



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

”JAG KAN SE I DINA ÖGON ATT NÅGONTING ÄR FEL”

EN STUDIE OM HUR NÅGRA BVC-
SJUKSKÖTERS KOR ARBETAR FÖR ATT
UPPTÄCKA POSTPARTUM DEPRESSION HOS
NYBLIVNA PAPPOR

FÖRFATTARE: NADINE GIUFFRIDA

Examensarbete i socialt arbete
15 hp
Socionomprogrammet

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

Januari 2015

”JAG KAN SE I DINA ÖGON ATT NÅGONTING ÄR FEL”

EN STUDIE OM HUR NÅGRA BVC-SJUKSKÖTERS KOR ARBETAR FÖR ATT UPPTÄCKA POSTPARTUM DEPRESSION HOS NYBLIVNA PAPPOR

FÖRFATTARE: NADINE GIUFFRIDA

Giuffrida, N. ”Jag kan se i dina ögon att någonting är fel”. – En studie om hur några BVC-sjuksköterskor arbetar för att belysa postpartum depression hos nyblivna pappor. *Examensarbete i socialt arbete 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2015.

ABSTRAKT

Syftet med föreliggande studie är att undersöka i hur några BVC-sjuksköterskor arbetar för att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor. Studiens empiriska material bygger på en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Totalt har åtta BVC-sjuksköterskor intervjuats, varav sju av intervjuerna har använts för att presentera studiens resultat. Uppsatsens teoretiska referensram utgörs av *Travelbees omvårdnadsteori*, *Von Bertalanffys generella systemteori* samt *Antonovskys KASAM*. Resultatet visar bland annat att BVC-sjuksköterskorna inte aktivt arbetar för att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor, men att några av dem i enstaka fall har erbjudit pappan en EPDS-screening eller pappasamtal. Samtliga av BVC-sjuksköterskorna önskar däremot en implementering av pappasamtal i basprogrammet, för att de i framtiden ska ha de verktyg som de anser behövs för att kunna arbeta mer aktivt med att upptäcka eventuell psykisk ohälsa hos pappan.

Nyckelord: Barn, BVC-sjuksköterskor, EPDS, familjer, mental ohälsa, nyblivna pappor, postpartum depression.

"I CAN SEE IN YOUR EYES THAT SOMETHING IS WRONG"

A STUDY ON HOW SOME CHILD HEALTH NURSES WORK TO DISCOVER POSTPARTUM DEPRESSION AMONG NEW FATHERS

AUTHOR: NADINE GIUFFRIDA

Giuffrida, N. "I can see in your eyes that something is wrong...". A study on how some child health nurses work to discover postpartum depression among new fathers. *Degree project in social work 15 college credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of social work, 2014.

ABSTRACT

The main purpose of this study is to examine how some child health nurses work to illuminate and detect postpartum depression among new fathers. The study's empirical material is based on qualitative semi-structured interviews. A total of eight child health nurses were interviewed and seven of the interviews have been used to present the study's results. The theoretical framework consists of *Travelbees Nursing theory*, *Von Bertalanffys General Systems theory*, and *Antonovsky's SOC*. The result shows that the child health nurses are not actively working to illuminate and detect postpartum depression among new fathers, but some of them occasionally have offered the father an EPDS-screening or conversation with the father. All of the child health nurses would however like an implementation of continuous conversation with fathers in the base program for child health nurses, that they in the future will have the tools that they think are needed in order to work more actively to detect the possible psychiatric health of the father.

Keywords: Child health clinic nurses, children, EPDS, families, mental disorders, new fathers, postpartum depression.

FÖRORD

Jag vill börja med att tacka min handledare *Lars Axelsson* för den stöttning han har gett mig under studiens gång, där han har kommit med konstruktiv kritik och goda råd – Tack Lars!

Samtidigt vill jag även passa på att tacka mina *nära och kära* för den stöttning som de har gett mig under denna tid. I med och motgång har de funnits där för att peppa mig in i det sista - Stort tack!

Jag vill även tillägna min *sambo och fantastiska pappa till vår son* ett särskilt tack för den stöttning som han har gett mig och vår familj och för det tålamod som han har haft under denna mycket spännande, men också stressfyllda period av arbete med uppsatsen - Stort tack *Elof*, nu ska vi umgås mer som familj igen!

Sist med inte minst vill jag rikta ett stort tack till de *BVC-sjuksköterskor* som har avsatt tid för att medverka i studien. Er medverkan har gjort viktiga avtryck i min studie, vilken jag är oerhört tacksam för. Med er hjälp hoppas jag att denna studie kan bidra med något betydelsefullt – Tack till er alla!

Januari 2015
Nadine Giuffrida

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	7
1.1 Problemformulering	7
2 BAKGRUND	8
2.1 Mödra- och barnhälsovård	8
2.2 Relationen mellan pappan och barnet.....	9
2.3 Depression.....	9
2.4 Postpartum depression	10
2.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale	11
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
4 DISPOSITION	12
5 TIDIGARE FORSKNING.....	13
5.1 Postpartum depression hos nyblivna pappor	13
5.2 BVC-sjuksköterskors arbete med stöttning till pappor	14
6 TEORETISKA PERSPEKTIV	15
6.1 Joyce Travelbees omvårdnadsteori.....	15
6.2 Von Bertalanffys generella systemteori	17
6.3 Antonovskys KASAM.....	18
7 METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	20
7.1 Förförståelse	20
7.2 Litteratursökning.....	20
7.3 Val av metod	20
7.4 Urval och avgränsningar.....	21
7.5 Tillvägagångssätt	21
7.6 Databearbetning	23
7.7 Etiska överväganden	23
7.8 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	24

8 RESULTAT	24
8.1 Mötet med pappan.....	25
8.2 Stödet till pappan	26
8.3 Information om postpartum depression.....	27
8.4 Mammans ohälsa och pappan.....	29
8.5 Pappans mående och eventuella insatser.....	30
8.6 Önskemål om det framtida arbetet med pappors mående	31
9 ANALYS.....	32
10 DISKUSSION.....	35
10.1 Metoddiskussion	35
10.2 Resultatdiskussion	36
11 SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRD	39
REFERENSER.....	40
BILAGA 1 – Informationsbrev.....	44
BILAGA 2 – Samtyckesbrev	45
BILAGA 3 – Intervjuguide.....	47
BILAGA 4 – Förkortningar och begreppsförklaringar	48

1 INLEDNING

Grunden till ett föräldraskap byggs redan under graviditet och förlossning, men även under den första tiden med barnet. Att bli förälder är en stor händelse för de flesta och övergången från att vara ett par till att bli en familj på tre eller fler, är en stor omställning i livet. Denna omställning i livet kan dock hanteras olika från person till person. För vissa föräldrar blir det kommande föräldraskapet en tid där livet får en helt ny innebörd med glädje och förväntansfullhet. Men det är dock inte helt ovanligt att de nyblivna föräldrarna känner helt andra känslor än dessa. Det nya föräldraskapet innebär också många utmaningar och vissa saker blir kanske inte riktigt som man hade tänkt sig. Amningen kan för den nyblivna mamman bli någonting helt annat än vad hon har föreställt sig. ”egentiden” finns kanske inte längre kvar och det finns en annan liten individ som kräver allt fokus och all tid. Bortsett från detta påverkas i många fall även sömnen och när det senare kommer till att fostra barnet kan det finnas delade åsikter kring detta hos de båda föräldrarna. Rydén (2004) menar att många kvinnor drabbas av en depression redan under graviditeten eller den första tiden efter förlossningen, vilket genom senare forskning har visat sig drabba även *nyblivna pappor* (se bilaga 4). Föräldraskapet är nytt och annorlunda, för båda parterna. Många män kan känna att de inte längre är tillräckliga för sin partner eller att de inte längre är behövda. Att mannen kan känna avund till den nya familjemedlemmen är inte heller helt ovanligt och depressiva känslor kan börja ta form (a a).

1.1 Problemformulering

Depression, tillsammans med flera andra sjukdomar, är bortsett från att vara ett lidande för den enskilde, även en samhällskostnad enligt Socialstyrelsen (2010) i form av *”nedsatt produktivitet, ökad sjuklighet, ökad dödlighet samt ökad konsumtion av hälso- och sjukvård”* (a a, s. 50). Dessutom kan depression hos en förälder, i många fall påverka en hel familj. Samspelet och interaktionen med barnet påverkas på ett negativt sätt, vilket i sin tur kan leda till en svårighet när det kommer till anknytningen mellan förälder och barn eller till barnets kommande utveckling. Den enskildes depression kan i sin tur ge den andra partnern och hela familjen ett onödigt lidande och en påfrestande vardag (Rydén, 2001; Melrose, 2010).

En del av barnhälsovårdens och BVC-sjuksköterskors arbete är att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling samt att erbjuda stöd och hjälp för föräldrarna i sitt föräldraskap. Vidare skall även personal vid barnhälsovården erbjuda vidare stöd och hjälp för de nyblivna mammor som har eller som riskerar att drabbas av postpartum depression (Rikshandboken Barnhälsovård, 2007). Tidigare forskning av bland annat Ballard & Davies (1996), Wickberg & Hwang (2003), Rydén (2004), Hansen (2010) och Massoudi (2013), har dock visat att även nyblivna pappor kan drabbas av postpartum depression i samband med det nya föräldraskapet. Tidigare forskning om postpartum depression är främst inriktad på nyblivna mammor och förekommer sparsamt när det gäller nyblivna pappor. Jag anser därför att det finns ett behov av att belysa detta problem mer och förhoppningen med denna studie är att kunna ge en ökad kunskap och att väcka nya tankar hos personal inom barnhälsovården, för inget barn eller familj mår bra av att ha en förälder eller partner med psykisk ohälsa, oavsett om det är en mamma eller en pappa som lider av det.

2 BAKGRUND

6-8 veckor efter en förlossning, erbjuds mamman ett speciellt mammasamtal hos Barnavårdscentralen (BVC). Under besöket ska tyngdpunkten ligga lite extra vid att samtala kring mammans psykiska hälsa efter förlossningen och känslorna kring att ha fått en biljett in i en ny roll som förälder. Under mammasamtalet erbjuds mamman att fylla i ett formulär, vid namn *Edinburgh Postnatal Depression Scale* som förkortas EPDS. Formuläret baseras på en självskattningsskala som omfattar både klassiska depressiva symtom samt ångestsymtom (Persson, 2009). Genom att fylla i formuläret, kan BVC-sjuksköterskan, utefter svaren, bedöma om den nyblivna mamman befinner sig i en riskzon för postpartum depression och om några åtgärder i sådant fall ska vidtas.

2.1 Mödra- och barnhälsovård

”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.”

(Artikel 3.1 i Barnkonventionen, 1989).

Nästan alla föräldrar och barn (98-99 procent) besöker mödra- och barnhälsovården (MVC) i Sverige (Rydén, 2004). Det som mödra- och barnhälsovården skall erbjuda blivande och nyblivna föräldrar och deras barn är hälsovård med fokus på att stärka föräldrarna i sin föräldraroll och ge dem den kunskap och information som de behöver. Samtidigt skall mödra- och barnhälsovården även arbeta med förebyggande insatser, då målet är att upptäcka eventuella risker och avvikelser i ett tidigt skede och med detta förhindra att föräldraskapet och barnets utveckling inte störs utan kan fungera på ett bra sätt (a a). Barnhälsovårdens centrala uppgift är att främja och följa barnets hälsa, utveckling och livssituation (Socialstyrelsen, 2014).

BVC-sjuksköterskan är den person som många gånger har tätast kontakt med barnet och dess familj och är den person som lättast kan ha en helhetssyn över familjen och dess mående och miljö. BVC-sjuksköterskan ska enligt den nationella målbeskrivningen för sjuksköterskor arbeta utifrån en hälsopedagogisk helhetssyn (holistiskt synsätt) och aktivt stödja föräldrarna och stärka deras tilltro till sin egen kompetens och problemlösningsförmåga (Rikshandboken Barnhälsovård, 2007). Vidare ska BVC-sjuksköterskan ha en specialistkompetens utifrån Förenta Nationernas barnkonvention och BVC-sjuksköterskan skall även ha den kunskap som ger henne möjligheter att se hela barnfamiljen samt hur levnadsförhållanden och livsmiljö påverkar familjens hälsa (Rikshandboken Barnhälsovård, 2007). Det holistiska synsättet är något som står centralt inom barnhälsovårdens arbetssätt och omsluter individ, närmiljö och samhälle samt ekonomiska och politiska faktorer. Den holistiska synen och arbetssättet är något som är nödvändigt att som BVC-sjuksköterska ha med sig, för att kunna stärka dels den enskilde individen, dels hela familjen (Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, 2008).

2.2 Relationen mellan pappan och barnet

Begreppet *faderskap* beskrivs enligt Nationalencyklopedin (2014) som ”*den erkända relationen mellan en man och hans barn*”. Socialstyrelsen (2005) menar att barnets genetiska ursprung är grundläggande för barnets identitetsutveckling. I Sverige fastställs faderskapet rättsligt på olika sätt enligt Föräldrabalken, beroende på om modern är gift eller inte när barnet föds. Arbetet med att utreda vem som är barnets pappa, skall utgå och beaktas från vad som är *barnets bästa* (Nationalencyklopedin, 2014; Socialstyrelsen, 2005).

