



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa VT 22

Samband mellan postpartum depression hos pappor och anknytning till barnet

En kvantitativ tvärsnittsstudie

The association between paternal depression and father-infant bonding

A quantitative cross-sectional study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2022

Författare:

Mimmi Buchheim

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Michael Wells

PhD

Författare:

Hanie Karimpoor

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson

Sammanfattning

Bakgrund: Postpartum depression (PPD) förekommer hos pappor likväl som för mammor. Forskning visar att PPD hos mammor påverkar anknytningen negativt, men det är oklart hur samband mellan PPD och anknytning ser ut för pappor.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan PPD hos pappor och anknytning till barnet.

Metod: Totalt har 967 deltagare svarat anonymt på en enkät online. Kvantitativ design med tvärsnittsdata användes, inhämtade data är en del av en större studie kallad Pappor/Icke-Födande Föräldrar (PIFF). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) användes för att identifiera depressiva symtom, Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) användes för att identifiera anknytningsproblem. Logistisk regressionsanalys tillämpades för att undersöka samband.

Resultat: Cirka 24 procent av papporna hade depressiva symtom och resultatet indikerar signifikant samband mellan depressiva symtom och försämrade anknytning till barnet (odds ratio varierar i olika modeller, $p < .001$). Papporna hade även högre sannolikhet för depressiva symtom om graviditeten inte var planerad, om de hade en lägre inkomst, inte var sammanboende med partner, om de hade flera barn och om barnet var äldre (odds ratio varierar i olika modeller). Ytterligare studier krävs för att bekräfta resultatet i denna studie.

Slutsats: Depressiva symtom hos pappor har ett samband med försämrade anknytning till barnet och bör även inkluderas i screening för PPD under och efter graviditet, för att främja anknytningen.

Nyckelord: Pappor, anknytning, postpartum depression, barnmorska

Abstract

Background: Postpartum depression (PPD) occurs in fathers as well as mothers. Other studies show that PPD has a negative effect on mother-infant bonding, but it is unclear how the association between PPD and father-infant bonding presents.

Aim: The aim of this study was to investigate the association between paternal depression and father-infant bonding.

Method: In total, 967 participants completed an anonymous online survey. A quantitative design with cross-sectional data was used, the data collected are part of a larger study called Fathers/Non-Birthing Parents (FNBP). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to detect depressive symptoms, Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) was used to detect bonding disturbance. Logistic regression was performed to investigate the association.

Results: Around 24 percent had depressive symptoms and the result indicates a significant association between depressive symptoms and impaired bonding (odds ratio vary in different models, $p < .001$). Fathers were more likely to have depressive symptoms if the pregnancy was not planned, had a lower income, did not live with their partner, had more children and if the infant was older (odds ratio vary in different models). Further studies are needed to confirm the results in this study.

Conclusions: Depressive symptoms in fathers are associated with impaired bonding and screening for PPD during and after pregnancy should include fathers as well, to support bonding.

Keywords: Fathers, bonding, paternal depression, midwife

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
2. BAKGRUND	6
2.1. MÖDRAHÄLSOVÅRDENS UTVECKLING OCH ROLL I SVERIGE	6
2.2. POSTPARTUM DEPRESSION OCH FÖRÄLDRASKAPET	6
2.3. FÖRÄLDRARNAS ANKNYTNING TILL BARNET	7
2.4. PAPPOR/ICKE FÖDANDE FÖRÄLDRAR	8
3. PROBLEMFORMULERING	9
4. SYFTE	9
5. METOD	9
5.1. DESIGN	9
5.2. DELTAGARE	10
5.3. DATAINSAMLING	10
5.4. MÄTINSTRUMENT	10
5.4.1. Sociodemografiska faktorer	10
5.4.2. Depressiva symtom	10
5.4.3. Anknätningsproblem	12
5.5. DATAANALYS	12
6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
7. RESULTAT	14
7.2. TABELL 1	15
7.3. TABELL 2	16
7.4. TABELL 3	17
7.5. TABELL 4	17
8. DISKUSSION	18
8.1. METODDISKUSSION	18
8.2. RESULTATDISKUSSION	19
9. KLINISK RELEVANS	22
10. SLUTSATS	22
11. REFERENSER	23
12. BILAGOR	30
12.1. BILAGA 1	30
12.2. BILAGA 2	31

1. INLEDNING

Depressionssymtom hos kvinnor innan, under och efter graviditet är vanligt förekommande och prevalensen för postpartum depression (PPD) är mellan tio och 15 procent (Rubertsson, 2016). Forskning visar att PPD hos kvinnor påverkar anknytningen negativt både för barnet och för mamman och är en riskfaktor för att även medförälder ska utveckla depressionssymtom (Schumacher et al., 2008). Anknytningsprocessen hos föräldrarna är en viktig del för att främja föräldraskapet så att barnet ska kunna uppleva trygghet och ha en positiv beteendeutveckling under småbarnsperioden (Kerstis et al., 2016).

Under graviditet screenas kvinnor med hjälp av självskattningsformuläret Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), för att kartlägga det psykiska välmåendet och stödsatser kan erbjudas under hela graviditeten vid behov (Rubertsson, 2016). Symtom på depression hos pappor förekommer i nästan lika hög grad och konsekvenserna är likvärdiga som för mammor men pappor söker generellt inte vård i lika stor utsträckning (Wang et al., 2021). En del pappor kan uppleva att det är deras ansvar och krav att vara den stabila personen som ska försörja och ta hand om familjen postpartum, vilket kan skapa psykisk stress och en ökad risk för depression (Ryding, 2014). Ertekin-Pinar och Ozbek (2021) beskriver att barn till pappor med PPD har en ökad risk för att utveckla emotionella och beteendemässiga svårigheter, framför allt hos pojkar. Goldstein et al., (2020) belyser i deras studie relevansen för att även screena pappors psykiska välmående och behov av stöd under graviditet, vilket inte utförs rutinmässigt i dagens mödrahälsovård. Prevalensen för PPD hos pappor är mellan två och 25 procent (Wang et al., 2021).

Pappors delaktighet i vården är i allmänhet inte lika omfattande som kvinnornas och nu under pågående pandemi med COVID-19 har begränsningarna varit ännu fler för medföräldern att kunna delta på flera olika sätt (Kotlar et al., 2021). Pappor har även i praktiken inte samma förutsättningar och stöd som mammor men behovet är stort och att undersöka relationen mellan pappor med PPD och hur de knyter an till barnet är av signifikant betydelse för att förebygga och främja det psykiska välmåendet hos hela familjen, men även bidra till en ökad förståelse för folkhälsan inom ämnet (Knappe et al., 2021).

