därför är det motiverat att inkludera blivande fäder i framtida forskning. Trots uppmuntran, i aktuella studien, till partners deltagande, fanns enbart ett fåtal män bland de första 109 deltagarna. Eftersom covid-19-pandemin ledde till besöksförbud på barnmorskemottagningarna påverkade det troligen antalet partners som deltog och därför inte kunde inkluderas i studien.

Urvalet för den aktuella studien var också begränsad i mängd. I och med det låga deltagarantalet är den statistiska styrkan i analyserna något begränsad. Med 6 prediktorer och förväntade effektstorlekar på 0,8 med en önskad statistisk styrka på modellen på 0,9 ($p=0,05$) hade det behövts minst 97 deltagare. Det finns i dagsläget flera rekryterade som har nått tidpunkten för deltagande i T1 (färre än 90 dagar kvar till förlossning), som dock ännu inte har besvarat frågeformuläret. Deras deltagande hade bidragit till ökad statistisk styrka i analyserna.

Självskattningens reliabilitet och validitet. All data i den aktuella studien reflekterar deltagarnas subjektiva upplevelser. Även om forskning visar att självskattningsformulär är relativt tillförlitliga sätt att få fram individuella upplevelser och mående (Garcia & Gustavson, 1997), hade kliniska intervjuer möjligen ökat reliabiliteten vid mätningen av depression och ångest. Dock uppvisar instrumenten som använts i studien goda psykometriska egenskaper (Bernazzani et al., 1997; Guidubaldi & Cleminshaw, 1985; Lundblad & Hansson, 2005; Löve et al., 2012; Somerville et al., 2014; Zierau et al., 2002) och dessutom finns det en likhet mellan frågorna i frågeformuläret och frågorna i de oftast använda kliniska intervjuerna för

depression och ångest. Men sedan går det inte, likt kliniska intervjuer som förs över telefon, att göra en helhetsbedömning baserat på svar på ett frågeformulär. Det kan innebära att viss information, som exempelvis icke verbal kommunikation, om individens mående missas. En begränsning av validiteten för självskattningsskalor är risken att deltagarna svarar på ett socialt önskvärt sätt (Van de Mortel, 2008). Denna begränsning har hanterats genom att det i informationsbladet är beskrivet att vid deltagandet i studien identifieras man med en unik kod som gör att personliga uppgifter inte kopplas till svaren. En annan begränsning som påverkar validiteten är risken att deltagarna hinner tröttna i och med frågeformulärets omfång, och att svar på skattningsskalorna i formulärets senare del riskerar att inte vara helt genomtänkta och sanningsenliga. Mer kvalitativa mått hade dock varit svårare att administrera, möjligen krävt fler bedömare, samt inte varit lämpligt utifrån att studien görs under tiden av en pandemi där fysisk distans är att föredra.

Klinisk tillämpning och framtida forskning

Den aktuella studiens resultat bekräftade hypoteserna om att det finns ett samband mellan prenatal ångest respektive depression, och för första gången, även ett samband mellan vanligt förekommande depressiva symtom och depressiva ekvivalenta symtom i den prenatala perioden. Framtida forskning på depressiva ekvivalenta symtom hos kvinnor kan ge viktiga bidrag inför kliniska intervjuer men också vägleda barnmorskor i diskursen kring symtom på ohälsa under graviditeten. Barnmorskor kan också använda kunskap från aktuell och framtida studier i sitt arbete genom att uppmuntra blivande föräldrar till reflektion kring psykisk ohälsa, sin relation till varandra och förväntningar på livet som gravid. Det skulle kunna leda till en större acceptans och bredare föreställning om "normalitet" och avdramatisera stigman kopplade till psykisk ohälsa och föräldrablivandet. I den generella populationen visar forskning att uppfattningen om psykisk ohälsa som stigmatiserat är högre hos de med lägre socioekonomisk status (De France & Evans, 2020). På så sätt kan det tänkas öka chanserna för personer med olika socioekonomisk status att söka vård vid behov. Resultatet om utbildningsnivå som skyddande faktor är en viktig aspekt att inte glömma bort, även i ett land där sjukvården till största del är skattefinansierat och ska utgå från en vård på lika villkor.

Slutsats

Det finns idag ett glapp i forskningen avseende den blivande moderns hälsa under den prenatala perioden. Detta forskningsglapp innebär en ökad risk för uteblivande av rätt stöd, vilket i sin tur riskerar såväl moderns psykiska hälsa som det blivande barnets hälsa. En ökad kunskap inom detta område kan leda till bättre förståelse för prenatal psykisk hälsa och således fungera såväl förebyggande som åtgärdande för blivande mödrar. Den aktuella

pilotstudien bekräftar sambandet mellan nivå av självskattad depression och nivå av självskattad ångest i den prenatala perioden. Detta gäller för både vanligt förekommande depressiva symtom och depressiva ekvivalenta symtom som också koexisterar och samvarierar i grad. Högre utbildningsnivå predicerar lägre nivåer av prenatal ångest och depression, och är därmed ett viktigt skydd mot psykisk ohälsa. Detta bekräftar tidigare rapporterade samband mellan lägre socioekonomisk status och högre utsatthet när det gäller psykisk ohälsa. Sammantaget skulle samhället och mödrahälsovården behöva bredda synen på vad som utgör vanliga symtom på psykisk ohälsa bland blivande mödrar, men också vara särskilt lyhörda för de som eventuellt även har andra svårigheter, och på det sättet fånga upp ett bredare spektrum av de som behöver stöd, för att förebygga ökade problem längre fram.