En tidig relation mellan pappan och barnet är av stor betydelse för barnets utveckling (Premberg, 2011). Under de senaste decennierna har förväntningarna på hur mäns föräldraskap bör se ut förändrats, dels genom att dagens fäder inte bara skall vara aktiva i omsorgen för barnen utan även bör vara mer engagerade i andra saker såsom hemmet (Plantin et al, 2000). Redan på början av 1970-talet skedde små förändringar till en jämställdhetssträvan inom socialpolitiken. Syftet var att stärka kvinnans position både vad gällde arbetsmarknaden och hemmet. Förändringar såsom att föräldraförsäkringen gav män samma möjlighet som kvinnor att ta ut längre föräldraledighet infördes, samtidigt som ersättningsnivåerna för den så kallade föräldrapenningen höjdes (a a).

Transitionen till föräldraskapet, det vill säga övergången till föräldraskapsfasen, sker som en process över tid och innefattar utveckling från en fas till ett annan i livet som berör identitet, relationer och beteenden (Premberg, 2011). Massoudi (2013) menar att många fäder förknippar den postnatala perioden, närmare bestämt, tiden efter förlossning, med blandade känslor. Känslor av stolthet och glädje samt en stark vilja att finnas för sina barn rent känslomässigt är vanligt, men även känslor av frustration då de ibland känner sig mindre erfarna i att ta hand om sitt barn än sin partner under den första tiden. Andra situationer som kan vara svåra för några blivande eller nyblivna pappor att hantera kan vara exempelvis de förändringar som sker i relationen till sin partner, dels att ha mindre tid för varandra, dels att de upplever minskad intimitet och en försämring av samlivet i förhållandet. För vissa pappor leder detta till nedstämdhet och i flera fall även till postpartum depression (a a).

2.3 Depression

Ungefär 5 procent av Sveriges befolkning lider av sjukdomen depression. Dessutom visar forskning att minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män någon gång under sitt liv kommer att drabbas av depression som kräver någon form av medicinsk behandling (Läkemedelsverket, 2006; Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen (2010) menar dock att dessa siffror kan variera något i olika undersökningar beroende på hur definitionen depression har avgränsats i studien.

Psykiatriska diagnoser ställs utifrån patientens symptom och beteende. *Egentlig depression*, det vill säga en fullt utvecklad depression, är den form av depression som är vanligast. Denna form av depression brukar delas in i tre olika nivåer; *lätt eller lindrig, medelsvår eller måttlig* och *svår eller djup depression* (Ledin, 2013). För att fastställa egentlig depression hos en patient används det så kallade *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (i Sverige kallat DSM-systemet). DSM-systemet utvecklades i USA av ett antal amerikanska psykiatriker, men har dock använt mycket även internationellt (Jacobsson, 2011).

Minst fem av de nedanstående symptomen skall ha förekommit under en tvåveckorsperiod och minst ett av symptomen *nedstämdhet* eller *klart minskat intresse eller glädje* skall finnas med i symptombilden; (1) nedstämdhet, (2) klart minskat intresse eller minskad glädje, (3) betydande viktning, (4) sömnstörning, (5) uppskruvat eller hämrat rörelsemönster, (6) svaghetskänsla eller brist på energi, (7) känslor av värdelöshet, eller överdrivna eller obefogade skuld-känslor (8) minskad tanke- och koncentrationsförmåga, (9) återkommande tankar på döden eller självmordstankar. Dessutom krävs det att symptomen från depressionen orsakar lidande eller försämrad funktion i exempelvis arbete, i det sociala sammanhanget eller i andra viktiga sammanhang för att diagnosen skall kunna verifieras. Symptomen får inte heller vara åstadkomna av droger (Jacobsson 2011; Läkemedelsverket, 2006).

Egentlig depression läker vanligtvis ut, men har benägenhet att återkomma i skov. Det är dessutom större risk att drabbas av en ny depression om man har haft en tidigare och ju fler perioder med depression en individ har haft, desto troligare är det att det återkommer (Socialstyrelsen, 2010). Egentlig depression kan vara svårbehandlad och det kan i vissa fall krävas fler behandlingsförsök innan symptomen försvinner så pass att personen kan återfå en normal funktionsförmåga och nivå igen. Vidare rekommenderas att personer som drabbas av lindriga till medelsvåra depressioner ska behandlas inom primärvården, medan de personer som drabbas av svårare depressioner bör behandlas inom psykiatrisk specialistvård. Dels på grund av att symptomen är svårare att behandla, men även då självmordsrisken generellt är större i dessa fall (a a).

2.4 Postpartum depression

Depression och ångest är de psykiska sjukdomar som är vanligast förekommande under både graviditet och efter förlossning, däribland även ångestsymptom inräknat (Wickberg & Hwang, 2003). När det kommer till symptombild, förekomst och sjukdomsförlopp, skiljer sig postpartum depression inte från en depression som uppkommer under andra perioder i livet, däremot kan själva sammanhanget och konsekvenserna tänkas vara särskilda då det drabbar en nybliven förälder. Det som kan känneteckna en postpartum depression är sänkt stämningsläge, vilket kan medföra att vardagen känns tung och grå. Skuld-känslor, otillräcklighetskänslor samt även känslor av tomhet och av att ”inte vara sig själv” kan dominera. Andra vanliga reaktioner vid en postpartum depression kan vara koncentrationssvårigheter, aptit- och sömnrubbningar, extrem trötthet samt brist på energi (som inte beror på att individen är nybliven förälder). Det kan tänkas att en nybliven förälder som drabbas av postpartum depression, kan känna att den har gått miste om en viktig och unik tid i livet. Dessutom är påverkan på barnet och den övriga familjen större på grund av att de alla befinner sig i en känslig period (Hwang & Wickberg, 2003).

Studier visar att 8-15 procent av alla nyförlösta kvinnor drabbas av någon form av depression som varar mer än en tvåveckorsperiod och av dessa 8-15 procent, utvecklar cirka hälften en depression som behöver behandlas på ett eller annat sätt (Wickberg & Hwang, 2001; Rydén, 2004). Flera studier har visat att det finns en ökad risk för att drabbas av postpartum depression under de tre första månaderna efter förlossningen och cirka 30-50 procent av alla post partum depressioner anses starta redan under kvinnans graviditet (Wickberg & Hwang, 2001; Wickberg & Hwang, 2003). Faktorer i miljön kan ha betydelse för om en nybliven förälder

drabbas av postpartum depression, såsom sociala svårigheter och ekonomisk utsatthet (Wickberg & Hwang, 2003).

Även nyblivna pappor drabbas av postpartum depression och de vanligaste faktorerna är att partnern har haft eller har depression i samband med graviditet eller förlossning (Ballard & Davies, 1996; Wickberg & Hwang, 2003; Massoudi, 2013). Andra faktorer som är av betydelse är instabila parrelationer och arbetslöshet (Ballard & Davies, 1996). Kim & Swain (2007) och Melrose (2010) spekulerar i sina studier även kring om variationen av hormoner hos fäder skulle kunna vara en faktor till att de utvecklar postpartum depression, vilket dock inte är tillräckligt beprövat för att fastställa.

En av de allvarigare konsekvenserna av postpartum depression är att samspelet mellan förälder och barn påverkas negativt. Även barnets känslomässiga och kognitiva utveckling påverkas negativt i längden av postpartum depression (Ballard & Davies, 1996; Massoudi, 2013). Bortsett från att samspelet med barnet och att barnets utveckling riskerar att försämrans, kan en postpartum depression även påverka föräldraförmågan på så sätt att föräldern inte orkar med barnet. Även risker för att parrelationen försämrans finns samt att den drabbade isolerar sig. Vidare visar flera nyare studier att depressionssymptom hos fäder även är förknippat med en ökad risk för beteendeproblem, sämre kamratrelationer och upphävande språkutveckling hos barnet (a a).

2.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale

För att upptäcka eventuell postpartum depression hos den nyblivna mamman kan det så kallade screeningformuläret vid EPDS användas. EPDS är ett formulär baserat på en självuppskattningsskala med tio olika påståenden. Formuläret har från börjat utvecklats i Storbritannien och används idag i omkring femton länder av hälsovårdspersonal. Den nyblivna mamman får markera de svar som ligger henne närmast till hands i hur hon känt sig under de senaste sju dagarna. Varje fråga poängsätts från 0 till 3 där 0 poäng innebär låg igenkännighetsfaktor och 3 poäng innebär hög igenkännighetsfaktor. En total poängsumma på 12 eller mer innebär att mamman ligger i riskzonen för postpartum depression och en mer noggrann bedömning bör då göras. Det är dock viktigt att understryka att självskattningsskalan endast är ett hjälpmedel för att upptäcka postpartum depression, vilket sedan bör kompletteras med samtal mellan BVC-sjuksköterskan och den nyblivna mamman kring frågorna och svaren och en klinisk bedömning av personer som visar på depressiva symptom bör göras (Wickberg & Hwang, 2003; Rikshandboken Barnhälsovård, 2013). Skalan har rapporterats ha goda mätkunskaper då den ”korrekt” kan upptäcka mellan 67-86 procent av alla som har en depression (Wickberg & Hwang, 2003).

Liknande formulär finns inte framtaget att användas för screening av nyblivna pappor, men EPDS anses delvis kunna vara tillförlitligt att använda även på män (Matthey et al 2001; Edmondson et al 2010; Massoudi, 2013). I en av Massoudis (2013) studier har EPDS använts för en jämförelse mellan mammor och pappor, då det visades att skalan i första hand fångar upp depressiva symptom och även till viss del ångestsymptom hos mammorna, medan den i första hand fångar upp mer oro, ångest och olycklighetskänslor hos papporna. Vid screening för egentlig depression hos nyblivna pappor (med ett tröskelvärde 12 poäng eller mer) visade sig EPDS ha hög sensitivitet med 100 procent (andelen sjuka som klassades rätt

som deprimerade) och hög specificitet med 95 procent (andelen friska som klassades rätt som friska). Däremot var andelen falskt positiva, det vill säga felaktigt klassade som deprimerade hög. Vidare var skalans känslighet vid screening av lätt depression eller ångestillstånd låg, varför den inte rekommenderas i det syftet. Massoudi (2013) menar att om skalans skulle användas kliniskt skulle det kunna antas att, om inte alla, åtminstone de allra flesta av papporna som drabbats av egentlig depression skulle kunna upptäckas. Men en klinisk bedömning är avgörande för att fastställa om pappan verkligen lider av egentlig depression eller inte, då några troligtvis skulle uppfylla kriterier för lätt depression eller ångestillstånd och många falskt positiva fall skulle upptäckas som inte uppfyller kriterierna för en depression- eller ångestdiagnos (a a).

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med min studie är att undersöka i vilken utsträckning några BVC-sjuksköterskor arbetar för att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor.

Frågeställningar:

- Hur arbetar BVC-sjuksköterskan vid några Barnvårdscentraler för att upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor?
- Vad erbjuds de nyblivna papporna för vidare hjälp och stöd då postpartum depression misstänks eller har upptäckts?
- Om ovanstående inte görs, hur skulle BVC-sjuksköterskan vilja arbeta med detta problemområde?

4 DISPOSITION

Uppsatsens *inledning*, tillsammans med uppsatsens *problemformulering*, ger en kort beskrivning av hur idén till forskningsområdet har uppkommit samt varför detta har varit av intresse att undersöka. I avsnittet *bakgrund*, har mödra- och barnhälsovårdens arbete kort förklarats samt vikten av en tidig relation mellan fadern och barnet. Vidare ges läsaren en beskrivning av begreppen *depression*, *postpartum depression* samt *EPDS*. I avsnittet därefter presenteras studiens *syfte*, och *frågeställningar*. I kommande avsnitt presenteras *tidigare forskning* som har relevans till mitt ämnesområde och i nästkommande avsnitt följer de *teoretiska perspektiv* som jag har valt att utgå från för att analysera datamaterialet. Därefter följer ett avsnitt med redogörelse över den *metod* som har använts för att samla in material till studien samt en beskrivning av studiens *tillvägagångssätt*. I det avsnittet ges även en beskrivning av *förförståelse*, *litteratursökning*, *urvalsprocess* och *avgränsningar*. Avsnittet avslutas med en redogörelse av de *etiska aspekter* som har beaktats samt studiens *validitet*, *reliabilitet* och *generaliserbarhet*. I *resultatdelen*, som kommer i avsnittet därefter, presenteras det insamlade datamaterialet från intervjuerna med BVC-sjuksköterskorna som har deltagit i min studie. Efter resultatavsnitt följer en *analys* av materialet, där en återkoppling av resultat görs till tidigare forskning samt teoretiska perspektiv. I avsnittet *diskussion* ger jag utrymme till min metod- och resultatdiskussion samt mina

personliga reflektioner. Uppsatsen avslutas slutligen med en presentation av de *slutsatser* som jag anser har kunnat göras efter studiens genomförande.