2. BAKGRUND

2.1. Mödrahälsovårdens utveckling och roll i Sverige

Mödrahälsovården i Sverige har genomgått en stor utveckling sedan verksamhetens start infördes på 1930-talet, då fokus låg på de gravida kvinnorna och deras fysiska hälsa. Det var inte förrän mellan 1970–1990-talet som mödrahälsovården blev mer familjeorienterade och pappor kom in i bilden och erbjöds vara delaktiga i föräldraförberedande utbildningar. Under denna tid infördes även allt fler undersökningar och screeningar för såväl fysiska men också psykiska hälsoproblem hos den gravida kvinnan. Barnmorskan fick därmed en viktig förutsättning för att kunna identifiera olika riskfaktorer och problem utifrån ett nytt hälsofrämjande perspektiv. Vården under graviditet är gratis för den enskilda kvinnan och närvaron är hög på mottagningsbesöken, partners närvaro är däremot inte lika hög (Hildingsson, 2016). Forskning visar att pappors upplevelse av mödrahälsovården är att bedömningen av kvinnans hälsa och hennes behov av stöd värderades högst och att dessa pappor då ofta känner sig åsidosatta vid besöken (Jungmarker et al., 2010; Fenwick et al., 2012).

Kontinuerlig information och stöd erbjuds under hela graviditeten till föräldrarna och i dagens mödrahälsovård rekommenderar man att partnern är delaktig i vården i största möjliga mån. Det finns speciella gruppverksamheter som enbart riktar in sig på medföräldrar, trots detta känner sig många partners negligerade i förhållande till kvinnan. I andra studier som undersökt hur nöjda kvinnorna är med vården framkommer det brister i hur barnmorskan involverade partnern (Andersson et al., 2013). Ett flertal studier har även granskat mödrahälsovården under pågående COVID-19 pandemi och dess effekter, där det framkommer en ökning av psykisk ohälsa hos de gravida i relation till bland annat anknytningsproblem, begränsningar på fysisk tillgängligheten på mottagningarna och försämrad ekonomisk inkomst (Kotlar et al., 2021; Filippetti et al., 2022). Mödrahälsovården och barnmorskans roll är att arbeta förebyggande och främja hälsa, inte bara hos den gravida kvinnan men för hela familjen (Hildingsson, 2016).

2.2. Postpartum depression och föräldraskapet

Depression är ett tillstånd som främst kännetecknas av nedstämdhet, ångest och skuld. Dessa känslor och upplevelser kan i sin tur även leda till fysiska förändringar såsom aptitlöshet och sömnsvårigheter (Socialstyrelsen, 2017). Depression kan vara en normal reaktion på stress eller psykisk sjukdom. Vid depression ändras även den hormonella balansen i kroppen som i

sin tur kan leda till vanvård av barn eller tankar om att skada barnet (Wickberg & Hwang, 2003).

Graviditet och det första året postpartum medför en stor förändring för de flesta föräldrar. Denna period kan upplevas väldigt påfrestande, framför allt för de med psykisk sjukdom eller psykosociala problem. Postpartumperioden kan särskilja sig från andra perioder i livet i form av att familjen är i en mer emotionellt sårbar situation (Chin et al., 2011). Studier har kunnat identifiera att depression eller annan pågående psykisk sjukdom, otillräckligt stöd och psykosocial stress är riskfaktorer för att inte klara av den känslomässiga omställningen som medföljer den barnafödande perioden (Rubertsson, 2016).

En måttlig till svår depression drabbar mellan tre och fem procent av alla gravida kvinnor under de första tre månaderna efter förlossningen och är ett allvarligt tillstånd och påverkar hela familjen (Rikshandboken, 2019). Depressionssymtom förekommer även hos pappor under postpartumperioden och utvecklas ofta i samband med om mamman uppvisar symtom. Vanligast är att pappan utvecklar depression då barnet är cirka 1 år gammal (Goodman, 2004; Wickberg & Hwang, 2003). I en prospektiv longitudinell studie från Sverige som undersökt samband och prevalensen av PPD hos nyblivna pappor, framkom det att PPD hos pappor kunde ha ett samband med svårigheter i parrelationen, låg utbildningsnivå och negativa livshändelser under det senaste året (Massoudi et al., 2013). Andra studier som undersökt föräldrarnas erfarenheter av PPD framkom det att föräldrarna har en ömsesidig inverkan på varandra och oftast söker pappan stöd hos mamman efter förlossningen, om mamman är känslomässigt instabil så kan det påverka pappan negativt psykiskt med bland annat försämrade anknytning som komplikation (Goodman, 2004; Johansson et al., 2020).

Symtom på PPD hos pappan kan särskilja sig något från mamman, i form av förändrat beteende och har lättare för att bli irriterad och aggressiv. Ökat alkohol- och drogmissbruk är också kopplat till beteendeutvecklingar som kan förekomma hos pappor med depression och ökar risken för fysiskt våld, både mot familjen och omgivningen (Goodman, 2004).

Det psykiska välmåendet har blivit alltmer uppmärksammat i hälso- och sjukvården. Stöd och behandling erbjuds och används mer frekvent i takt med att psykisk ohälsa förekommer alltmer i samhället, framför allt bland unga (Folkhälsomyndigheten, 2020).

2.3. Föräldrarnas anknytning till barnet

Under graviditet genomgår kvinnan olika psykologiska och emotionella faser och anknytningsprocessen startar redan tidigt i graviditeten och upplevs ofta väldigt starkt. Denna

emotionella utveckling optimerar förutsättningarna för en positiv anknytning postpartum. Partnern däremot upplever inte denna process i lika hög grad. Fokus ligger hos kvinnan och kvinnans psykiska välmående och känsloupplevelser gentemot barnet (Ryding, 2014).

Enligt Ettenberger et al., (2021) som undersökt definitionen av anknytning, så kan man särskilja anknytningsprocessen på två olika sätt, vilket dels är upplevelsen och initiering av känslor från föräldern i förhållande till barnet, dels utvecklingen av det emotionella bandet mellan förälder och barn (Ettenberger et al., 2021). I en tvärsnittsstudie från Tyskland, som undersökt samband mellan föräldraskapet och anknytning, belyser vikten av hur anknytningen mellan mamma och barn kan påverkas av ett flertal olika bakgrundsfaktorer hos mamman, som bland annat psykisk ohälsa (Lehning et al., 2019). Det finns en koppling mellan psykisk ohälsa och ökad risk för problem i att knyta an till barnet postpartum hos kvinnor, men det finns endast sparsamt med studier som undersöker samband och riskerna för pappor med postpartum depression och hur det påverkar anknytningen (Rollé et al., 2020).

Andra studier som undersökt hur anknytningen ser ut för pappor så visar det sig att pappor har svårare att knyta an till barnet även under graviditeten (Chin et al., 2011; Fenwick et al., 2012). I en meta-etnografisk studie framkom det att anknytningsprocessen ofta startar senare och upplevs främst då papporna visuellt kan se och höra barnet, framför allt vid rutinultraljuden (Wells, 2016). Upplevelse av anknytning bidrog till ökat engagemang och minskad ångest hos papporna (Chin et al., 2011; Fenwick et al., 2012). För barnets överlevnad är det livsviktigt med närhet och anknytning till minst en av föräldrarna, oavsett kön (Ryding, 2014).

