



## Depressiva symtom hos nyblivna pappor i Stockholms län

Depressiva symtom bland nyblivna pappor i Stockholms län undersöktes år 2011 genom en enkät. Totalt upptäcktes 13,3 procent pappor med depressiva symtom. Det visar att även pappor med symtom behöver uppmärksammas, eftersom symtomen kan ha negativa följder för såväl barn som föräldrar.

### Depressiva symtom hos nyblivna föräldrar

Postnatal depression har uppmärksamats eftersom depressiva symtom hos nyblivna föräldrar, oavsett orsak, kan leda till en försämrad relation mellan barn och förälder samt påverka barnets utveckling och hälsa negativt [1]. Begreppet postnatal depression avser således inte att barnet behöver vara direkt orsak till de depressiva symtomen, utan bara att barnets första levnadsår utgör tidpunkten och sammanhanget då symtomen uppträder.

Självskattningsskalan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) utvecklades först för att mäta depressiva symtom hos nyblivna mammor [1] och används nu för screening av mammor inom den svenska barnhälsovården.

Internationella studier har visat en koppling mellan utfall av EPDS och senare utvecklings- och hälsoproblem hos barnet [1]. Svenska studier där EPDS har använts har visat att depressiva symtom förekommer både bland mammor (12–16,5 procent) och pappor (6,3–10,3 procent) cirka tre månader efter barnets födelse [2–4].

### Studie av pappor i Stockholms län

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av depressiva symtom bland ett urval av nyblivna pappor i Stockholms län år 2011.

### Metod

Studiepopulationen bestod av samtliga registrerade pappor till barn födda under fyra utvalda månader under 2010–11. Enkäten skickades ut då barnen var 3–6 månader gamla och besvarades av 3656 pappor (46 procent). Papporna skattade sina depressiva symtom med EPDS. Skalan innehåller 10 påståenden med svarsalternativ som poängsätts mellan 0 och 3 vilket totalt ger 0–30 poäng, där högre poäng indikerar högre grad av depressiva symtom [1]. Förekomsten i aktuell studie avser endast depressiva symtom, då EPDS i sig inte är tillräckligt för att ställa diagnosen depression. Vid utformningen av studien bestämdes att använda gränsvärde 10 för EPDS som indikation för möjliga depressiva symtom för pappor. Det är 2 poäng lägre än den gräns på 12 poäng som används för mammor inom den svenska barnhälsovården, och baseras på en studie som har visat att män skattar sin psykiska ohälsa lägre jämfört med kvinnor [5]. Även förekomst vid 11 och 12 poäng på EPDS visas i Tabell 1.

### Resultat

Totalt upptäcktes 485 pappor med depressiva symtom, motsvarande 13,3 procent, vid gränsvärde 10 för EPDS (se Tabell 1). Vid en högre poänggräns än 10 blev prevalensen lägre. Beroende på gränsvärde varierade förekomsten av depressiva symtom mellan 8,1 och 13,3 procent. I andra svenska studier har olika gränsvärden använts för EPDS enligt Tabell 1 [2–4].

**Tabell 1. Förekomst av depressiva symtom hos pappor vid olika poänggräns för EPDS samt vid olika tidpunkter efter barnets födelse**

	Barnets ålder (månader)	Poänggräns för symtom EPDS	Totalt antal pappor med symtom (Totalt antal pappor)	Prevalens av depressiva symtom enligt EPDS (%) bland pappor	Prevalens av depressiva symtom enligt EPDS (%) bland mammor
Carlberg, Lindberg m fl Under framställning	3–6	10	485 (3656)	13,3	Ej undersökt
	3–6	11	373 (3656)	10,2	
	3–6	12	297 (3656)	8,1	
Kerstis 2012	3	10	22 (252)	8,7	16,5
Bergström 2013	3	11	84 (812)	10,3	Ej undersökt
Massoudi 2013	3	12	56 (885)	6,3	12,0

## Bortfallsbeskrivning

Pappor som hade svarat jämfördes med pappor som inte hade svarat, utifrån bostadsområde (kommun/stadsdel) kopplat till medianårsinkomst för män i arbetsför ålder. Områdena delades in i tre grupper utifrån medianinkomst (SEK/år): <250 000, 250 000–299 999, samt >300 000. Jämförelsen visade att svarsfrekvensen var lägre i låginkomstområden, och att förekomsten av depressiva symtom bland respondenterna var högst i områden med lägst inkomst.