5 TIDIGARE FORSKNING

Avsnittet behandlar tidigare forskning som har relevans till min studies syfte och undersökningsområde. Avsnittet är uppdelat i två delar, i avsnitt 5.1 presenteras tidigare forskning gällande postpartum depression hos nyblivna pappor och avsnitt 5.2 avser tidigare forskning gällande BVC-sjuksköterskors stöttning till pappor.

Postpartum depression hos nyblivna pappor är ett relativt nytt problemområde, varav den tidigare forskning som finns om postpartum depression hos nyblivna pappor är sparsam och främst förekommer när det gäller den nyblivna mamman. I andra studier och annan forskning än den föreliggande studien, används exempelvis begrepp som ”postnatal depression in fathers”, ”postpartum depression hos pappor”, ”paternal postpartum depression in fathers” och ”birth-related paternal depression in fathers”. I föreliggande studie använder jag mig av begreppet ”postpartum depression hos nyblivna pappor” eller ”postpartum depression hos fäder”.

5.1 Postpartum depression hos nyblivna pappor

Tidigare forskning om postpartum depression är främst erkänt och utforskat när det kommer till den nyblivna mamman. Forskning har gjorts runt om i världen och det finns en samstämmighet när det kommer till de olika ländernas resultat, som har visat att ca 10-15 procent av kvinnor som lider av postpartum depression, drabbas av detta under de tre första månaderna efter förlossning (Rydén, 2004; Massoudi, 2013). Studier finns som visar att prevalensen gällande postpartum depression hos nyblivna mammor kan variera mellan 10-27 procent, beroende på vilken studie som granskas (Melrose, 2010).

Postpartum depression hos fäder har dock inte studerats lika väl (Goodman 2004; Massoudi, 2013) men Goodmans (2004) studie visar att prevalensen hos fäder ligger mellan 1,2 och 25,5 procent hos de män vars partner *inte* har visat depressiva symptom efter förlossning och i de fall där männens partner har drabbats av depression, visar prevalensresultatet mellan 24 och 50 procent. I ett storstadsområde i Storbritannien gjordes en studie som visade att 9 procent av de pappor som deltog i studien visade tecken på depression sex veckor efter att barnet hade fötts och 5,4 procent av dem hade symptom på depression efter ett halvår. I Portugal gjordes en undersökning som visade att 25 procent av de gravida kvinnorna som befann sig i en riskgrupp för postpartum depression drabbades av depression under de tre första månaderna efter förlossning, medan endast 5 procent av deras partners drabbades. Däremot var männen mer depressionsbenägna under de kommande nio månaderna och deras depressioner hade benägenhet att följa kvinnans depression, men uppstå först senare (Ballard & Davies, 1996; Wickberg & Hwang, 2003). Enligt Ballard & Davies (1996) drabbas 5-10 procent av alla män av postpartum depression. I sin studie har de funnit samband med postpartum depression hos fäder och faktorer såsom depression hos mannens partner, instabil parrelation och arbetslöshet. En

australiensisk undersökning som följde 150 föräldrapar från tiden före förlossning, till ett år efter barnets födelse, visade att förekomsten av psykisk ohälsa var högst hos såväl kvinnorna som männen, när barnet var ett år (Goodman, 2004; Wickberg & Hwang, 2003) och antalet pappor som hade tecken på depression låg mellan 3-5 procent, medan motsvarande siffror för mammor låg mellan 8-12 procent, alltså något högre. Vidare visade det sig att det fanns större risk att pappan blev deprimerad om hans partner var det, även i denna studie (Matthey et al, 2000).

Prevalensen för postpartum depressioner ser ut att variera även hos nyblivna pappor, beroende på vilken studie som granskas, men det som är återkommande i många studier är att den nyblivna pappan utsätts för större risker att drabbas av depression om partnern har eller har haft symptom på depression. Lee et al (2012) har i sin studie studerat risken för att barnet blir försummat av sina föräldrar om de drabbats av postpartum depression, varpå resultatet har visat att det finns behov av att screena såväl mammor som pappor för att upptäcka riskfaktorer som depressioner och liknande. Om detta görs kan försummelse av barnet förhindras eller åtminstone upptäckas i tid. Således finns det goda skäl för hälsovårdens personal att vara mer uppmärksamma även på den nyblivna pappan och hur föräldrparet mår tillsammans efter förlossningen samt att se vikten av tidiga insatser för såväl mamman som pappan (Ballard & Davies, 1996; Wickberg & Hwang, 2003 samt Massoudi, 2013). Många gånger blir pappan den som måste stötta upp den deprimerade nyblivna mamman och om både den nyblivna mamman och pappan har depressiva symptom, kan det innebära svårigheter med att orka med omsorgen för det nyfödda barnet (Ballard & Davies, 1996; Massoudi, 2013). Symptombilden kan se något annorlunda ut hos pappor som blir deprimerade än hos mammor, då den deprimerade pappan oftare uttrycker missnöje rent känslomässigt med symptom på oro, ångest och ilska som kan komma i plötsliga attacker i stället för, som hos den nyblivna mamman, med depressiva symptom. Den nyblivna pappan kan dra sig undan i sociala sammanhang, kan bli mer lättirriterad, cynisk och obeslutsam. Alkohol- och drogmisbruk kan förekomma i självmedicinerande syfte och även misshandel eller otrohet av partner (Kim & Swain, 2007; Melrose, 2010).

5.2 BVC-sjuksköterskors arbete med stöttning till pappor

Massoudi (2013) har i en av sina studier bland annat undersökt hur BVC-sjuksköterskor upplevde kontakten med papporna i sina arbeten samt i vilken utsträckning de erbjöd samtalsstöd till dem. Undersökningsgruppen utgjordes av ett slumpmässigt urval av alla BVC-sjuksköterskor i Sverige (499 BVC-sjuksköterskor), varav 70 procent av de tillfrågade besvarade frågeformuläret. Studien visade att pappors deltagande vid BVC-mottagningarna var betydligt lägre än mammornas deltagande, dock upplevde i stort sett samtliga BVC-sjuksköterskor att kontakten med papporna som positiva. Många av BVC-sjuksköterskorna menade att det första hembesöket som gjordes i samband med barnets födelse var ett viktigt tillfälle, som gav dem möjlighet att bekanta sig med pappan till barnet. Något som är anmärkningsvärt är att 89 procent av de tillfrågade BVC-sjuksköterskorna uppskattat att de aldrig eller nästan aldrig skulle få kännedom om pappan mår psykiskt dåligt. Vidare var det färre än en av fem BVC-sjuksköterskor som hade erbjudit papporna stödjande samtal under året som hade gått. Vidare visade studien att ingen av de BVC-sjuksköterskor som deltog i

studien hade några systematiska rutiner eller metoder för att upptäcka hur pappan mår i sitt föräldraskap (a a).

Alehagen et al (2011) har i sin studie visat att de BVC-sjuksköterskor som deltog i studien, anser att pappans deltagande vid BVC-besöken är viktig, medan mammans deltagande ses som en norm. Alehagen et al (2011) ansåg att det finns behov av insatser för att skapa mer utrymme för papporna på BVC-mottagningarna samt att BVC-sjuksköterskan bör kommunicera direkt med pappan och inte tala med honom genom mamman.

Som tidigare forskning har visat (Ballard & Davies, 1996; Matthey et al, 2000 Wickberg & Hwang, 2003 Goodmans, 2004), kan ett samband tydas mellan de nyblivna pappornas depression och att den nyblivna mamman har eller har haft en depression under graviditet eller efter förlossning. Om en depression eller ohälsa uppmärksammas hos den nyblivna mamman, menar Massoudi (2013) att mer observans på hur partnern till mamman mår bör föreligga. I Massoudis (2013) studie upptäcktes att många BVC-sjuksköterskor inte gav extra stöd till pappan om hans partner hade screenat högt på EPDS och hon menar vidare att en förklaring till att detta inte görs idag, kan bero på att BVC-sjuksköterskorna dels inte är medvetna om högriskerna för partnern vid depressionssymptom hos den nyblivna mamman, dels att det kan bero på att BVC-sjuksköterskorna känner sig osäkra i hur de ska närma sig pappan för att prata om hans mående.

6 TEORETISKA PERSPEKTIV

I detta avsnitt presenteras de teoretiska utgångspunkterna som jag valt att använda mig av för att analysera och tolka det insamlade datamaterialet till föreliggande studie. De teoretiska perspektiv som jag har valt att fokusera på är *Travelbees omvårdnadsteori*, *Von Bertalanffy's generella systemteori* samt *Antonovskys KASAM*.

6.1 Joyce Travelbees omvårdnadsteori

”Omvårdnad är en mellanmänsklig process, där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande, och vid behov finna mening i dessa erfarenheter”

(Travelbee, 1971, s. 7).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori är inriktad på det mellanmänskliga synsättet. Hon menar att det är viktigt att förstå hur interaktionen mellan sjuksköterska och patient fungerar, dels hur interaktionen kan upplevas av dem båda men även vilka konsekvenser samspelet kan få för patienten och dennes sjukdom. Interaktionen är också en förutsättning för att en god omvårdnad ska kunna uppnås samt för att det ska bli möjligt att hjälpa patienten att bemästra sin sjukdom eller sitt lidande. Teorins byggstenar är begreppen *människan som individ*, *lidande*, *mening*, *mänskliga relationer* samt *kommunikation* och teorin grundar sig på att den mänskliga individen är unik, som inte går att ersätta och som bara existerar en enda gång i denna värld. Därmed tar Travelbee avstånd från en genrealiserande

bild av människan (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000). Enligt Travelbee (1971) är det viktigaste syftet med omvårdnad att hjälpa människor att finna en mening med sina olika upplevelser i livet och att det är viktigt att sjuksköterskan bryr sig om och kan förstå patientens lidande. Utifrån en individualistisk människosyn, menar hon vidare att sjukdom, smärta och lidande hanteras unikt av varje enskild individ, och präglas av de tidigare livserfarenheterna. Lidandet är något som varje människa på ett eller annat sätt kommer i kontakt med, Travelbee menar att det helt enkelt är oundvikligt att inte uppleva eller komma i kontakt med lidande. En individ behöver inte vara allvarligt sjuk, eller befinna sig i en allvarlig livssituation för att uppleva lidande, utan lidandet kan ofta representera något betydelsefullt som den enskilde individen har i sitt liv (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000).

Den mest förekommande reaktionen hos den enskilda individen är enligt Travelbee "*Varför just jag?*", vilket innebär att individen har svårt att acceptera sitt lidande eller förstå varför hon eller han har drabbats av det och lidandet upplevs som meningslöst och orättvist. "*Varför just jag?*"-reaktionen kan i sin tur leda till självkritik, kritik mot andra, förvirring, ilska, depression, självmedlidande, uppgivenhet eller apatisk likgiltighet (Kirkevold, 2000). En annan reaktion hos den enskilde individens lidande, menar Travelbee är "*Varför inte jag?*", vilket innebär att individen accepterar lidandet och därför betraktar det som en naturlig del av sitt liv. Lidandet upplevs dock inte som mindre allvarligt hos dessa individer, men de anses vara bättre rustade att klara av eller uthärda lidandet (a a). Enligt Travelbee (1971) är det viktigt att finna en mening bakom lidandet, framförallt i situationer av sjukdom eller lidande hos individen själv eller dennes närmaste, då upplevelsen av mening kan ge svar på frågorna "*Varför hände detta mig?*" och "*Hur ska jag ta mig igenom detta?*". Mening, enligt Travelbee (1971) är även att känna sig behövd av någon eller något (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000). Travelbee (1971) menar att sjukdom och lidande i första hand är individens egen upplevelse. Trots att meningslöshet kan kännas vid ett lidande, kan sådana känslor faktiskt vara meningsfulla och innebära en möjlighet till att utvecklas personligt på grund av erfarenheten. Målsättningen är att omvårdnaden ska vara en hjälp för den enskilde patienten till att finna ett sätt att bemästra eller uthärda sin sjukdom eller sitt lidande och med det även finna en mening i sin upplevelse (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000).

För att uppnå den mellanmänniskliga dimensionen, måste flera interaktionsfaser genomgå. Interaktionsfaserna består av faserna *Det första mötet*, *Framväxt av identiteter*, *Empati*, *Sympati* samt *Ömsesidig förståelse och kontakt*. För att en mellanmännisklig relation ska kunna skapas behöver sjuksköterskan kunna känna empati, det vill säga att förstå och dela den andra individens psykologiska tillstånd. Detta är en förutsättning då sjuksköterskan ska skapa en relation som får patienten att känna att det finns en trygghet, tillit och ett stöd. Kommunikationen är en av de viktigaste redskapen som en sjuksköterska har att arbeta med (Kirkevold, 2000). Kommunikation sker kontinuerligt mellan två personer i ett möte, verbalt eller icke-verbalt. Att kommunicera med sin patient är en förutsättning för att uppnå en mellanmännisklig relation till denne samt för att sjuksköterskan ska kunna lära känna sin patient och kunna tillgodose individens omvårdnadsbehov. Om sjuksköterskan inte ser sin patient som en individ, kan dock kommunikationen mellan dem störas (a a).