2.4. Pappor/Icke Födande Föräldrar

Pappor/Icke-Födande Föräldrar (PIFF) är en studie som utvärderar stödet för pappor postpartum. PIFF undersöker nyblivna pappors välbefinnande under besöken på BVC. Alla spädbarn kallas rutinmässigt på en kontroll till BVC vid tre till fem månaders ålder (Rikshandboken, 2019).

Under besöket erbjuds enskilt samtal för den icke födande föräldern där även relationen och anknytningen till barnet tillfrågas. Under samtalet identifieras tecken på psykisk ohälsa hos pappan genom att ställa frågor om mående, oro och stress. Om svaren är avvikande följs dessa upp med Whooley-frågor, som inkluderar känslor om hopplöshet, nedstämdhet och känslan av glädje. Om pappan uppvisar tecken till PPD fortsätts screeningen med EPDS formuläret (Rikshandboken, 2019).

EPDS finns översatt i 22 olika språk för att fånga upp och ge lika vård till så många föräldrar som möjligt. Därefter kan behandlingsinsatser i vårdkedjan anslutas vid behov. Målet är att hålla samma kriterier för pappor som för mammor vid hänvisning och remittering vidare till andra instanser (Rikshandboken, 2019).

3. PROBLEMFORMULERING

I mödrahälsovården finns brister gällande identifiering av det psykiska måendet hos partners. Tidigare forskning har påvisat att pappor drabbas av depression i nästan lika hög grad som mammor och är ett problem både för familjen och för folkhälsan. Psykisk ohälsa och sjukdom blir allt vanligare i samhället, där COVID-19 har varit en bidragande faktor till detta. Anknytning till barnet postpartum kan försvåras i samband med depression och påverkar barnets emotionella och beteendemässiga utveckling. Pappor har inte samma möjligheter och förutsättningar att knyta an till barnet som mamman har under graviditeten och ökad kunskap kring samband gällande pappor med PPD och anknytning till barnet är av vikt för att förebygga psykisk ohälsa och främja anknytningsprocessen även hos pappor. Tidigare forskning belyser främst relationen mellan PPD och anknytning hos mammor, däremot finns endast få studier som undersöker papporna. Syftet med denna studie är därför att undersöka samband mellan PPD och anknytning hos pappor.

4. SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka samband mellan postpartum depression hos pappor och anknytning till barnet.

5. METOD

5.1. Design

En kvantitativ design med tvärsnittsdata har använts för att svara på studiens syfte om samband mellan PPD hos pappor och anknytning till barnet. Kvantitativa tvärsnittsstudier beskriver ett urval av människor vid ett tillfälle under en viss tidsperiod för att undersöka ett specifikt fenomen (Olsson & Sörensen, 2021).

5.2. Deltagare

Deltagarna rekryterades via social media där de hade möjlighet att svara på en enkät. Enkäten ingick i betald annonsering på Facebook och presenterades antingen med en tillfredsställande vinkling av föräldraskapet (“Är du ny pappa och nöjd med det nya livet som förälder?” eller med en missnöjd vinkling (“Har du svårigheter i din föräldraroll?”). I kombination med detta presenterades även en interagerande bild på antingen en nöjd eller missnöjd pappa med ett barn. Inklusionskriterierna för att delta i undersökningen var att deltagarna skulle identifiera sig som pappor till barn som var mellan 0–24 månader och kunna det svenska språket tillräckligt bra för att kunna slutföra enkäten. Totalt har 967 deltagare svarat på enkäten.

5.3. Datainsamling

Insamlade data är en del av PIFF-studien, som utvärderar stödet för pappor postpartum. Data som används i denna studie är insamlad under perioden december 2021 till och med januari 2022 och har tilldelats från författarnas handledare.

5.4. Mätinstrument

5.4.1. Sociodemografiska faktorer

Deltagarna fick svara på frågor gällande deras sociodemografiska bakgrund. De fick frågan om de var födda i Sverige (Ja/Nej), om graviditeten var planerad (Ja/Nej), om barnet var född prematurt, det vill säga under 37 veckor (Ja/Nej) och om de bor tillsammans med partner (Ja/Nej). Deltagarna tillfrågades även hur många barn de hade (1–6 eller fler), deras ålder (18–50 år eller äldre), barnets ålder (0–24 månader eller äldre) och hushållets inkomst före skatt (med start 15 000 SEK eller under och därefter en ökning med 10 000 SEK upp till 115 000 SEK eller mer).

5.4.2. Depressiva symtom

För att skatta graden av depression hos papporna har EPDS använts. Måttenheten på skalan utgår från en likertskala. Likertskalor används för att mäta attityder kring specifika frågor i olika frågeformulär, där deltagaren på en skala skattar om de antingen håller med eller inte håller med eller graden av upplevelse att det stämmer eller inte stämmer i frågan (Patel & Davidson, 2011).

EPDS är ett validerat verktyg som används för att kartlägga det psykiska välmåendet under

graviditet och postpartum. År 1980 framtoogs EPDS av psykiater John Cox i England för att uppmärksamma och underlätta identifiering av depressionssymtom hos kvinnor (Cox, 2019). Formuläret används idag i forskning om postpartum depression för att bidra till utvecklingen av metodiken och nyttjandet i sjukvården. Verktöget har haft en stor spridning inom hälso- och sjukvården och används idag rutinmässigt inom mödrahälsovården för gravida kvinnor. EPDS formuläret hade år 2019 översatts till mer än 60 olika språk (Cox, 2019).

Formuläret presenteras under andra trimestern och följs sedan upp sex till åtta veckor postpartum. Formuläret besvaras enskilt och kartlägger kvinnans mående de senaste sju dagarna (Wickberg & Hwang, 2003). Enligt Vik et al. (2009) som undersökt förlossningsdepression hos nyblivna mammor framkommer det att EPDS är ett användbart verktyg för screening av depression. Genom att alla nyblivna mammor screenas med EPDS upplever vårdpersonal att kommunikationen kring ämnen som kan kännas stigmatiserade lättare kunde diskuteras och resulterar i en djupare inblick i det psykiska måendet (Vik et al., 2009).

EPDS är även validerad för pappor i England och i Sverige och används främst då vårdpersonal misstänker att pappan drabbats av PPD, men utnyttjas däremot inte som rutin för screening på samma sätt som för mammor under graviditet. I Stockholm screenas pappor för PPD på BVC men EPDS tycks då främst fånga upp symtom på oro och ångest. Formuläret har svårare att fånga upp depressiva symtom om papporna uppvisar milda eller måttliga symtom på PPD (Massoudi et al., 2013).

EPDS består av totalt 10 påståenden där svarsalternativen poängsätts från 0 = aldrig/inte alls till 3 = för det mesta/ofta. Mindre än 10 poäng klassas som inte deprimerad och poäng på 10 eller mer klassas som mild, medel eller svår depression. Totalpoängen är 30 (Cox, 2019). Ett gränsvärde på 10 poäng är satt på EPDS skalan i denna studie och delar upp urvalet i två olika grupper, där under 10 = inga depressiva symtom och 10 eller mer = depressiva symtom. Ett gränsvärde på 10 är satt för att fånga upp pappor med milda till måttliga depressiva symtom. Poäng över 12 anses fånga upp mer allvarliga depressiva symtom (Massoudi et al., 2013).