## Diskussion

Jämfört med andra svenska studier av depressiva symtom hos pappor upptäcktes en något högre förekomst i denna studie från Stockholms län. Detta kan bero på flera faktorer, exempelvis skillnader mellan studiepopulationerna eller att mätningen gjordes vid en senare tidpunkt efter barnets födelse, då barnen var 3–6 månader gamla. Internationella studier tyder på att förekomsten är som högst vid 3–6 månader för såväl mammor som pappor [6].

Valet av gränsvärde skiljer sig också mellan olika studier, vilket ytterligare försvårar jämförelser [2–4, 6]. En aspekt som är viktig att studera är vilket gränsvärde för EPDS som är kritiskt beträffande negativa konsekvenser för barnet.

Generellt är förekomsten av depression eller depressiva symtom lägre bland män än bland kvinnor både i den allmänna befolkningen, vilket bland annat har visats i Folkhälsorapport (FHR) för Stockholms län 2011 [7] och bland nyblivna föräldrar [2,3,6]. I FHR har en annan skala än EPDS använts, vilket försvårar jämförelser. Oavsett instrument har dock dessa studier funnit att prevalensen är ungefär dubbel så hög bland kvinnor som bland män [2,3,6,7]. Den något högre förekomsten bland pappor i Stockholms län jämfört med andra svenska studier [2,3] skulle kunna tyda på att även mammor i länet har högre prevalens av depressiva symtom 3–6 månader efter barnets födelse än nationellt.

Förutom skillnaden i självskattad psykisk ohälsa är en annan yttring av könsskillnaderna att män tenderar att söka vård för depressiva symtom i mindre omfattning än kvinnor [8], vilket skulle kunna tala för screening av pappor.

Den lägre svarsfrekvensen bland ekonomiskt svaga grupper som påvisats i denna studie, har visats även tidigare i nationella och regionala folkhälso-

enkäter. Utifrån bortfallsbeskrivningen är ett rimligt antagande att depressiva symtom var vanligare i områden med lägre medianinkomst även bland de pappor som inte har svarat. Antagandet stöds av en svensk studie som påvisade ett samband mellan låg egen inkomst och depressiva symtom [4]. Detta skulle i så fall också betyda att andelen pappor med depressiva symtom är underskattad.

## Slutsatser

Det är angeläget att upptäcka pappor som har depressiva symtom och erbjuda stöd, för att förebygga negativa konsekvenser för såväl barn som föräldrar. Samtidigt behövs ytterligare utvärdering innan screening av depressiva symtom bland nyblivna pappor kan införas. Viktiga aspekter som måste klargöras är hur pappor med depressiva symtom ska få adekvat stöd inom hälso- och sjukvården samt hur stora resurser som behövs.

## Referenser

1. Cox JL, Holden JM, Henshaw C. Perinatal mental health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2013 2nd edition. Glasgow: RC-Psych Publications.
2. Kerstis B, Engström G, Sundquist K, Widarsson M, Rosenblad A. The association between perceived relationship discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms: a comparison of mothers and fathers in Sweden. *Upsala J Med Sci*, 117: 430–438, 2012.
3. Massoudi, P, Hwang, CP, Wickberg, B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population-based Swedish sample. *J Affect Disord*, 149(3): 67–74, 2013.
4. Bergström M. Depressive Symptoms in New First-Time Fathers: Associations with Age, Sociodemographic Characteristics, and Antenatal Psychological Well-Being. *Birth* 40(1): 32–38, 2013.
5. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Dis*, 64(2–3):175–184, 2001.
6. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. A Meta-analysis. *JAMA*, 303(19): 1961–1969, 2010.
7. Forsberg B, Westling K, Lenhoff H. Folkhälso- rapport 2011. Folkhälsan i Stockholm – idag och imorgon. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2011.
8. Addis, ME. Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (3): 153–167, 2008.