6.2 Von Bertalanffys generella systemteori

Systemteorin har sitt ursprung från den kanadensiske vetenskapsmannen von Bertalanffy. Von Bertalanffy hävdade att ett system *”är varje enhet som kan sägas upprätthålla sig själv genom ett samspel mellan systemets delar”* (Strømsnes Ekern, 2003, s. 244), det vill säga att helheten är mer än summan av delarna (Strømsnes Ekern, 2003; Repstad, 2005).

Inom systemteorin ses familjen som ett system med flera underordnade subsystem, det vill säga de enskilda individerna i familjen (föräldrarna, makarna, barn, syskon etc.). Varje enskild individ ingår i systemet, men trots att individen är en del av systemet, är det även viktigt att se den enskilda individen fristående från systemet. Familjesystemet i sin tur utgör en del av ett övergripande system, ett så kallat suprasystem, vilket består av den utvidgade familjen, det sociala nätverket och samhället (Strømsnes Ekern, 2003; Repstad, 2005; Lundsbye, et al. 2010). Det är betydelsefullt att understryka att de subsystemen väldigt sällan stannar där de är för stunden, då förändringar sker hela tiden. Individer utvecklas ständigt och upplever ofta nya processer och händelser, vilket även påverkas av inre och yttre faktorer, av interaktionen med andra människor och av olika kriser som sker under livets gång. De olika subsystemen påverkar och påverkas av varandra och en sjukdom eller en händelse för den enskilde individen kan därför ha betydelse för hela familjestrukturen. Det linjära ”orsak-verkan”-tänkandet anses inte vara tillräckligt för att förklara det mellanmänniskliga beteendet inom systemteorin, utan det anses vara mer givande att se på mönstren inom familjen som cirkulära. Tonvikten ligger alltså återigen vid helheten, mer än vid individen (Strømsnes Ekern, 2003; Repstad, 2005).

Relationer för samman det som är mellan två människor, vilket visar sig dels i kommunikationen, dels i samspelet (Strømsnes Ekern, 2003). Definitionen av relationer pågår överallt - intellektuellt, känslomässigt, social och ekonomiskt. På ett eller annat sätt bildar vi oss alla en uppfattning om vem som har kontrollen i de relationer som vi ingår i, i familjen eller likväl på en vårdavdelning (a a). Vidare menar Strømsnes Ekern (2003) att relationer inte är bestående på ett och samma vis, och som sjuksköterska blir det därför viktigt att uppmärksamma relationsförändringar i en familj när en av familjemedlemmarna blir sjuk, får nedsatt funktion eller blir i behov av hjälp på annat sätt. Ur systemiskt perspektiv ligger stor vikt vid kommunikationen inom en familj. Kommunikation har ansetts vara viktig för att förstå en familjs struktur och samspelsmönster, men är även viktig för att kunna förändra familjestrukturer vid behov. Vidare har kommunikationen ansetts vara viktig för att förklara ett familjeproblem och kommunikation har även ansetts vara viktig som hjälpande vid psykisk sjukdom (Strømsnes Ekern, 2003). Kommunikation kan ses som det redskap vi har till vårt förfogande för att kunna förmedla sin uppfattning av världen. Vi kan med kommunikation dela synpunkter och upplevelser med varandra och en kommunikation kan därmed inte anses vara varken sann eller osann utan innehåller varje individs subjektiva tolkning av det som framförs (a a).

Vidare har även kontexten, eller sammanhanget, betydelse för våra handlingar. En kommunikation kan verka obegriplig om den bryts loss från sitt ursprungliga sammanhang, och kontexten är med andra ord betydelsefull för såväl kommunikationen som den är för relationer. Kontext står inte enbart för det fysiska sammanhanget som någonting sker i, utan även för vår *idé*mässiga

referensram, det vill säga våra förutfattade meningar, vår vetenskapssyn, vår människoupfattning och våra tankemönster, som samtliga bidrar till kontexten av vårt sätt att se saker och ting på samt förstå en händelse (Strømsnes Ekern, 2003).

6.3 Antonovskys KASAM

Aaron Antonovsky var professor inom medicinsk sociologi och studerade under en tid i sitt liv judiska kvinnor som överlevt koncentrationsläger, där han fann att vissa av dem behållit en god psykisk hälsa trots det som de hade varit med om (Antonovsky, 2005). Istället för att ställa sig frågan "*Varför blir människor sjuka?*" (a a, s. 9), så tänkte Antonovsky ur det motsatta perspektivet, "*Hur kommer det sig att så många människor, som utsätts för tillvarons alla påfrestningar, ändå förblir friska?*" (a a, s. 9). Förklaringen ligger i att vi alla har olika motståndskraft, vilket påverkats av olikheter i vårt arv och i vår tidigare miljö. Enligt Antonovsky (2005) räcker det inte med att undvika påfrestningar i livet för att främja hälsa och han menar att det inte räcker att laga "*den trasiga bron över livsfloden*", utan att man därutöver måste lära individen att hantera sina liv i både med- och motgång och därmed göra det bästa av sin situation. Vidare menar han att ingen individ är antingen frisk eller sjuk, utan befinner sig någonstans mellan de två olika polerna, ju närmre friskpolen en individ befinner sig, desto mer upplever personen en känsla av sammanhang (a a).

Inom det salutogena perspektivet har Antonovsky sedan utvecklat konceptet *Känsla av sammanhang* (KASAM) (Antonovsky, 2005). KASAM innehåller tre komponenter; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. *Begriplighet* handlar om i vilken utsträckning en individ kan göra tillvaron hanterbar, strukturerad, tydlig och gripbar. Med denna egenskap har individen en pålitlig förmåga att kunna förutse händelser i vardagen, eller i alla fall att förklara det inträffade, vilket innebär att även om oväntade saker sker kan dessa förstås. *Hanterbarhet* betyder att individen har tillräckliga resurser för att bemöta de förväntningar eller krav som uppstår i livet och kan ses som den förmåga individen har att styra över sitt eget liv. Dessa resurser finns inom individen själv, eller runt omkring den, exempelvis hos familj, vänner, kollegor, Gud, en läkare, eller en sjuksköterska. *Meningsfullhet* står för i vilken utsträckning individen har viljan att bemöta motgångar eller svårigheter i livet, men även i vilken utsträckning individen har förmågan att finna en mening eller innebörd i situationer som den ställs inför (a a). Samtliga komponenter är viktiga enligt Antonovsky (2005), men meningsfullhet kan ses som den mest centrala av dem och han kallar denna komponent för *motivationskomponent*. Utan meningsfullhet kan varken hög begriplighet eller hög hanterbarhet uppnås under en längre tid. Grunden till individens KASAM utvecklas under barn- och ungdomsåren, men den KASAM som tidigare har byggts upp, menar Antonovsky (2005) således kan förstärkas eller försvagas vid inträdandet till vuxenlivet.

Enligt Antonovsky (2005) möter vi alla olika stressorer i våra liv. Hur vi sedan förhåller oss till dem är avgörande för den enskilde individen. Stressorer kan förklaras som någonting påfrestande som drabbar oss och därmed orsakar stress. Stressorerna kan komma inifrån vår kropp (såsom sjukdomar) eller från den yttre miljön. De kan vara akuta eller kroniska samt vara antingen påtvingade eller frivilliga. Däremot menar Antonovsky (2005) att en stressor även kan ha en positiv hälsoeffekt för en individ, beroende på hur den drabbar individen samt hur individen kan hantera den. Det är här det är avgörande om individen har ett starkt

eller ett svagt KASAM. Individer som har ett starkt KASAM har bättre förutsättningar än individer med ett svagt KASAM att kunna hantera sina problem och stressorer (a a).

Antonovsky (2005) delade in stressorer i livet utifrån tre olika typer av stressorer; *Kroniska stressorer*, *Livshändelsestressorer* och *Dagliga förtretligheter*. Kroniska stressorer är något som påverkar individen under en stor del av livet, exempelvis vid sjukdom, barnlöshet eller mobbing. En individ med starkt KASAM hanterar sannolikt dessa stressorer genom att tänka ”en dag i taget”. En individ med svagt KASAM upplever troligtvis motsatsen och kan i många fall känna frustration över att inte kunna planera sin vardag, känner sig otillräcklig och finner ingen mening i livet på grund av sin situation. Denna sorts stressorer påverkar i stor grad hela livssituationen för en person med svagt KASAM. Livshändelsestressorer drabbar oss alla, mer eller mindre, och kan sägas tillhöra livets skede. Det kan handla om dödsfall, skilsmässa, att få barn, etc. Trots att dessa stressorer anses tillhöra livet för samtliga individer, avgör vår KASAM hur vi reagerar och hanterar dessa situationer. En individ med starkt KASAM kan uppleva sorg, smärta och ilska, men finner ändå en mening och vilja i att gå vidare i livet. Individer med ett svagt KASAM känner i de här situationerna istället ångest, förtvivlan och övergivenhet och Antonovsky (2005) menar att de då kan förbli passiva och förnekande i sin situation. Det som räknas till dagliga förtretligheter kan vara sådant som att ha en dålig dag, att missa bussen, att finna tid till exempelvis hushållsgöromålen eller att befinna sig i en tillfällig konflikt. Dessa stressorer påverkar inte vår hälsa i stort och vår KASAM är inte heller av betydelse i dessa fall. Om dessa situationer sker i så pass hög utsträckning att de blir en del av vår vardag, kan de istället definieras under kroniska stressorer (a a).

Enligt Antonovsky (2005) kan man se hälsa som ett kontinuum, vilket han beskriver med en vågrät linje mellan *hälsa (hög KASAM)* och *ohälsa (Låg KASAM)*. Vid den ena ytterligheten finns *generella motståndsresurser (GMR)* och vid den andra ytterligheten finns *generella motståndsbrister (GMB)*. GMR står för skyddsfaktorer såsom en god ekonomi, jagstyrka, kulturell stabilitet, ett socialt nätverk, etc. Ju fler GMR en individ har, desto större sannolikhet att individen har ett starkt KASAM. GMB står för riskfaktorer, eller som Antonovsky (2005) menar, GMB är motsatsen till GMR. Ju färre GMR en individ har, desto lägre ner på kontinuumet befinner sig individen och kommer troligtvis att hantera stressorer sämre och därmed utveckla ett svagare KASAM.

7 METOD OCH TILLVÄGÅNGSSÄTT

Detta avsnitt redogör för studiens metoddel och kommer dels att behandla den förförståelse som jag har haft med mig vid studiens födelse, samt behandla hur jag har sökt efter min litteratur till studien och vilka sökord som då har använts. Vidare behandlar avsnittet metodval, urvalsprocess samt tillvägagångssätt av datainsamling. Slutligen kommer avsnittet att presentera de etiska aspekter som har tagits i beaktande samt studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

7.1 Förförståelse

Jag har under studiens pågående arbete försökt att hålla min egen förförståelse på avstånd, för att inte påverka studiens resultat och utformning helt och hållet. Jag har dock haft min förförståelse med mig under arbetets gång, då det är svårt att helt radera den, men istället försökt reflektera kring hur min förförståelse kan ge mig hjälp i studiens arbete. Min förförståelse grundar sig i hur det egna mötet med BVC-sjuksköterskan har varit under det första året tillsammans med partner och barn. Under det första året som förälder har min sambo som nybliven pappa aldrig erbjudits ett särskilt samtal med BVC-sjuksköterskan kring hur han mår som nybliven förälder eller blivit erbjuden att fylla i ett EPDS-formulär eller liknande. Vid de tillfällen som han har besökt BVC-mottagningen, dels under min föräldraledighet, men även under sin egen föräldraledighet i omkring sex månaders tid, har han allmänt fått frågor som *"Hur fungerar det?"* och *"Hur har ni det?"*. Helhetssynen som BVC-sjuksköterskor bör arbeta med kan ju anses finnas med i bilden då frågorna är allmänt ställda om och till familjen, men innefattar inte helhetssynen även att se pappan? Detta har fört mina tankar vidare till hur det fungerar i allmänhet ute på BVC-mottagningarna. Belyser BVC-sjuksköterskan ohälsa hos den nyblivna pappan och erbjuds han några möjligheter att få berätta om sin roll som nybliven pappa? Min förförståelse står vid att BVC-sjuksköterskor inte arbetar specifikt med detta och att de få BVC-sjuksköterskor som gör det, då inte gör det rutinmässigt.

7.2 Litteratursökning

Inför studiens uppbyggnad har sökning av litteratur gjorts med hjälp av internet samt Högskolan i Kristianstads biblioteksdatabas. Den litteratur som ligger till grund för min studie har använts i form av böcker, avhandlingar och vetenskapliga artiklar. De söktjänster som har använts är Summon@HKR, SwePub, Google.se, DiVA och Bibliotekskatalogen vid Högskolan Kristianstad. Mina sökord har varit "postpartum depression", "postpartum depression hos pappor", "depression", "nyblivna pappor", "depression hos nyblivna pappor", "psykisk ohälsa", "nyblivna föräldrar", "depressed fathers", "postatal depression", "first time fathers", "postnatal depression fathers", "screening".