För att utvärdera reliabiliteten för skalorna har Cronbach's alpha (α) tillämpats och är den vanligaste metoden för att mäta tillförlitligheten och resulterar i ett index mellan 0 till 1, där index mellan 0.9 och 0.8 räknas som god reliabilitet (Polit & Beck, 2018). EPDS skalan uppmätte god reliabilitet (Cronbach's $\alpha = 0.88$).

5.4.3. Anknytningsproblem

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) är ett validerat verktyg som används för att identifiera anknytningsproblem hos föräldrarna postpartum (Brockington et al., 2006). Formuläret presenterades för första gången 2001 av ett team olika psykiatriker i England och då i första hand menat att underlätta identifiering av problem i anknytningen hos mammor (Brockington et al., 2001).

PBQ är ett självskattningsformulär och används främst vid besöken på BVC vid misstanke om störningar eller problem i anknytningen till barnet, ofta i kombination då en eller båda föräldrarna uppvisar depressiva symtom. Formuläret är idag översatt till ett flertal olika språk och är menat för både mammor och pappor. I denna studie har en svensk version av PBQ används som är validerad även för pappor (Edborgh et al., 2005).

PBQ har använts för att skatta anknytningen till barnet postpartum hos papporna, och likväl som EPDS, utgår från en likertskala. PBQ formuläret består av totalt 23 påståenden och är indelad i 3 subkategorier. Subkategori 1 består av 12 påståenden och behandlar generella faktorer som påverkar anknytning (PBQ1) där 12 poäng eller mer indikerar försämrade anknytning, subkategori 2 består av 7 påståenden och behandlar avvisning och sjuklig ilska (PBQ2), där 17 poäng eller mer indikerar svåra anknytningsproblem och subkategori 3 består av 4 påståenden och behandlar ångest kopplat till barnet (PBQ3), där 10 poäng eller mer indikerar spädbarnsrelaterad ångest. Svarsalternativen poängsätt från 0 = alltid till 5 = aldrig eller tvärtom 5 = alltid till 0 = aldrig. Högre poäng indikerar lägre anknytningsgrad. Totalpoängen är 115 (Brockington et al., 2006). Cronbach's alpha har tillämpats på den totala PBQ skalan och uppmätte en god reliabilitet (Cronbach's $\alpha = 0.86$).

5.5. Dataanalys

Totalt har 967 deltagare inkluderats i analysen. En sammanställning av frekvenser, medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) av pappornas bakgrundsfaktorer och samtliga subkategorier av anknytning (PBQ1, PBQ2, PBQ3) har analyserats med deskriptiv statistik i jämförelse med pappor utan depressiva symtom och pappor med depressiva symtom. Deskriptiv statistik, även kallad beskrivande statistik, ger en överskådlig bild av data, genom att man sammanfattar och redogör i till exempel tabeller eller diagram. Man håller sig nära råmaterialet och presenterar statistiken med minimal tolkning (Brace et al., 2009).

För beräkning av signifikansnivå (p-värde) för variablerna, i förhållande till pappornas depressionssymtom, har Pearson's chi-square test tillämpats på de diskreta variablerna (dvs. född i Sverige, planerad graviditet, om barnet var född prematurt och om föräldrarna var sammanboende) och independent sample t-test har tillämpats på de kontinuerliga variablerna (dvs. antal barn, pappornas ålder, barnets ålder, hushållets inkomst och PBQ 1,2 och 3). Pearson's chi-square test har använts för att undersöka om det finns en statistisk signifikans mellan de olika diskreta variablerna. Independent sample t-test har använts för att jämföra medelvärdet på de kontinuerliga variablerna och om det finns en statistisk signifikans mellan dessa (Field, 2009).

Ett konfidensintervall (CI) på 95% har använts, vilket uttrycker att man med 95% säkerhet kan säga att det sanna medelvärdet kan representeras över hela populationen, däremot finns det alltid en risk för felmarginaler på 5%. Ett p-värde på $<.05$ indikerar att värdet är av statistisk signifikans och inte förklaras av slumpen (Djurfeldt et al., 2010).

Logistisk regressionsanalys har tillämpats för att undersöka sannolikheten av ett utfall, det vill säga effekten av pappors sociodemografiska faktorer och anknytning (kovariater) i relation till depressionssymtom (beroende variabel) (Brace et al., 2009). Odds ratio (OR) med CI på 95 % har beräknats för att utvärdera styrkan av samband mellan depressionssymtom och kovariaterna. Odds av ett utfall beräknas genom att dela sannolikheten att det ska inträffa med sannolikheten att det inte ska inträffa. Utfallet av den beroende variabel kan endast anta värden på ett intervall mellan 0 och 1 (0= inga depressiva symtom, 1= depressiva symtom). Kovariaterna kan anta värden både över 1 och under 0, och indikerar om det är mer eller mindre sannolikt till den beroende variabeln (Olsson & Sörensen, 2021).

Tre logistiska regressionsmodeller utfördes med depressiva symtom som beroende variabel. Modell 1 var med alla sociodemografiska faktorer och generell anknytning, modell 2 var med alla sociodemografiska faktorer och avvisning/sjuklig ilska och modell 3 var med alla sociodemografiska faktorer och ångest kopplat till barnet.

På samtliga modeller utfördes goodness of fit test för logistisk regression (Hosmer-Lemeshow) för att beräkna hur väl data passar in på en specifik modell. Om värdet inte är signifikant ($p>.05$) är modellen bra för ändamålet (Field, 2009). På samtliga modeller beräknades även area under ROC curve för att bedöma sensitivitet och specificitet, det vill säga hur väl modellerna kan förutspå och klassificera till exempel de sanna sjuka mot de sanna friska (värden $>.7$ = acceptabelt) (Field, 2009). Multikollinearitet testades mellan den

beroende variabeln och kovariaterna och visade ingen korrelation på samtliga modeller. Om det finns en korrelation mellan en och flera kovariater kan man inte urskilja vilken av dessa som har effekt på den beroende variabeln (Wahlgren, 2005).

All data har analyserats genom IBM Statistical Package for the Social Sciences 27 (SPSS).

6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsstudier kräver vanligen en etikprövning där fyra olika forskningsetiska principer tas hänsyn till, dessa är informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Enligt lag krävs ingen etikprövning och ett godkännande från en etiknämnd för examensstudier på avancerad nivå (SFS 2003:460).

Författarna av studien har beaktat de etiska principerna som krävs i samband med detta examensarbete. Data som används i denna studie är godkänd av Regionala

Etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr: 2018/889–31/5).

Deltagarna som besvarade enkäten var helt anonyma. Skriftligt informerat samtycke bifogades med enkäten samt en länk för vidare information om studien. Deltagandet var helt frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan vidare förklaring. Samtycke gavs genom deltagarnas val att svara på enkäten.