Referenser

- Aceti F., Aveni F., Baglioni V., Carluccio, G. M., Colosimo, N., Giacchetti, I., ... Zaccagni, M. B. (2012). Perinatal and postpartum depression: From attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*, *18*(4), 328–334.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. M., Brunton, R. J., & Dryer, R. (2019). Pregnancy-related anxiety: Re-examining its distinctiveness. *Australian Psychologist*, *54*(2), 132–142. doi: 10.1111/ap.12365
- Arnaez, J. M., Krendl, A. C., McCormick, B. P., Chen, Z., & Chomistek, A. K. (2020). The association of depression stigma with barriers to seeking mental health care: a cross-sectional analysis. *Journal of Mental Health*, *29*(2), 182–190. doi: 10.1080/09638237.2019.1644494
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Bennett, H., Boon, H., Romans S., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy – a qualitative study. *BMC Women's Health*, *7*(1), 13. doi: 10.1186/1472-6874-7-13
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson T. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *103*(4), 698–709. doi: 10.1097/01.aog.0000116689.75396.5f
- Berle, J. Ø., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *8*(3), 181–189. doi: 10.1007/s00737-005-0090-z
- Bernazzani O., Saucier J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of affective disorders*, *46*(1), 39–49.
- Carlberg, M., Edhborg, M., & Lindberg, L. (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *American Journal of Men's Health*, *12*(4), 720–729. doi: 10.1177/1557988317749071
- Cowan, C., & Cowan, P. (1995). Interventions to Ease the Transition to Parenthood: Why They Are Needed and What They Can Do. *Family Relations*, *44*(4), 412. doi: 10.2307/584997

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786.
- Danielsson, U. E., & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *23*(3), 171–177. doi: 10.1080/02813430510031315
- De France, K., & Evans, G. W. (2020). Expanding context in the role of emotion regulation in mental health: How socioeconomic status (SES) and developmental stage matter. *Emotion*. doi: 10.1037/emo0000743
- Dennis C., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *33*(4), 323–331. doi: 10.1111/j.1523-536x.2006.00130.x
- Eden, D. (1988). Pygmalion, Goal Setting, and Expectancy: Compatible Ways to Boost Productivity. *Academy of Management Review*, *13*(4), 639–652. doi: 10.5465/AMR.1988.4307530
- Cacciola, E., & Psouni, E. (2020). Insecure Attachment and Other Help-Seeking Barriers among Women Depressed Postpartum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(3887), 3887. doi: 10.3390/ijerph17113887
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1–3), 365–368. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.069
- Farr, S. L., Dietz, P. M., Ohara, M. W., Burley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women. *Journal of Womens Health*, *23*(2), 120–128. doi: 10.1089/jwh.2013.4438
- Flykt, M., Lindblom, J., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Repokari, L., Unkila-Kallio, L., ... Tulppala, M. (2011). Prenatal expectations in transition to parenthood: Former infertility and family dynamic considerations. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *1*, 31–44. doi: 10.1037/2160-4096.1.S.31
- Garcia, J., & Gustavson, A. (1997). The science of self-report. Implications for research and practice. *Experimental Psychology*, *50*(3): 231–232. doi: 10.1026//16173169.50.3.231
- Goodman, J. H. (2005). Becoming an Involved Father of an Infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *34*(2), 190–200. doi: 10.1177/0884217505274581

- Gross, C., & Marcussen, K. (2017). Postpartum Depression in Mothers and Fathers: The Role of Parenting Efficacy Expectations During the Transition to Parenthood. *Sex Roles, 76*(5–6), 290–305. doi: 10.1007/s11199-016-0629-7
- Guidubaldi, J., & Cleminshaw, H. K. (1985). The Development of the Cleminshaw-Guidubaldi Parent Satisfaction Scale. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*(4).
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology, 43*(1), 1–12. doi: 10.1037/0012-1649.43.1.1
- Huizink, A. C., Menting, B., Moor, M. H. M., Verhage, M., Kunseler, F. C., Schuengel, C., & Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health, 20*(5), 663–672. doi: 10.1007/s00737-017-0746-5
- Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 12*, 69–76. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1+<69::AID-DA9>3.0.CO;2-K
- Keizer, R., & Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family, 74*(4): 759–773. doi:10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x
- Kluwer, E. S., & Johnson, M. D. (2007). Conflict Frequency and Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage & Family, 69*(5), 1089–1106. doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00434.x
- Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Swedish version of the general self-efficacy scale*. Hämtad 2020-05-20 från <http://userpage.fuberlin.de/~health/swedish.htm>.
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 155–164. doi: 10.1037/0893-3200.21.2.155
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders, 277*, 5–13. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126
- Leis, J., Heron, J., Stuart, E., & Mendelson, T. (2014). Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioral Problems: Does Prenatal Mental Health Matter? *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(1), 161-171. doi:

10.1007/s10802-013-9766-4

- Levula, A., Wilson, A., & Harré, M. (2016). The association between social network factors and mental health at different life stages. *Quality of Life Research*, 25(7), 1725–1733. doi: 10.1007/s11136-015-1200-7
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591–601. doi: 10.1037/0012-1649.30.4.591
- Littleton, H. L., Breilkopf, C. R., & Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(5), 424–432. doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.042
- Lundblad, A.-M., & Hansson, K. (2005). Relational problems and psychiatric symptoms in couple therapy. *International Journal of Social Welfare*, 14(4), 256–264. doi: 10.1111/j.1369-6866.2005.00368.x
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367–1374. doi: 10.1097/00004583-200112000-00006
- Luszczynska, A., Gutiérrez, D. B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80–89. doi: 10.1080/00207590444000041
- Löve, J., Moore, C. D., & Hensing, G. (2012). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249–1253. doi: 10.1007/s11136-011-0030-5
- Mangialavori, S., Terrone, G., Cantiano, A., Chiara Franquillo, A., Di Scalea, G. L., Ducci, G., & Cacioppo, M. (2019). Dyadic Adjustment and Prenatal Parental Depression: A Study with Expectant Mothers and Fathers. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 38(10), 860.
- Manly, C., & Wells, R. (2015). Reporting the Use of Multiple Imputation for Missing Data in Higher Education Research. *Research in Higher Education*, 56(4), 397–409. doi: 10.1007/s11162-014-9344-9
- Meuti, V., Aceti, F., Giacchetti, N., Carluccio, G. M., Zaccagni, M., Marini, I., ...Biondi, M. (2015). Perinatal Depression and Patterns of Attachment: A Critical Risk Factor? *Depression Research & Treatment*, 1–9. doi: 10.1155/2015/105012

- Molarius, A., Simonsson, B., Linden-Bostrom, M., Kalander-Blomqvist, M., Feldman, I., & Eriksson, H. G. (2014). Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Services Research, 14*. doi: 10.1186/s12913-014-0605-2
- Möller-Leimkühler, A. M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders, 121*(1), 22–29. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.007
- Oates, M. (1989). Normal emotional changes in pregnancy and the puerperium. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 3*(4), 791–804.
- O'Connor, T. G., Heron J., & Glover, V. (2002). Antenatal Anxiety Predicts Child Behavioral/Emotional Problems Independently of Postnatal Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1470–1477. doi: 10.1097/00004583-200212000-00019
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379–407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020). Vulnerability and Resilience to Pandemic-Related Stress Among U.S. Women Pregnant at the Start of the COVID-19 Pandemic. *Social Science & Medicine, 266*. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113348
- Psouni, E., Agebjörn, J., & Linder, H. (2017). Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian Journal of Psychology, 58*(6), 485–496. doi: 10.1111/sjop.12396
- Psouni, E., & Eichbichler, A. (2020). Feelings of restriction and incompetence in parenting mediate the link between attachment anxiety and paternal postnatal depression. *Psychology of Men & Masculinities, 21*(3), 416-429. doi: 10.1037/men000023
- Psouni, E., Frisk, C., & Brocki, K. (2020). Anxiety among Fathers in the Postnatal Period: Links to Depression, Attachment Insecurity and Emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*
- Ripley, J. S., Worthington, E. L., Garthe, R. C., Davis, D. E., Hook, J. N., Reid, C. A., ... Akpalu, B. (2018). Trait Forgiveness and Dyadic Adjustment Predict Postnatal Depression. *Journal of Child & Family Studies, 27*(7), 2185–2192. doi: 10.1007/s10826-018-1053-0
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289–295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

- Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic journal of psychiatry*, *65*(6), 414–418. doi: 10.3109/08039488.2011.59060
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York: Wiley
- Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., ... J McGrath, J. (2020). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. doi: 10.1002/da.23113
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119–127
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in healthpsychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35-37
- Sigurdsson, B., Palsson, S. P., Aevarsson, O., Olafsdottir, M., & Johannsson, M. (2015). Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 81–89. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.065
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., ... Page, A. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 443–454. doi: 10.1007/s00737-014-0425-8
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*(1), 15–28. doi: 10.2307/350547
- Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 2020-12-09 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *99*(7), 817–818. doi: 10.1111/aogs.13894
- Van de Mortel, T. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *25*(4), 40-48.
- Wickberg, B., & Hwang, P. (1996). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation on a Swedish Community Sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 181–184.

Wålinder, J & Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol*, 16, 21-24. doi:10.1097/00004850-200103002-00004

Zierau, F., Bille, A., Rutz, W., & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(4), 265–271. doi: 10.1080/08039480260242750