7.3 Val av metod

För att ge en ökad förståelse för ett fenomen, lämpar sig en kvalitativ metod. En kvalitativ metod ger även forskaren störst möjligheter att nå undersökningspersonens egna erfarenheter och upplevelser mer djupgående (Justesen & Mayer, 2011). Även Larsen (2009) menar att en kvalitativ metod ger forskaren en större möjlighet att öka förståelsen för ett visst problemområde, då en mer djupgående undersökning kan göras. Kortfattat skulle den kvalitativa forskningsmetoden kunna beskrivas som ett *"sätt att se världen med andras ögon på"* (Larsson, 2005, s. 91-92).

Det finns en rad olika intervjuformer inom den kvalitativa forskningsmetoden, som kan vara mer eller mindre strukturerade. I föreliggande studie har intervjuerna skett i form av semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju är en kombination av en strukturerad och en ostrukturerad intervjuform. En intervjuguide används utifrån teman med en rad huvudfrågor, med det finns utrymme för att avvika från intervjuguiden under intervjuerna beroende på vad som uppkommer under samtalet (Justesen & Mayer, 2011). Intervjupersonen får möjlighet att berätta sin berättelse och intervjuarens uppgift blir att vara en

lyssnare. Då och då kan intervjuaren ställa följdfrågor för att hjälpa intervjupersonen vidare i sin berättelse. Intervjuaren kan därför ses som en medskapare till den skapande berättelsen (Kvale & Brinkmann, 2009).

I föreliggande studie är inte målet att generalisera bilden av BVC-sjuksköterskors arbete med att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor, utan fokus ligger vid att lyfta fram några enskilda BVC-sjuksköterskors röster.

7.4 Urval och avgränsningar

Till föreliggande studie har ett strategiskt urval använts. Ett strategiskt urval innebär att de tilltänkta intervjupersonerna väljs ut utifrån en redan känd egenskap, exempelvis att intervjupersonen är politiker, fackföreningsledare, eller som i min undersökning, BVC-sjuksköterska (May, 2001). Jag har till föreliggande studie valt att kontakta ett 20-tal BVC-mottagningar i fem olika kommuner där det arbetar minst en BVC-sjuksköterska per mottagning. Kriterierna som jag hade gällande intervjupersonerna, var att de skulle vara utbildade BVC-sjuksköterskor samt att hon eller han arbetar med barnhälsovård i sin anställning, vilket per automatik har inneburit en avgränsning av intervjupersoner i urvalsprocessen. Antalet BVC-sjuksköterskor som anmälde sitt intresse till att medverka i studien blev slutligen åtta stycken från tre olika kommuner, två från regional verksamhet och resterande sex från privat verksamhet. Samtliga av dem är utbildade distriktssköterskor i grunden och arbetar idag med barnhälsovård, varav två av de åtta BVC-sjuksköterskorna arbetar deltid inom barnhälsovården samt deltid inom annan vårdenhet. BVC-sjuksköterskorna är mellan 30-65 år gamla och har arbetat som BVC-sjuksköterska mellan 4 och 30 år.

7.5 Tillvägagångssätt

Undersökningen har genomförts i tre, små till medelstora, kommuner. Tillvägagångssättets första del inleddes med att kontakta de olika BVC-mottagningarna, totalt ett 20-tal. I några fall har förfrågningen varit tvungen att ställas till verksamhetschefen i första hand och i de fallen har jag kontaktat verksamhetschefen per e-post där jag har presenterat mig själv, mitt syfte med studien samt bifogat informationsbrev (se bilaga 1). I annat fall kontaktades BVC-sjuksköterskor via telefon. Det enda tillvägagångssättet på många av mottagningarna har varit att lämna meddelande via mottagningens gemensamma telefonsvarare, alternativt via den enskilde BVC-sjuksköterskans telefonsvarare, för att sedan hoppas på att bli återuppringd. På telefonsvararen presenterade jag mig själv, mitt syfte med studien samt att jag önskade komma i kontakt med någon eller några BVC-sjuksköterskor att intervjua till min studie. I några fall ringde jag till samtliga BVC-sjuksköterskor på samma mottagning, i andra fall endast någon av dem. Några BVC-mottagningar hade bestämda telefontider, varav jag i de fallen ringde direkt till någon av mottagningens BVC-sjuksköterska under dessa tider. Det förekom även i två fall att jag gjorde min förfrågan via e-post till BVC-mottagningens gemensamma e-post, för att sedan ett par dagar senare ringa till mottagningen. I e-postmeddelandet skickade jag även med informationsbrevet som en bilaga. Redan vid min presentation av studiens syfte på de olika telefonsvararna samt vid telefonkontakt med BVC-sjuksköterskorna, erbjöd jag dem att få ta del av informationsbrevet genom att få det skickat till sig per e-post, för att ge dem möjligheten att få ta del av så mycket information som möjligt kring min studie.

De BVC-sjuksköterskor som anmälde sitt intresse gjorde det via e-post eller telefonkontakt. Under ett telefonsamtal bokades tid för intervju in och därefter erbjöd jag intervjupersonen att få informationsbrevet skickat till sig per e-post. Ett frågeschema som innehöll några av de frågeområden som jag tänkt beröra under intervjun skickades med som bilaga i e-posten. Den första intervjupersonen önskade se frågorna innan och jag ville därför ge samtliga intervjupersoner samma villkor. Samtliga intervjuer ägde rum på intervjupersonernas arbetsrum. Intervjuerna inleddes med att jag presenterade mig själv, studiens syfte och dess frågeställningar. Samtyckesbrevet (se bilaga 2) lämnades över och förklarades och sedan gavs intervjupersonerna möjlighet att ställa frågor. Jag har varit noga med att även muntligt informera om deras frivillighet till att medverka i studien samt att de när som helst har möjlighet till att bryta sitt deltagande. Vidare har jag informerat om den konfidentialitet som deltagarna i studien ges samt att de har möjlighet att välja att inte svara på de frågor som känns obekväma. Då jag genomförde intervjuerna som ensam intervjuare, har jag haft önskemål om att få spela in intervjun på bandspelare. Samtliga intervjupersoner samtyckte till det som informerades samt till bandinspelningen och samtyckesbrevet har undertecknats av dem alla. Kopia av samtyckesbrevet har erbjudits till dem alla.

Intervjuerna inleddes med att kort ställa frågor kring hur länge intervjupersonerna hade arbetat som BVC-sjuksköterska samt hur de upplevde arbetet med att träffa nyblivna pappor. Vid intervjutillfällena användes en utformad intervjuguide (se bilaga 3) som stöd med olika frågor utifrån temaområden. Följdfrågor kompletterades till intervjuguiden vid de tillfällena som det behövdes. Halvorsen (1992) menar att följdfrågor kan anpassas efter vad intervjupersonen berättar och frågorna behöver oftast inte se likadana ut till samtliga intervjupersoner, vilket de inte heller helt och hållet har gjort.

Totalt genomfördes åtta intervjuer, mellan 24-52 minuter. Två av de åtta intervjuerna genomfördes som en pilotintervjuer, för att kontrollera om intervjuguidens frågor var användbara. Materialet från pilotintervjuerna tillförde dock så pass bra svar att det har kunnat nyttjas till studiens resultat. Dessvärre kunde en av de åtta intervjuerna inte transkriberas och användas i syfte för studien. Intervjun genomfördes i sin helhet, men då materialet skulle föras över i datorn var ljudfilen endast några sekunder lång. Förklaringen till detta har troligtvis varit att batterierna i bandinspelaren har suttit löst och därför stängt av bandspelaren. I övrigt har intervjuerna gått bra och svaren från intervjupersonerna har varit utförliga och användbara.

7.6 Databearbetning

Att analysera betyder enligt Kvale & Brinkmann ”att separera något i delar eller element” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 210). Enligt Kvale & Brinkmann (2009) pågår analysen under hela forskningsprocessen i olika steg. Forskaren bearbetar informationen som samlats in under hela processens gång och den aktiva analysen påbörjas med strukturering av materialet (vanligen genom att transkribera materialet) och sedan genom att kartlägga det. De menar vidare att det finns sex möjliga steg vid en analys. I det första steget försöker intervjuaren få intervjupersonen att beskriva sin livsvärld under intervjun, det vill säga att intervjuaren får berätta spontant om vad den känner, upplever och hur den förhåller sig till ett visst ämne. I det andra steget skulle den intervjuade själv

kunna upptäcka nya förhållanden i det som berättas, se nya innebörder i vad hon eller han upplever och gör. I det tredje steget tolkar intervjuaren, under intervjun, meningen i det som intervjupersonen har berättat och ”sänder tillbaka” meningen. Intervjupersonen har då möjlighet att bekräfta, förklara eller förtydliga det som har berättats, vilket kan leda till en mer korrekt beskrivning av intervjupersonens livsvärld. I det fjärde steget tolkas det transkriberade materialet av intervjuaren, genom strukturering och kartläggning. Ett femte steg kan enligt Kvale & Brinkmann (2009) vara att göra en ny intervju efter att forskaren har analyserat intervjutexten. Forskaren kan ge tillbaka sin tolkning av det analyserade materialet i den nya intervjun, för att låta intervjupersonen få möjligheten att kommentera och utveckla sina egna tidigare uttalanden. Det sjätte steget skulle kunna vara att utvidga *beskrivningen* och *tolkningen* till att omfatta *handlandet*, där intervjupersonen kan börja handla utifrån de nya insikter hon eller han har erhållit efter den första intervjun. Forskningsintervjun kan vid denna variant ses som en terapeutisk intervju (a a).

I föreliggande studie har jag valt att följa de fyra första stegen. Direkt efter varje intervju har ljudfilen överförs i dator och sedan transkriberats. Ett datorprogram som är anpassat för transkribering har använts, vilket har underlättat för själva transkriberingsarbetet. Via tangentbordet har ljudfilen kunnat startas, pausas samt spolas tillbaka åtta sekunder, vilket har inneburit att en smidighet i transkriberingen har kunnat ges. När transkriberingarna var slutförda, lästes texten genom ett par gånger för att sedan tolkas och utskilja eventuella teman eller kategorier. Utifrån de skapade kategorierna, kunde sedan specifika citat tas ut för att användas i studiens resultatdel.

7.7 Etiska överväganden

För att undvika konflikter mellan forskaren och deltagaren, kan de forskningsetiska principerna ses som ett hjälpmedel. Deltagaren har alltid rätt att få ta del av vilka möjligheter den har när den deltar i en undersökning, exempelvis som att den när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande. Deltagaren skall även ha rätt att få avgöra om en intervju skall få bandinspelas eller inte. Detta gäller oavsett vem intervjupersonen är och oavsett om den är i ett pågående eller avslutat ärende (Vetenskapsrådet 2002).

I det informationsbrev som skickades till verksamhetschefer samt till BVC-sjuksköterskorna, lämnades information om vad intervjupersonerna uppdrag i projektet skulle innebära. Denna information har även delgivits intervjupersonerna muntligt samt genom ett samtyckesbrev som överlämnats vid intervjutillfället. Detta har gett deltagaren möjlighet att ta del av studiens syfte och hur den vidare skulle användas. Vid intervjutillfället hade jag som önskemål att intervjupersonerna skulle läsa igenom och samtycka samtyckesbrevet. De erbjöds även en kopia av detta. I samtyckesbrevet informerades intervjupersonen om mig som författare, syftet till studien och de forskningsetiska principerna. Samtyckesbrevet innehöll även information kring bandinspelningen. Deltagarna ges i föreliggande studie konfidentialitet i den mån det är möjligt. De figurerar med fiktiva namn och varken specifik ålder, tillhörande arbetsplats eller kommun har delgivits i studien. Vid intervjutillfället har en bandinspelare använts, varpå det inspelade materialet sedan har transkriberats. Datainsamlingen har endast samlats in för att uppnå forskningens syfte, vilket även har informerats till de deltagande och det insamlade materialet kommer att kasseras när uppsatsen har examinerats.

7.8 Validet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validet (giltighet) behandlar hur väl undersökningens resultat belyser forskningsfrågan, det vill säga om vi mäter det vi avser att mäta i vår studie, medan reliabilitet (tillförlitlighet) behandlar huruvida undersökningens metoder är så pass väldefinierade att andra forskare skulle kunna genomföra samma undersökning igen och då komma fram till samma resultat som den ursprungliga studiens resultat visar (Justesen & Mik-Mayer, 2010). En undersökning kan ha en hög reliabilitet, utan att nödvändigtvis ha en hög validitet (a a). Att få en hög trovärdighet kan vara en av utmaningarna vid en kvalitativ studie, då jag som forskare måste kunna bevisa att mitt insamlade datamaterial och att min analys är trovärdig (Trost, 2010). Författaren (a a) menar även att forskaren vid intervjuerna bör vara så nära opartisk som möjligt, det vill säga, vara objektiv, eftersom det är intervjupersonens åsikter, tankar eller känslor som man vill få fram vid intervjutillfället. Om intervjuaren påverkar med sina egna åsikter eller med styrande frågor, och om intervjupersonerna blir påverkade av forskaren, kan detta således påverka reliabiliteten.