7. RESULTAT

[Tabell 1](#) visar deskriptiv statistik av variablerna i denna studie. Pappornas sociodemografiska egenskaper har jämförts med pappor utan depressiva symtom (75,9%) och pappor med depressiva symtom (24,1%). Av totalt 967 deltagare var 4,4 procent inte födda i Sverige, 12,8 procent hade inte en planerad graviditet, 6,6 procent hade ett barn som var född prematurt och 1,6 procent bodde inte tillsammans med partner. Det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan depressiva symtom och om graviditeten var planerad ($p < .001$) och om papporna var sammanboende med partner ($p = .008$). Genomsnittet för medelvärden och standardavvikelser på det totala urvalet har beräknats för kontinuerliga variabler och jämförts med pappornas depressionssymtom. Det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan depressiva symtom gällande barnets ålder ($p = .001$), generell anknytning ($p < .001$), avvisning/sjuklig ilska ($p < .001$) och ångest kopplat till barnet ($p < .001$).

[Tabell 2](#) visar resultatet av pappors depressiva symtom och generella anknytning. Resultatet visar samband mellan depression och barnets ålder, inkomst och generell anknytning. Oddsens för att pappor påvisar depressiva symtom var större om barnet var äldre (OR= 1.03, p= .03), de hade en lägre inkomst (OR= .91, p= .03) och de hade högre grad av försämrade generell anknytning till barnet (OR= 1.25, p <.001). Modellen var passande för datamaterialet (Hosmer-Lemeshow= .272 och area under ROC curve= .734).

[Tabell 3](#) visar resultatet av pappors depressiva symtom och avvisning och sjuklig ilska. Resultatet visar samband mellan depression och planerad graviditet, om föräldrarna bor tillsammans, inkomst och avvisning/sjuklig ilska. Oddsens för att pappor påvisar depressiva symtom var större om graviditeten inte var planerad (OR= 1.70, p= .03), om de inte bodde tillsammans med sin partner (OR= 4.32, p= .02), de hade en lägre inkomst (OR= .91, p= .02) och de hade en högre grad av avvisning och sjuklig ilska gentemot barnet (OR= 1.32, p <.001). Modellen var passande för datamaterialet (Hosmer-Lemeshow= .807 och area under ROC curve= .714).

[Tabell 4](#) visar resultatet av pappors depressiva symtom och ångest kopplat till barnet. Resultatet visar samband mellan depression och planerad graviditet, antal barn, barnets ålder och ångest kopplat till barnet. Oddsens för att pappor påvisar depressiva symtom var större om de inte hade en planerad graviditet (OR= 1.76, p= .01), hade flera barn (OR= 1.28, p= .03), om barnet var äldre (OR= 1.05 p <.001) och de hade en högre grad av ångest kopplat till barnet (OR= 1.54, p <.001). Modellen var passande för datamaterialet (Hosmer-Lemeshow= .947 och area under ROC curve = .715).

7.2. Tabell 1

Tabell 1. Jämförelse av pappors depressionssymtom, bakgrundsfaktorer och anknytning.

	Totalt urval (n = 967)	Pappor utan depressiva symptom (n = 734)	Pappor med depressiva symptom (n= 233)	
Diskreta variabler	N (%)	N (%)	N (%)	p-värde
Född i Sverige				.895
Ja	924 (95.6)	701 (95.5)	223 (95.7)	
Nej	43 (4.4)	33 (4.5)	10 (4.3)	
Planerad graviditet				<.001***
Ja	843 (87.2)	658 (89.6)	185 (79.4)	

Nej	124 (12.8)	76 (10.4)	48 (20.6)	
Barn född prematur (<37 veckor)				.688
Ja	64 (6.6)	47 (6.5)	17 (7.3)	
Nej	888 (91.8)	672 (93.5)	216 (92.7)	
Bor med partner				.008**
Ja	952 (98.4)	727 (99.0)	225 (96.6)	
Nej	15 (1.6)	7 (1.0)	8 (3.4)	
Kontinuerliga variabler	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Antal barn	1.49 (.723)	1.47 (.723)	1.55 (.718)	.141
Pappans ålder	33.41 (4.337)	33.36 (4.194)	33.58 (4.766)	.499
Barnets ålder (månader)	9.79 (6.398)	9.42 (6.310)	10.97 (6.543)	.001**
Hushållets inkomst (SEK)	65 000–74 999 (2.272)	65 000–74 999 (2.212)	55 000–64 999 (2.447)	.099
Generell anknytning	7.14 (4.522)	6.13 (3.446)	10.36 (5.863)	<.001***
Avvisning och sjuklig ilska	3.54 (3.286)	2.86 (2.602)	5.71 (4.189)	<.001***
Ångest kopplat till barnet	2.96 (2.049)	2.56 (1.794)	4.21 (2.294)	<.001***
*p-värdena är baserade på chi-square test för diskreta variabler och independent sample t-test för kontinuerliga variabler. $p \leq .05$, $p^{**} \leq .01$, $p^{***} \leq .001$ Signifikanta värden är fetmarkerade.				

7.3. Tabell 2

Tabell 2. Logistisk regression med depressiva symtom som beroende variabel sociodemografiska faktorer och generella faktorer som påverkar anknytning som oberoende variabler.

Modell 1	OR	95 % CI	Till	p-värde
		Från		
Född i Sverige	1.004	.442	2.279	.993
Planerad graviditet	1.350	.843	2.162	.211
Barn född prematur (<37 veckor)	1.001	.522	1.918	.998
Bor med partner	2.759	.820	9.286	.101
Antal barn	1.013	.805	1.276	.911
Pappans ålder	1.014	.972	1.058	.521
Barnets ålder (månader)	1.029	1.003	1.056	.028
Hushållets inkomst (SEK)	.914	.844	.990	.026
Generell anknytning	1.250	1.197	1.305	<.001***
Hosmer-Lemeshow				.272
Area under the ROC curve	.734			
* $p \leq .05$, $p^{**} \leq .01$, $p^{***} \leq .001$. Signifikanta värden är fetmarkerade.				

7.4. Tabell 3

Tabell 3. Logistisk regression med depressiva symtom som beroende variabel sociodemografiska faktorer och avvisning/sjuklig ilska som oberoende variabler.

Modell 2	OR	95 % CI Från	Till	p-värde
Född i Sverige	1.216	.549	2.692	.630
Planerad graviditet	1.659	1.043	2.639	.033
Barn född prematur (<37 veckor)	.821	.435	1.551	.544
Bor med partner	4.321	1.317	14.175	.016
Antal barn	.960	.760	1.213	.733
Pappans ålder	1.009	.967	1.052	.690
Barnets ålder (månader)	1.019	.993	1.046	.146
Hushållets inkomst (SEK)	.910	.841	.984	.019
Avvisning och sjuklig ilska	1.316	1.246	1.389	<.001***
Hosmer-Lemeshow				.807
Area under ROC curve	.714			
*p ≤ .05, p** ≤ .01, p*** ≤ .001. Signifikanta värden är fetmarkerade.				