Studien är relativt liten med tanke på att det endast är åtta BVC-sjuksköterskors röster som har framkommit, men innehållet i studien har trots detta en betydelse då den baseras på enskilda BVC-sjuksköterskors tankar och erfarenheter. Det är även av stor vikt att nämna att undersökningen är genomförd i tre kommuner som är mindre till medelstora i storleken och alltså inte representerar hela landets BVC-mottagningar. Däremot kan dessa röster ge en bild av hur det kan se ut i just dessa kommuner, men en generalisering bör och kan inte göras.

8 RESULTAT

Avsnittet presenterar de resultat som har framkommit i föreliggande studie. Med hjälp av belysande citat från intervjutranskriptionerna, presenteras resultatet nedan. När kortare pauser i samtalet görs, skrivs ”längre tystnad” inom en parantes; (längre tystnad), och då en påbörjad mening inte avslutas, visas tre punkter i följd ”...”. Ibland har utslutningar av citatens delar gjorts, då de inte har ansetts vara betydelsefulla för resultatet. Då visas tre punkter inom hårda citationstecken; [...].

De åtta BVC-sjuksköterskor som har intervjuats är alla utbildade distriktssköterskor och har arbetat med barnhälsovård sedan minst fyra år tillbaka. Några av dem har delade tjänster där de arbetar deltid med barnhälsovård och deltid inom annan vårdenhet. Två av BVC-sjuksköterskorna arbetar inom regional verksamhet och resterande sex BVC-sjuksköterskor arbetar inom privat verksamhet. Samtliga av dem är kvinnor och är mellan 30-65 år gamla. Intervjupersonernas namn är fingerade för att i den mån det är möjligt inte röja deras identitet. Vid intervjutillfällena inleddes samtalen med att se över syfte och frågeställningar tillsammans och intervjupersonen hade då möjlighet att ställa eventuella frågor. Därefter fick de kort berätta hur länge de arbetat som BVC-sjuksköterska och hur deras tjänst såg ut i den nuvarande situationen.

Under bearbetning och analys av det insamlade materialet har följande sex kategorier skapats: *Mötet med pappan*, *Stödet till pappan*, *Information om*

postpartum depression, Mammans ohälsa och pappan, Pappans mående och eventuella insatser och Önskemål om det framtida arbetet med pappors mående.

8.1 Mötet med pappan

Intervjun inleddes med att fråga hur BVC-sjuksköterskorna upplevde mötet med pappor i sitt arbete. Samtliga av dem menade att hembesöket, som oftast är förlagt under den första veckan efter barnets och föräldrarnas hemkomst från förlossning, var det tillfälle då de träffade *"nästan alla pappor"*, dels eftersom många nyblivna pappor passar på att ta ut tio dagars föräldraledighet i samband med barnets födelse. Även de första besöken på BVC upplevde de flesta av BVC-sjuksköterskorna att papporna följde med. Sylvia menar att *"man träffar papporna ofta såklart vid första hembesöket"* och att de *"kommer för att väga vid vissa tillfällen, både mamma och pappa"*. Gunilla upplevde att det har skett en förändring över tid om hon blickar tillbaka i tiden, och hon *"upplever att det blir fler och fler pappor som tar större och större ansvar för sina barn"*. Vidare berättar hon att även hennes erfarenhet är att papporna oftast är närvarande *"på första hembesöket, när de (barnen) är nyfödda och nyss hemkomna"*. Även Mira berättade kring hembesöket och att det oftast var då som hon träffade pappan. Vidare menade hon att det dock glesades ut med tiden, på grund av att pappan i regel börjar arbeta och då har sämre möjligheter att följa med;

"Vi erbjuder ju alltid ett första hembesök och jag kan väl säga att vi gör väl hembesök hos 98-99 procent av våra familjer, så man fångar ju in väldigt många familjer med hembesöket... och merparten av papporna är också hemma vid det här besöket och det sker ju, om man säger, under den tiden då de har sina tio pappadagar, de första i samband med förlossning... [...]. I början tycker jag också att de är väldigt flitiga att följa med på besöken hit, som är täta besök... när man i regel träffas en gång i veckan, sen glesas det ju tyvärr lite och de kanske kommer ha mer svårigheter och komma därvid eftersom de själva arbetar och så... men jag tycker ändå vi träffar rätt mycket pappor..."(Mira).

Malin hade blandade erfarenheter av pappans delaktighet den första tiden efter förlossning. Hon anser att *"det varierar väldigt faktiskt..."* och berättar att i *"vissa familjer, där kommer alltid pappan"*, men att det dock kan vara beroende på vilket jobb de har. Malin menar vidare att det även finns familjer *"där man i princip aldrig träffar pappan"*. Vidare berättar Malin, precis som de andra BVC-sjuksköterskorna, att det tillfället då hon i de flesta fall alltid träffar pappan *"är vid hembesöket när de har nyfött barn"*. Emma däremot hade inte en lika positiv inställning till pappornas delaktighet vid hembesöket som de andra BVC-sjuksköterskorna, utan var mer tveksam till att hon träffade papporna vid hembesöket oombett. Hon berättade att hembesöket i regel infaller under pappans första tio föräldraledighetsdagar, men uttrycker att *"ber man särskilt om det, så brukar man faktiskt få träffa en pappa också, första och andra gången"*.

Även om många av papporna efter sina *"tio första pappadagar"* i regel börjar arbeta igen, så berättar de flesta av BVC-sjuksköterskorna att de ser *"fler och fler pappor som senare, när barnet är lite större"*, tar ut föräldraledighet igen. Det i sin tur innebär att de återigen får tillfällen där de träffar många av papporna lite mer. Jasmin upplever att det finns *"pappor som är hemma hos sina barn efter halvåret eller så"* och att de papporna då kommer på BVC-besöken. Även Sylvia

och Malin berättar att *"det har blivit vanligare och vanligare"* att pappor tar ut föräldraledighet, precis som Mira, som tycker sig uppfatta att *"en hel del"* pappor är föräldralediga och *"framför allt när barnen blir lite större"*. Samtidigt understryker Mira att besöken på BVC inte infaller *"lika ofta"* längre enligt basprogrammet när barnet är större och detta gör att papporna inte kommer lika ofta på besök som mammorna.

8.2 Stödet till pappan

När BVC-sjuksköterskorna fick frågan om hur de stöttar den nyblivna pappan, berättade majoriteten av dem att de särskilt tänkte på att *"involvera pappan vid besöken"* samt att ge honom *"extra stöttning"* i sin föräldraroll på olika sätt. Monica berättar att hon stöttar pappan lite extra i sitt föräldraskap, dels genom att *"heja på honom"* samt genom att berätta för honom *"att det är jätteviktigt att han finns där med de här praktiska grejerna och avlasta mamma"*. Vidare berättar hon att *"många pappor kanske inte är så förberedda"* utan att de *"kanske hade tänkt att de skulle vara mer delaktiga i papparollen än vad de egentligen är"*. Därför anser hon att det är viktigt att berätta för dem att det kommer att bli *"bättre"* då de *"kommer känna dig mer delaktig när barnet blir lite äldre"*. Även Gunilla berättar att hon vill stötta föräldrarna lite mer efter förlossningen och berättar att hon vid hembesöket kan fråga *"hur de upplevde förlossningen"* och att hon vänder sig till både mamman och pappan för att höra deras version. Gunilla menar att *"där kan man få väldigt skilda svar såklart, för upplevelserna är väldigt olika"*. Vidare berättar hon att hon även vänder sig till båda föräldrarna vid BVC-besöken för att de ska få berätta sin egen version av situationen hemma efter att barnet har fötts, då hon menar att upplevelserna även då kan *"skilja rätt mycket"* mellan mamman och pappan.

Sara menar att stödet till pappan *"är lite olika i vilken tid man träffar dem"*. Med det menar hon att vid hembesöket är mamman oftast *"fullt uppfylld av sin amning"* och samspelet mellan mamma och barn har börjat växa. Sara brukar då *"försöka understryka hur viktig pappan är, även fast han inte just kan göra någonting åt själva matningen"*. Sara menar att *"det finns mycket annat och att han är viktig ändå"*. Sara berättar vidare att *"det här med amningen, det är lätt att tänka att det är mammans sak"*, men för att amningen ska fungera så menar Sara att mamman behöver *"ha stöd av sin man och inte bara i all service runt omkring"*. Emma anser att det är viktigt att se båda föräldrarna och är själv noga med att involvera båda föräldrarna vid besöken och att det är *"viktigt att man verkligen också tar in pappan i samtalet och inte enbart vänder sig till mamman som det är väldigt lätt att fokusera på"*. Emma menar att det är lätt att fokusera på mamman dels eftersom *"det är hon som har burit barnet och som har fött fram det"*. Att *"verkligen titta och bekräfta pappan"* är av stor vikt enligt Emma. Många pappor kan känna sig ledsna och förvirrande av *"att mamman är så oberäknelig i sitt humör"* och Emma är därför noga med att *"förklara tillsammans med mamman och pappan, mammans hormonella bergochdalbana, så att pappan förstår"*. Det framgår tydligt när Emma berättar att hon vill finnas för båda föräldrarna som stöd, och hon erbjuder båda föräldrarna att ringa henne om de har behov av det;

"[...] Och så är man noga med att tala om att 'Är det någonting, så kan ni ringa... ni kan ringa båda två om ni vill...' "(Emma).

När det kommer till besökstiderna försöker de flesta av BVC-sjuksköterskorna *"att planera tider utifrån att pappan kan vara med"*. Det är sällan det passar dem båda, men när en pappa har börjat arbeta igen efter barnets födelse menar Emma att han kanske kan *"komma en kväll, eller åtminstone komma varannan gång, var tredje gång"*. När Jasmin fick frågan om hon arbetar aktivt för att göra pappan delaktig i sitt föräldraskap och om hon är noga med att förklara för pappan hur även han kan må efter att ha blivit förälder, berättar hon att det mest är *"när kanske mamma inte mår så bra, eller det är någonting med barnet"*. Vidare berättar hon att hon gärna *"vill fånga in pappa och verkligen vill förklara för pappa hur läget är och varför det är så och varför det blir så"* och *"varför mamma reagerar så"*. När jag frågar henne om hon försöker att få även pappan att komma till BVC-besöken, berättar hon att hon inte har några *"särskilda rutiner"* för att få dit dem båda. Däremot menar hon att *"det är ju det första man säger, vid första hembesöket, att man vill att de ska komma båda och så"*.

Samtliga BVC-mottagningar erbjuder föräldraträffar i grupp, där båda föräldrarna är välkomna att delta, vilket kan ses som *"en form av stöd"* till pappan. Sylvia berättar att de på mottagningen där hon arbetar *"har försökt med olika varianter... att erbjuda endast pappagrupper och så"*, men att det inte har *"slagit genom så bra"*.

8.3 Information om postpartum depression

I samband med hembesöket berättade de flesta av BVC-sjuksköterskorna kring postpartum depression hos mamman och att ett EPDS-formulär i samband med ett mammasamtal erbjuds vid cirka sex till åtta veckor efter förlossning för henne. Samtliga BVC-sjuksköterskor kände till att även nyblivna pappor kan drabbas, men enbart några av de sju BVC-sjuksköterskorna berättade allmänt kring detta och att han har möjlighet att få hjälp och stöttning om han inte mår bra. Stort fokus låg däremot vid att informera om mammans EPDS-screening och mammasamtal. Mira menar att hon alltid *"vid hembesöket tar upp det här med postpartum depressioner"*. Mira berättar i detta sammanhang att det är *"hela familjen som man pratar till"*, och att hon anser att det är viktigt att berätta även för pappan att det är av stor vikt att han *"också berättar om han inte mår så bra"*.

Sylvia menade att det vid första hembesöket kunde bli *"lite mer praktisk information också"*, men att hon då även nämner att *"det händer mycket under kvinnans graviditet"* och att hon vidare frågar hur det fungerar för föräldraparet, men främst hur det fungerar för mamman. Sylvia berättar att hon dels frågar om *"hon får avlastning och får sova"* och syftar då på mamman, men även ställer frågor till pappan, vilket dock *"blir mycket kortare"*. Malin berättar att hon *"brukar berätta lite grand om vad som görs på BVC"* vid hembesöket och vidare berättar hon att hon då även ta upp att de *"brukar ha ett mammasamtal"*. Malin är även noga med att berätta att de ibland även har pappasamtal. Monica var en av dem som inte berättade *"så mycket"* om postpartum depression vid första hembesöket, utan *"detta kom senare"*, i samband med information kring barnets första vaccination. Monica menar att *"är pappan med på tvåmånadersbesöket, hos doktorn, så informerar dem (syftar på läkaren och den BVC-sjuksköterska som är med vid tillfället)"* om att de kommer vaccinera barnet vid tremånaders ålder och att de då kommer att ha ett mammasamtal. Vid denna information förklarar Monica även för pappan att han då kommer att *"få gå ut från rummet"*

den stunden som mamma ska fylla i det här pappret” och hon syftar då på när mamman ska fylla i EPDS-formuläret.

På frågan om BVC-sjuksköterskorna erbjuder pappor att fylla i ett EPDS-formulär någon gång, visade det sig att några av BVC-sjuksköterskorna hade erbjudit någon enstaka pappa att fylla i EPDS-formuläret någon gång, men ingen av dem hade detta som en rutin. Monica var en av dem som inte erbjudit pappan att fylla i ett EPDS-formulär, eftersom den möjligheten aldrig har framförts på mottagningen, men menar däremot att mottagningen kan erbjuda samtal till pappan;

”Nej... Det har nog aldrig blivit sagt att den möjligheten finns... att man kan... att den är för pappor, utan den är för mammor och den här... ja, jag känner inte till att det skulle vara aktuellt... däremot så kan vi ju erbjuda pappan samtal och stötta honom... ja, men just den här EPDS har aldrig jag erbjudit i alla fall... jag har inte hört att mina kollegor heller har gjort det...” (Monica).

Gunilla och Emma var två av de BVC-sjuksköterskor som hade låtit pappor fylla i ett EPDS-formulär. Gunilla berättar att hon *”någon enstaka gång har haft pappor som har fyllt i”*, men att hon *”i alla fall”* försöker fråga papporna *”hur de mår och hur de har det”*, även om de inte erbjuds att fylla i ett EPDS-formulär. Gunilla menar vidare att hon inte gör detta då hon inte vet om *”den fungerar på pappor”* och hon syftar då på EPDS-screeningen. Emma berättar att det endast har *”hänt fem gånger”* på de tio åren som hon arbetat som BVC-sjuksköterska och framför missbelåtet att *”det är alltså inte mer”*. Hon berättar dock att *”om pappan är hemma och om papporna vill, så gör vi jätte gärna på pappan också”*.

Vid hembesöket så pratar Jasmin *”alltid om postpartum”* och under hembesöket informerar hon även om att det kommer att erbjudas ett mammasamtal. Jasmin fortsätter att berätta att hon vänder sig till pappan för att berätta att det i dagsläget inte finns något liknande till pappor, men att vill pappan, så kan det genomföras ändå;

”[...] och så vänder jag mig till pappan och säger att ’I dagsläget är det ingenting för papporna’ och ’Är det någon pappa som vill ha, så är jag villig att ställa upp och göra det’ (syftar på pappasamtal)”. (Jasmin).

Jasmin har *”haft ett par som har velat”* och hon berättare vidare att *”det är mammorna som har velat och då hört med sin partner om det är okej att jag gör det”*. Med det menar Jasmin, att hon endast har genomfört pappasamtal om pappans partner har haft önskemål om det. När jag frågar Jasmin om hon erbjuder EPDS-screening och pappasamtal aktivt till pappor, svarar hon att hon inte gör detta och vidare berättar hon att hon inte *”aktivt erbjuder så som det ser ut idag”*, utan enbart *”enstaka”* gånger, eftersom det inte ingår i basprogrammet. Även Sylvia menar att riktlinjerna endast är utformade på ett visst sätt och *”där ingår ju endast mammornas EPDS”*. Vidare ansåg hon att en *”djupare uppföljning”* på pappan inte kunde göras, då *”man inte träffar papporna så ofta”*.

Vidare ställdes frågan till BVC-sjuksköterskorna om de erbjuder eller har erbjudit någon form av pappasamtal och under vilka former det i sådant fall sker. Monica berättade tidigare att hon inte erbjuder pappan att fylla i ett EPDS-formulär, men att hon kan erbjuda samtal till pappan. När jag frågar henne om det är allmänna samtal kring föräldraskapet, svarar hon; *"ja och hur de kan stötta sin partner då i hennes depression"*. Gunilla berättar att hon inte har erbjudit något av det så att hon har bett mamman att lämna rummet för att enbart ha samtal med pappan. Gunilla berättar att när hon har mammassamtal och pappan är med vid besöket *"så får han vänta utanför"*.

Malin brukar i samband med att hon informerar föräldrarna om att postpartum depression kan förekomma, även berätta om EPDS-formuläret och mammassamtalet. Hon vänder sig då även till pappan för att bekräfta att även pappor kan drabbas. Vidare berättar hon dock att det enbart är när pappan själv önskar eller tar upp frågan om att få ett pappasamtal och att hon inte gör det *"på tu man hand, om han inte önskar det"*. Även Jasmin är noga med att informera pappan om att även han kan drabbas av depression *"eller liknande"*, och har utfört screening med några pappor där de fått fylla i EPDS-formuläret. När jag frågade henne om hon har pappasamtal i samband med EPDS-screeningen berättar hon att hon gör *"precis som med mamman"*.

8.4 Mammans ohälsa och pappan

Det var endast några av BVC-sjuksköterskorna som särskilt tänkte på hur pappans mående kunde se ut om mamman hade fått höga poäng på EPDS-screeningen eller om hon på annat sätt hade visat på depressiva symptom. Ingen av dem erbjöd dock något extra stöd i form av pappasamtal eller EPDS-screening. Sylvia berättar att hon varje gång hon träffar familjen frågar hur de mår, men bara i stort utan att närmre fråga pappan;

"[...]visst tar man ju upp hur man har det varje gång man träffas... 'Hur är det i övrigt i familjen..?' ... ja, men man tar det bara stort... jag frågar inte precis pappan vid de tillfällena..." (Sylvia).

Även Mira berättade om att hon lägger större vikt vid att prata om hur familjesituationen ser ut, inte särskilt kring hur pappan har det vid sidan om mammans depression, men mer kring helheten i familjen och hon menar att hon *"binder ihop hela familjen"* i situationen.

När jag ställer frågan till Malin, berättar hon efter en längre tystnad att hon *"inte specifikt"* har gjort det men att hon däremot, om mamman har höga poäng, alltid frågar *"hur det är runt omkring förstås"*. Malin menar att hon frågar *"vilket stöd"* mamman har och sedan får mamman även *"möjlighet att prata med någon psykolog"*. Detta erbjöds dock endast till mamman. Vidare ger Malin ett exempel från sitt arbete där hon varit med om att en mamma inte mått så bra, men att pappa då varit föräldraledig i stället och mamman fått vara sjukskriven. Hon har, som tidigare nämnt, *"inte direkt"* haft ett specifikt pappasamtal, med enbart honom, utan har mer fokuserat på familjen.

När Monica får frågan om hon erbjuder pappan något pappasamtal eller en EPDS-screening när mamman har fått höga poäng på sin screening, berättar hon att BVC-mottagningen *"aldrig gör det"*. Gunilla berättar vidare att hon *"uppmärksammar det kanske, men kanske inte på rätt sätt"* då fokus landar vid mamman. Om Gunilla möter en mamma som fått höga poäng vid EPDS-screeningen menar hon att hon inte särskilt uppmärksammar pappan, bortsett från att generellt fråga hur familjen har det och specifikt då mamman, och *"det blir kanske inte mer fokus på hur han mår"*.

8.5 Pappans mående och eventuella insatser

Tre av BVC-sjuksköterskorna hade i sina arbeten uppmärksammat eller åtminstone träffat pappor som inte mått bra på ett eller annat sätt och när jag ställer frågan kring vilka insatser som då har erbjudits som åtgärd, är det relativt liknande svar. Samtalsstöd i form av kurator- eller psykologsamtal är vanligast förekommande, men även erbjudande om samtal hos BVC-sjuksköterskan själv. Emma berättar att det har förekommit att hon hjälpt några pappor vidare till *"kurator, till exempel"* eller *"KBT ibland"*. Monica berättar att de på BVC-mottagningen *"någon gång"* har erbjudit en pappa samtal med den *"sociala rådgivare"* som finns på mottagningen, men även att remiss till mödra- och barnhälsovårdpsykolog har förekommit *"några gånger"*. När Malin får frågan om hur hon vidtar åtgärder när hon upptäckt en depressiv pappa, berättar hon att hon *"dels erbjuder pappasamtal"* och dessutom erbjuder honom *"samtal med psykolog förstås, om han har behov av det"*. Om pappan har velat prata med Malin på BVC-mottagningen, har hon erbjudit honom samtalsstöd i den formen, men vidare berättar hon att *"om han vill ha fortsatt samtalsstöd"* så erbjuder hon psykolog.

8.6 Önskemål om det framtida arbetet med pappors mående

Majoriteten av BVC-sjuksköterskorna menade att de kunde bli bättre på att uppmärksamma pappan och hans mående när han blivit förälder, trots att pappasamtal eller EPDS-screening inte ingår i det aktuella basprogrammet. Emma är en av dem som menar att hon och BVC-mottagningen kan bli bättre på att *"fånga dem ännu mer"* och att de skulle kunna ha *"särskilda pappatider"* på mottagningen. Emma anser även att det *"hade varit önskvärt"* om de hade kunnat erbjuda fler kvällstider, vilket de har diskuterat på mottagningen där hon arbetar. Genom att kunna erbjuda mottagningstid på kvällarna också, skulle det öka möjligheterna för båda föräldrarna att kunna komma. Jasmin berättar att hon kan bli bättre på att mer aktivt fråga papporna hur de mår och att hon tror att det är lättare att få pappan att svara sanningsenligt när han kommer ensam till BVC-mottagningen än om föräldraparet kommer tillsammans;

"Men visst, det är klart att man kan fråga mer aktivt... papporna... 'Hur mår du..?'. Mm... sen är det ju alltid lättare när man har pappan själv, eller mamman själv... sitter de båda är det lite svårt. Och så är det ju med mamman med, det är ju därför man har mamman ensam på samtalet, för att då kan de ju mer öppna sig, och det är ju säkert lika... det är ju klart likadant för pappa, att det är ju när han är själv, man har... man kan, riktigt fånga..." (Jasmin).

Samtliga av de intervjuade BVC-sjuksköterskorna önskade någon form av pappasamtal som rutin för att upptäcka pappor med psykisk ohälsa eller

depressiva symptom. Vidare ansåg de att det skulle implementeras i basprogrammet, dels för att alla pappor skulle få samma möjlighet till ett pappasamtal, men även för att alla BVC-sjuksköterskor skulle arbeta likadant. Jasmin menar att det hade varit *"drömmen"* om de haft ett samtal även med pappan. Att erbjuda papporna ett pappasamtal och att det implementerats i basprogrammet som en rutin, såg Jasmin som en fördel. Att kunna erbjuda *"en tid särskilt för pappan"* menar hon är bra, då hon menar att pappan troligtvis inte kommer annars. Vidare menar hon att *"han kommer kanske inte ändå, men då har han i alla fall fått möjligheten"*. Även Mira ansåg att det skulle vara positivt med pappasamtal och att det etablerades i basprogrammet för BVC-sjuksköterskor och att pappasamtalen skulle vara ett *"riktat, specifikt samtal"* med pappan. Vidare ansåg hon även att mer utbildning i frågan skulle vara att föredra, för att bli bättre på att framför allt *"kunna stötta ännu mer"*. Malin ansåg att pappasamtal kunde vara en god idé att införa, men uttryckte att det rent tidsmässigt inte hade fungerat idag, utan att förändringar hade behövt göras i hennes och kollegornas arbetsuppgifter och att de då hade fått *"ha mer resurser"*. Malin ansåg vidare att pappagrupper kunde vara positivt för att låta papporna *"dela mycket erfarenheter"* och för att det kunde ge dem möjlighet till att *"kanske öppnat upp lite grand"*, exempelvis när det gäller tankar och känslor kring hur det är att vara pappa. Gunilla såg även hon att pappagrupper skulle vara en god idé, men menade att många pappor säkerligen hade önskemål om pappagrupper på kvällstid;

"Jag tror att de hade velat ha dem på kvällstid i sådant fall...[...]Under den tiden som mamma är föräldraledig, så jobbar de flesta fäderna och är inte beredda att vara lediga för att gå på grupp, men att... jag vet inte... vi har inte gjort något försök..." (Gunilla).

9 ANALYS

Vad gäller upplevelsen av mötet med pappan efter förlossning, berättade samtliga BVC-sjuksköterskor, med undantag av Emma, att näst intill alla pappor var hemma vid det första hembesöket som gjordes i samband med att föräldrarna kommit hem med sitt barn efter förlossning. BVC-sjuksköterskorna som har deltagit i föreliggande studie har ansett att mötena med pappan efter förlossningen i stort endast är positiva, vilket även Massoudi (2013) har presenterat i sin studie. Samtliga av BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie har dock varit med om att det funnits tillfällen där de inte träffat pappan i samband med hembesök eller de första besöken på BVC-mottagningen. Massoudi (2013) har i sin studie kunnat presentera resultat som visar att många av de BVC-sjuksköterskor som deltog i hennes studie har ansett att hembesöket som gjordes i samband med barnets födelse var av stor vikt för att kunna bekanta sig med pappan. Vidare har de deltagande BVC-sjuksköterskorna i hennes studie antytt att pappornas deltagande på BVC är markant lägre än mammornas deltagande, vilket även BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie har menat. Däremot framkommer det inte vilka erfarenheter BVC-sjuksköterskorna i Massoudis (2013) studie har, när det kommer till pappornas närvaro vid hembesöken. Genom Antonovskys tankar om att det är viktigt för individen att känna en känsla av sammanhang, kan det tänkas att pappor som inte deltar vid exempelvis BVC-besök och föräldragrupper, kan känna att de inte är involverade i barnets första tid i samma omfattning som mamman, eller som de pappor som är mer närvarande vid besöken på BVC. Det kan då tänkas att de därmed inte har en hög KASAM, men genom att BVC-

sjuusköterskan försöker få med båda föräldrarna till BVC i den mån det är möjligt, och får dem båda involverade i sitt barns uppväxt och utveckling, kan det tänkas att pappan kan få ett ökat KASAM.