7.5. Tabell 4

Tabell 4. Logistisk regression med depressiva symtom som beroende variabel sociodemografiska faktorer och ångest kopplat till barnet som oberoende variabler.

Modell 3	OR	95 % CI Från	Till	p-värde
Född i Sverige	1.221	.550	2.710	.623
Planerad graviditet	1.761	1.120	2.768	.014
Barn född prematur (<37 veckor)	.988	.517	1.889	.971
Bor med partner	3.145	.915	10.806	.069
Antal barn	1.284	1.020	1.616	.033
Pappans ålder	1.009	.969	1.051	.650
Barnets ålder (månader)	1.053	1.026	1.080	<.001***
Hushållets inkomst (SEK)	.971	.900	1.049	.456
Ångest kopplat till barnet	1.535	1.410	1.671	<.001***
Hosmer-Lemeshow				.947
Area under ROC curve	.715			
*p ≤ .05, p** ≤ .01, p*** ≤ .001. Signifikanta värden är fetmarkerade.				

8. DISKUSSION

8.1. Metoddiskussion

Denna studie var en kvantitativ tvärsnittsstudie där data samlats in vid ett specifikt tillfälle under en kort period, vilket är en fördel då man kan plocka data för att besvara nya frågeställningar. Tvärsnittsstudier har ofta möjlighet till ett större urval vilket ökar generaliserbarheten. Metoden är även snabb och kostnadseffektiv (Trost & Hultåker, 2016). Begränsningar med tvärsnittsstudier är dock att man inte kan fastställa orsakssamband eller förändringar över tid (Trost & Hultåker, 2016). Då författarna ville undersöka vilka olika samband som finns mellan PPD hos pappor och anknytning till barnet, passar metoden väl för att svara på syftet.

Författarna har inte själva samlat in data, utan är en del av PIFF-studien, där enkäter skickades ut via Facebook. Facebook är tillgängligt över hela landet, vilket möjliggjorde att det var lätt att delta och därmed nå en bredare population geografiskt och på så sätt få en hög generaliserbarhet (Olsson & Sörensen, 2021). Däremot kunde endast pappor som hade tillgång till Facebook delta, vilket möjligtvis inte representerar hela befolkningen och minskar därmed generaliserbarheten.

Då författarna hade en tidsbegränsning för denna studie var det en fördel att data redan fanns att tillgå.

Författarna av denna studie har ingen tidigare erfarenhet av statistikprogrammet SPSS och analysering av kvantitativa data och har fått läsa på om programmet och lämplig analysmetod. Författarna har gjort samtliga analyser tillsammans. Kodning med hjälp av SPSS syntax har tillämpats på samtliga analyser för att kunna replikera resultatet vid upprepade analys. Resultatet har även stämts av med författarnas handledare, för att öka reliabiliteten och utesluta bias. Författarna har inte haft några förutfattade meningar om resultatet (Djurfeldt et al., 2010).

Logistisk regressionsanalys är en bra analys att tillämpa då urvalet är stort, när variablerna är varierade (diskreta och kontinuerliga), när den beroende variabeln är binär och för att undersöka samband (Hosmer et al., 2013). Analysen innehåller inga antaganden om normalfördelning kring medelvärdet, vilket ofta krävs för andra parametriska tester (Sullivan & Artino, 2013). För analysen krävs det att kovariaterna inte har en korrelation till varandra,

vilket kan ge ett missvisande resultat (Wahlgren, 2005). Samtliga variabler i denna studie hade ingen korrelation. Goodness of fit test och area under ROC curve tillämpades för att säkerställa hur väl data passar in på metoden, samtliga analyser uppfyllde detta krav. Medan man kan påvisa effekten av ett utfall på en beroende variabel kan analysen även visa om denna effekt är positiv eller negativ, däremot är svagheten med logistisk regressionsanalys att det är svårt att få fram mer komplexa förhållanden med denna metod. För en djupare förståelse krävs andra typer av algoritmer (Olsson & Sörensen, 2021).

En annan begränsning med metoden är att man inte kan lösa icke linjära problem eftersom analysen kräver ett linjärt samband mellan oddsen och kovariaterna (Wahlgren, 2005). Utfallen kan inte relateras till den beroende variabeln på en rak linje och det är därmed svårt att dra några definitiva samband av effekterna (Olsson & Sörensen, 2021). Däremot kan resultaten utgöra en bra grund för vidare forskning inom specifika utfall.

EDPS och PBQ skalorna är båda validerade instrument och hade god reliabilitet enligt Cronbach's alpha. EPDS däremot har ibland visat sig ha svårt för att identifiera pappor med PPD, vilket kan resultera i att pappor som faktiskt har depressiva symtom klassas som inte depressiva enligt poängskalan, vilket kan ha påverkat validiteten (Massoudi et al., 2013).

Etiskt godkännande krävs inte för uppsatser på avancerad nivå inom högskoleutbildning (SFS 2003:460). För inhämtade data i denna studie fanns dock redan etiskt godkännande och som uppfyller kraven för de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002).

Deltagarna fick skriftlig information om anonymitet, samtycke och hur data lagras och behandlas utifrån etiska riktlinjer. Deltagandet kunde även avbrytas när som helt utan vidare förklaring från deltagarna. Vidare information fanns även tillgänglig för att utesluta förvirring gällande vilka som utfärdat studien och vad syftet med studien var. Författarna av denna studie har förhållit sig till de forskningsetiska principerna vid hanteringen av data.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan PPD hos pappor och anknytning till barnet. Resultatet indikerar att pappor med depressiva symtom hade en försämrad anknytning till barnet. Dessa pappor hade signifikant högre poäng på samtliga subkategorier i PBQ formuläret, än pappor utan depressiva symtom. Samband mellan PPD och försämrad anknytning både hos mammor och pappor har även konstaterats i andra studier (Edhborg et

al., 2016; Musser et al., 2013; Ip et al., 2018; Bieleninik et al., 2021). En försämrad anknytning påverkar barnets utveckling negativt och kan ge ihållande konsekvenser även när barnet är äldre (Edhborg et al., 2016; Kim & Swain, 2007; Melrose, 2010; Glasser & Lerner-Geva, 2019). Enligt författarna är depressiva symtom hos pappor är därmed minst lika viktigt att identifiera och förebygga som hos mammor.

Tidigare psykisk ohälsa har dock inte tillfrågats i denna studie och det är oklart om detta hade kunnat påverka resultatet.

Effekten av depressiva symtom variera beroende på pappornas sociodemografiska bakgrund. Pappor som hade en lägre inkomst och både generella och svåra anknytningsproblem uppvisade i högre grad depressiva symtom, denna skillnad var statistiskt signifikant. Ekonomiska problem kan medföra upplevelser av osäkerhet för familjen och för framtiden och bidra till psykisk ohälsa (Santos Junior et al., 2013; Wang et al., 2021). Pappans närvaro, både fysiskt och psykiskt i föräldraskapet, leder till en trygg anknytning, medan frånvaro på ett eller annat sätt orsakat av bland annat ekonomiska skäl kan leda till sämre livskvalité för hela familjen (Kim & Swain, 2007; Wang et al., 2021). Under COVID-19 pandemin kan många fler familjer ha haft det svårt ekonomiskt, vilket kan ha bidragit till att pappor i denna studie har haft en lägre inkomst än vanligt. Resultatet kan dock bekräftas av andra studier (Santos Junior et al., 2013; Kim & Swain, 2007; Philpott & Corcoran, 2018; Scarff, 2019).

Pappor som hade barn som var äldre och både generella anknytningsproblem och spädbarnsrelaterad ångest uppvisade i högre grad depressiva symtom, denna skillnad var statistiskt signifikant. Medelåldern på dessa barn var cirka 11 månader. Tidigare forskning kan bekräfta att pappor generellt uppvisar depressiva symtom när barnet är runt 1 års ålder. (Goodman, 2004; Wickberg & Hwang, 2003). Goodman (2004) menar att pappor som inte har depressiva symtom samlar på sig negativ stress om mamman har PPD, vilket i ett senare skede, ofta när barnet är närmare 1 år, uttrycker sig i depressiva symtom även hos pappor (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010).

Pappor som hade en oplanerad graviditet och svåra anknytningsproblem och spädbarnrelaterad ångest uppvisade i högre grad depressiva symtom, denna skillnad var statistiskt signifikant. En oplanerad graviditet kan skapa psykisk stress och öka risken för depressiva symtom under graviditet och därmed även öka risken för PPD (Nishimura &

Ohashi, 2010). Oplanerad graviditet är framför allt vanligt bland unga och de med låg socioekonomisk status (Nishimura & Ohashi, 2010; Massoudi et al., 2016).

Utbildningsnivå har dock inte tillfrågats i denna studie och det är oklart om detta hade kunnat påverka resultatet.

Pappor som hade fler barn och spädbarnrelaterad ångest uppvisade i högre grad depressiva symtom, denna skillnad var statistiskt signifikant. Ramchandani et al (2008) belyser att flerbarnspappor uppvisar depressiva symtom i högre grad än förstagångspappor, vilket kan vara relaterat till att det är en mer utmanande situation, dels psykiskt men dels även ekonomiskt sett (Ramchandani et al., 2008). Senare forskning har däremot påvisat motsatsen, att depressiva symtom inte nödvändigtvis är relaterat till paritet utan är mer beroende av stödet de får från bland annat barnmorskorna (Wells & Aronson, 2021).

Pappor som inte var sammanboende med sin partner och hade svåra anknytningsproblem uppvisade i högre grad depressiva symtom, denna skillnad var statistiskt signifikant. Relationen och samspelet mellan föräldrarna skapar trygghet och struktur för hela familjen. Enligt tidigare forskning har separerade föräldrar eller par som inte bor tillsammans ökad risk för depressiva symtom främst på grund av ekonomiska skäl och bristande socialt stöd (Philpott & Corcoran, 2018). Däremot är det oklart om föräldrarna inte bor tillsammans på grund av svårigheter i relationen eller om det beror på andra yttre omständigheter, då detta inte har tillfrågats.

Rekryteringen av deltagarna skedde mellan december och januari, som är en period då fler generellt känner sig mer nedstämda och deprimerade, dessutom var detta en period under pågående COVID-19 pandemin (Tee et al., 2020). Kombinationen av detta kan ha resulterat i att fler depressiva pappor har deltagit än om det hade varit vid en annan tidsperiod och inte en pandemi.

Vidare forskning som undersöker specifika fenomen över tid kan vara av relevans, såsom longitudinella studier. Då forskningen som finns idag främst tittar på samband mellan mammor med PPD och anknytning vore det intressant att vidare undersöka pappornas samband som framkommit i denna studie.

Intervjustudier kan även vara av relevans för att få en fördjupad förståelse för pappors upplevelser gällande PPD och anknytning.

9. KLINISK RELEVANS

Mödrahälsovården borde sträva efter att inkludera båda föräldrarna i screeningen för depressiva symtom både under och efter graviditet för att minska förekomsten av PPD och även bidra till ökat psykiskt välmående i samhället (Massoudi et al., 2016).

Genom att ha kunskap om pappors sociodemografiska status och dess effekter på psykisk ohälsa och anknytning, kan det öka möjligheten för barnmorskor att arbeta mer förebyggande. Det kan bland annat vara relevant för vårdpersonal, som arbetar i ekonomiskt utsatta områden där låginkomsttagare ofta är överrepresenterade, att sträva efter att inkludera, screena och stötta dessa pappor (Massoudi et al., 2016).

Denna studie har belyst ett flertal effekter gällande PPD hos pappor och anknytning till barnet och kan förhoppningsvis kunna bidra med ny kunskap till den senaste forskningen inom ämnet. Vidare forskning krävs dock för att kunna fastställa sambanden av resultatet i denna studie.

10. SLUTSATS

Depressiva symtom hos pappor har ett samband med försämrad anknytning till barnet. Effekten av depressiva symtom skiljer sig beroende på pappornas sociodemografiska bakgrund. PPD hos pappor har en negativ påverkan på flera olika sätt för hela familjen och bör screenas i lika hög grad som mammor. Att inkludera pappor mer och uppmärksamma deras psykiska mående kan medföra en ökad delaktighet för pappor i mödrahälsovården. Att belysa PPD och anknytningsproblem kan hjälpa mödrahälsovården att få en ökad förståelse för pappors behov av stöd och därmed främja anknytningen även för medföräldern.

11. REFERENSER

Andersson, E., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care--a clinical trial. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3), 113–120.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.08.002>

Bieleninik, L., Lutkiewicz, K., Jurek, P., & Bidzan, M. (2021). Paternal Postpartum Bonding and Its Predictors in the Early Postpartum Period: Cross-Sectional Study in a Polish Cohort. *Frontiers in Psychology*, 12, 628650–628650. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628650>

Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2009). *SPSS for Psychologists*. (4 uppl.). Palgrave Macmillan.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of women's mental health*, 9(5), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>

Brockington, I.F., Oates, J.M., George, S.L., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.

<https://doi.org/10.1007/s007370170010>

Chin, R., Daiches, A., & Hall, P. (2011). A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 84(7), 19–23.

Cox J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 214(3), 127–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda 1: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (2. uppl). Studentlitteratur.

Edhborg, M., Carlberg, M., Simon, F., & Lindberg, L. (2016). "Waiting for Better Times": Experiences in the First Postpartum Year by Swedish Fathers With Depressive

Symptoms. *American journal of men's health*, 10(5), 428–439.

<https://doi.org/10.1177/1557988315574740>

Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Lundh, W., & Widström, A.-M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 221–231.

<https://doi.org/10.1007/s00737-005-0097-5>

Ertekin Pinar, S., & Ozbek, H. (2021). Paternal depression and attachment levels of first-time fathers in Turkey. *Perspectives in psychiatric care*, 10.1111/ppc.12905. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ppc.12905>

Ettenberger, M., Bieleninik, Ł., Epstein, S., & Elefant, C. (2021). Defining Attachment and Bonding: Overlaps, Differences and Implications for Music Therapy Clinical Practice and Research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3 uppl.). SAGE Publications Inc.

Filippetti, M. L., Clarke, A., & Rigato, S. (2022). The mental health crisis of expectant women in the UK: effects of the COVID-19 pandemic on prenatal mental health, antenatal attachment, and social support. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 68.

<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04387-7>

Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(1), 3–9.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.11.001>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Hälsa*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Hämtad 23 januari, 2021, från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/>

Glasser, S., & Lerner-Geva, L. (2019). Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspectives in public health*, 139(4), 195–198.

<https://doi.org/10.1177/1757913918790597>

Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2020). Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 265, 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.029>

Goodman J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditet. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (1:4 uppl., s. 273–284). Studentlitteratur.

Hosmer-Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression* (3 uppl). Wiley.

Ip, P., Li, T., Chan, K. L., Ting, A., Chan, C. Y., Koh, Y. W., Ho, F., & Lee, A. (2018). Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant behavior & development*, 53, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.08.002>

Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1722564. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>

Jungmarker, E. B., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2010). Playing second fiddle is okay-- Swedish fathers' experiences of prenatal care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(5), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.03.007>

Kerstis, B., Nohlert, E., Öhrvik, J., & Widarsson, M. (2016). Association between depressive symptoms and parental stress among mothers and fathers in early parenthood: A Swedish cohort study. *Uppsala journal of medical sciences*, 121(1), 60–64. <https://doi.org/10.3109/03009734.2016.1143540>

Kim, and Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 4(2), 35–47.

Knappe, S., Petzoldt, J., Garthus-Niegel, S., Wittich, J., Puls, H. C., Huttarsch, I., & Martini, J. (2021). Associations of Partnership Quality and Father-to-Child Attachment During the Peripartum Period. A Prospective-Longitudinal Study in Expectant Fathers. *Frontiers in psychiatry*, 12, 572755. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.572755>

Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive health*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2426-0>

Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.005>

Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2016). Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 688–694. <https://doi.org/10.1177/1403494816661652>

Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression: how can nurses begin to help?. *Contemporary nurse*, 34(2), 199–210. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.199>

Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 27(6), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.001>

- Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (4 uppl). Liber.
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Upplaga 4:3. Lund: Studentlitteratur AB.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research* (9 uppl). Wolters Kulwer.
- Philpott, L. F., & Corcoran, P. (2018). Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*, 56, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.009>
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390–398. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429c2>
- Rikshandboken. (2019). *Depression hos nyblivna mammor*. Hämtad 2 februari 2022 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/foraldraskap/depression-hos-nyblivna-mammor/>
- Rikshandboken. (2019). *Enskilda föräldrasamtal*. Hämtad 8 februari 2022 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/>
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (1:4 uppl., s. 399–402). Studentlitteratur.

Ryding, E.-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (2:4 uppl., s. 127–140). Studentlitteratur.

Santos Junior, H. P., Rosa Gualda, D. M., de Fátima Araújo Silveira, M., & Hall, W. A. (2013). Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *Journal of advanced nursing*, 69(6), 1248–1258. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06112.x>

Scarff J. R. (2019). Postpartum Depression in Men. *Innovations in clinical neuroscience*, 16(5-6), 11–14.

Schumacher, M., Zubarán, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 21(2), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.008>

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen. (2017). *Riktlinjer vid depression och ångestsymtom – Målnivåer för indikatorer*. Hämtad 23 januari 2021 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-1.pdf>

Sullivan, G.M., & Artino, A.R. (2013). Analyzing and interpreting data from likert-type scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>

Tee, M. L., Tee, C. A., Anlacan, J. P., Aligam, K. J. G., Reyes, P. W. C., Kuruchittham, V., & Ho, R. C. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *Journal of Affective Disorders*, 277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.043>

Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken* (5., [moderniserade och rev.] uppl.). Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf?fbclid=IwAR0mgogzZqY4An54BXQiObNB>

Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M. (2009). "It's about focusing on the mother's mental health": screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective--a qualitative study. *Scandinavian journal of public health*, 37(3), 239–245. <https://doi.org/10.1177/1403494808100275>

Wahlgren, L. (2005). *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur.

Wang, D., Li, Y. L., Qiu, D., & Xiao, S. Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 293, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>

Wells, M. B., & Aronson, O. (2021). Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *Journal of affective disorders*, 280(Pt A), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.018>

Wells M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 105(9), 1014–1023. <https://doi.org/10.1111/apa.13501>

Wickberg, B., & Hwang, P. (2003). *Post partum depression nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

12. BILAGOR

12.1. Bilaga 1

Edinburgh Postnatal Depression Scale (svensk översättning)

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:

Lika bra som vanligt

Nästan lika bra som vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:

Lika mycket som vanligt

Något mindre än vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

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

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Nej, inte så ofta

Nej, aldrig

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

Nej, inte alls

Nej, knappast alls

Ja, ibland

Ja, mycket ofta

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

Ja, mycket ofta

Ja, ibland

Nej, ganska sällan

Nej, inte alls

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

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

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

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

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

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

Ja, mesta tiden

Ja, ibland

Nej, sällan

Nej, aldrig

8. Jag har känt mig ledsen och nere:

Ja, för det mesta

Ja, rätt ofta

Nej, sällan

Nej, aldrig

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

Ja, nästan jämt

Ja, ganska ofta

Bara någon gång

Nej, aldrig

10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:

Ja, rätt så ofta

Ibland

Nästan aldrig

Aldrig

12.2. Bilaga 2

Postpartum Bonding Questionnaire med totalt 23 påståenden

(svensk version och översättning)

Subkategori 1: Generella faktorer som påverkar anknytning (12 påståenden)

Jag känner mig nära mitt barn
Jag önskar att de dagar när jag inte hade barn kunde komma tillbaka
Barnet ser inte ut som om det är mitt
Barnet stressar upp mig

Jag älskar mitt barn
Jag känner mig lycklig när mitt barn ler eller skrattar
Mitt barn irriterar mig
Mitt barn gråter för mycket
Jag känner mig lurad som pappa
Jag vill inte ha med mitt barn att göra
Mitt barn är det vackraste barnet i världen
Jag önskar att mitt barn på något sätt skulle försvinna

Subkategori 2: Avvisning och sjuklig ilska (7 påståenden)

Jag är avståndstagande till mitt barn
Jag älskar att kela med mitt barn
Jag beklagar att jag har barn
Jag tycker det är roligt att leka med mitt barn

Jag känner mig arg på mitt barn

Mitt barn förargar mig

Jag känner att den enda lösningen är att någon annan sköter om mitt barn

Subkategori 3: Ångest kopplat till barnet (4 påståenden)

Mitt barn gör mig nervös

Jag är rädd för mitt barn

Jag känner mig trygg när jag tar hand om mitt barn

Mitt barn är lätt att trösta