De flesta av BVC-sjuusköterskorna i föreliggande studie, berättar att de tänker på att extra involvera eller stötta pappan i föräldraskapet. Monica berättar bland annat att hon stöttar honom genom att "heja på" honom och att hon anser att det är viktigt att berätta för honom att han är viktig för både mamman och barnet. Även Sara och Emma anser att det är viktigt att förklara och berätta för pappan hur han kan hjälpa till och finnas till hands för dem, samt vilken viktig roll även han har som förälder till barnet. Alehagen et al (2011) har i sin studie visat resultat som tyder på att BVC-sjuusköterskorna som deltagit i deras studie, anser att pappans deltagande på BVC är viktig, men att mammans deltagande ses som norm, vilket delvis kan liknas med ovanstående BVC-sjuusköterskors uttalanden. Både Antonovsky (2005) och Travelbee (1971) beskriver meningsfullhet som ett centralt begrepp i sina teorier. Om den enskilde individen har förmågan eller får hjälp med att kunna finna en mening med det som denne drabbas av eller ställs inför, så har personen bättre förutsättningar för att klara av att ta sig genom situationen. Travelbee menar att, genom att hjälpa människor att finna en mening med de olika upplevelserna i livet, har sjuusköterskan uppnått det viktigaste syftet med omvårdnad, och genom att känna mening, kan känslan av att vara behövd för någon eller något även infinna sig hos individen (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000). Genom detta synsätt kan BVC-sjuusköterskornas stöttning till papporna kopplas till Travelbees omvårdnadsteori och därmed även visa att deras stöd och uppmuntran till pappan kan tänkas ha stor betydelse för papporna i sin föräldraroll. Stödet till papporna kan i sin tur bidra till att de känner en högre känsla av sammanhang och att de känner att de är behövda för sin familj. Antonovsky (2005) beskriver att meningsfullhet är en viktig komponent för individen och menar att genom att känna meningsfullhet kan individen finna en mening eller innebörd i de situationer som den drabbas av och ställs inför. Har individen förmågan till detta, kan hon eller han även finna en vilja att bemöta de motgångar och svårigheter som inträffar i livet. Enligt Antonovsky (2005) handlar begreppet *hanterbarhet* om i vilken utsträckning en individ klarar av att bemöta ett visst problem, antingen på egen hand eller genom andra. Även här kan BVC-sjuusköterskans arbete kopplas in, då hon kan behöva hjälpa den nyblivna pappan att finna större hanterbarhet i sin situation, för att han ska kunna bemöta de förväntningar och krav som ställs på honom som förälder. Detta kan BVC-sjuusköterskan exempelvis göra genom att "heja på" de pappor som de möter i sitt arbete.

Utifrån Von Bertalanffys generella systemteori är det tydligt att BVC-sjuusköterskorna ser familjen som "ett system", där båda föräldrarna är viktiga, både för barnet och för föräldra-/parrelationen. Många av BVC-sjuusköterskorna berättar att de ser familjen som en helhet och att de vänder sig generellt till båda föräldrarna när de frågar hur de mår och hur det fungerar. Däremot menar de även att fokus oftare hamnar på mamman i familjen vid kontakten med BVC, vilket i sin tur kan tolkas som att tänkandet om att se familjen som helhet bryts. Sylvia berättar att hon lägger fokus vid att fråga främst mamman kring hur hennes sömn är och om hon får avlastning, och berättar vidare att hon även ställer frågor till pappan, men att det dock "*blir mycket kortare*". Von Bertalanffy menar att det är viktigt att se den enskilde individen som en del av systemet, men samtidigt att se

den enskilde individen fristående från sitt system (Strømsnes Ekern, 2003; Repstad, 2005; Lundsbye, et al. 2010). När fokus hamnar på mamman, kan det utifrån Von Bertalanffys generella systemteori antas att mamman ses som en enskild individ i systemet, men var hamnar då pappan i detta?

Travelbees omvårdnadsteori lyfter särskilt det faktum att ett lidande, kan orsaka lidande för en hel familj. I föreliggande studie har resultatet visat att flera av BVC-sjuksköterskorna aldrig eller väldigt sällan erbjuder pappan EPDS-screening eller pappasamtal. Här utesluts alltså pappan från ”systemet”, eftersom det inte finns rutiner i BVC-sjuksköterskornas riktlinjer om att genomföra en screening och specifikt undersöka hur pappan mår. Massoudi (2013) visar i sin studie att 89 procent av de tillfrågade BVC-sjuksköterskorna uppskattat att de aldrig eller nästan aldrig skulle få kännedom om pappan mådde psykiskt dåligt. Vidare visade resultatet att det var färre än en av fem BVC-sjuksköterskor som erbjudit papporna stödjande samtal under det föregående året och BVC-sjuksköterskorna som deltog i Massoudis (2013) studie hade inte några systematiska rutiner eller metoder för att upptäcka hur pappan mår, vilket inte heller BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie anser sig ha. Tidigare forskning (Ballard & Davies, 1996; Wickberg & Hwang, 2003) har visat att depression hos nyblivna pappor förekommer i högre utsträckning då hans partner har haft eller har depressionssymptom. Ingen av intervjupersonerna uppmärksammar pappan mer, trots att mamman visade sig ha höga poäng vid EPDS-screeningen, vilket dock kan tänkas hade varit lämpligt. BVC-sjuksköterskor bör arbeta utifrån ett holistiskt perspektiv och se hela familjen, men även stötta de enskilda individerna i familjen. Om BVC-sjuksköterskorna inte särskilt uppmärksammar hur pappan mår som del av hela familjen, vid mammans psykiska ohälsa, eller efter att ha ingått i ett föräldraskap, kan de då anses arbeta holistiskt?

Fler av intervjupersonerna i föreliggande studie betonar att de lägger särskilt fokus på hela familjen. Mira uttrycker att hon *”binder ihop hela familjen”* i situationen där mamman mår dåligt, men vidare läggs ingen större vikt vid att rikta mer fokus på pappan och hur han mår. Monica berättade att hon i vissa fall erbjöd pappor samtal och berättade vidare att det dock handlade generellt om föräldraskapet, eller om *”hur de kan stötta sin partner”* i hennes depression. Det ovannämnda kan skildra exempel på att det mesta av fokuset ligger vid mamman och hennes mående och att pappan mer ses som ett stöd till mamman och barnet. Ballard & Davies (1996) och Massoudi (2013) har i sin forskning visat att pappan många gånger blir den som får stötta den deprimerade mamman. Om även pappan då har tendenser till psykisk ohälsa, kan det i vissa fall leda till svårigheter när det kommer till att orka med omsorgen för det nyfödda barnet. Utifrån systemteorin anses individerna ständigt befinna sig i en utvecklingsprocess och att de påverkar och påverkas av varandra i systemet. Förhållandena i en familj är inte bestående på ett och samma vis, varför det blir viktigt att som BVC-sjuksköterska att uppmärksamma förändringar i en familj vid exempelvis sjukdom, om någon i familjen får nedsatt funktion eller är i behov av hjälp på annat sätt (Strømsnes Ekern, 2003). Pappans ohälsa, precis som mammans ohälsa bör därför uppmärksammas, då detta kan ha betydelse för familjestrukturen om BVC-sjuksköterskorna inte ”ser” pappans ohälsa/mående.

Travelbee förklarar kommunikation som en process mellan två individer, där tankar och känslor förmedlas till varandra (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2000).

Det är genom kommunikation som den mellanmänskliga relationen kan uppnås och därmed kan även en god omvårdnad ges. Enligt Von Bertalanffys generella systemteori, kan kommunikation ses som ett redskap som vi har till vårt förfogande för att kunna förmedla vår uppfattning av världen till andra. Han menar vidare att vi med kommunikation kan dela synpunkter och upplevelser med varandra och en kommunikation kan därmed inte anses vara varken sann eller osann (Strømsnes Ekern, 2003). I föreliggande studie menade näst intill samtliga BVC-sjuksköterskor att de kunde bli bättre på att uppmärksamma pappan och hans mående när han blivit förälder, även om EPDS-screening eller pappasamtal inte finns i det aktuella basprogrammet för honom idag. För att BVC-sjuksköterskan ska lära känna de familjemedlemmar som hon möter på BVC, krävs en fungerande kommunikation. Om kommunikationen fungerar mellan pappan och BVC-sjuksköterskan kan även en tillit mellan dem skapas. Massoudi (2013) menar att en förklaring till att de BVC-sjuksköterskorna som deltog i hennes studie inte gav extra stöd till pappan, kunde bero på att BVC-sjuksköterskorna dels inte är medvetna om vilka risker det innebär för partnern om den nyblivna mamman har drabbats av depression, men även att vissa BVC-sjuksköterskor kan känna sig osäkra i hur de ska kommunicera med pappan om hans mående. Lidandet, som kan bli följderna av en postpartum depression hos en nybliven pappa, drabbar inte enbart den enskilde individen (pappan), utan även hela familjen (partner och barnet/barnen). Om BVC-sjuksköterskan har kunskapen och förmågan att använda sig av en god kommunikation, bygga en relation med pappan som bygger på trygghet, tillit och stöd samt att BVC-sjuksköterskan kan hjälpa den nyblivna pappan att finna en mening, skulle den drabbade pappan kanske kunna berätta och prata om sin upplevda känsla och sitt mående i fler fall än vad som upptäcks.

10 DISKUSSION

I avsnittet kommer en avslutande diskussion föras, dels kring den valda metoden i studien samt kring det resultat som har framkommit i studien. Därför är avsnittet uppdelat i två underrubriker; *metoddiskussion* samt *resultatdiskussion*.

10.1 Metoddiskussion

Syftet med studien har varit att undersöka i vilken utsträckning några BVC-sjuksköterskor arbetar för att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor. För att genomföra studien användes en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Den kvalitativa metoden lämpar sig för att få en ökad förståelse för ett fenomen och forskaren ges även större möjligheter till att nå intervjupersonens egna erfarenheter och upplevelser på ett mer djupgående plan (Larsson, 2005; Justesen & Mayer, 2011). Den kvalitativa metodens nackdel är dock att det kan vara något mer tidskrävande, både för intervjupersonen och för intervjuaren, dels med tanke på den tid som behövs av båda parter vid intervjutillfället, men även på grund av den tid som intervjuaren behöver lägga på efterarbetet med de data som framkommer under intervjun. Ännu en nackdel kan vara att intervjupersonen inte är helt sanningsenlig, då den eventuellt skulle vilja framstå på ett visst sätt inför intervjuaren eller svara så som den tror att intervjuaren vill ha svaret (Larsen, 2009). Detta är dock ingenting som jag har upplevt under och efter intervjuerna, utan att de oberoende har berättat om sina olika erfarenheter. Trots att fler av BVC-sjuksköterskorna i liten grad anser sig

arbeta med att fånga upp papporna och deras mående, har de, enligt mig, varit uppriktiga under intervjuerna.

Förfrågan om deltagande i studien har gjorts till ett 20-tal BVC-mottagningar i tre små, till medelstora, kommuner. Det har funnits vissa svårigheter att komma i kontakt med BVC-sjuksköterskor på de flesta BVC-mottagningarna, då de flesta av dem endast har en telefonsvarare att komma i första kontakt med, varav ett telefonmeddelande i första hand har varit det sätt att framföra min information och förfrågan på. Urvalsprocessen har varit relativt svår då många tillfrågade informanter inte har velat eller kunnat delta. Totalt kontaktades ett 40-tal BVC-sjuksköterskor per e-post eller telefon, och i cirka hälften av fallen ringde någon av mottagningens BVC-sjuksköterskor tillbaka för att prata kring studien samt för att meddela om det fanns intresse av att delta i studien eller inte. Resterande BVC-mottagningar hörde inte av sig alls och i några fall ringde jag ytterligare en gång för att försöka komma i kontakt med någon av dem. En BVC-sjuksköterska erbjöd sig först att delta i studien, men ringde några dagar senare för att avboka tiden igen på grund av för hög arbetsbelastning. I många fall har även BVC-sjuksköterskor förklarat muntligt i telefon att *”de endast arbetar med målgruppen mammor och barn”*, att *”de inte screenar pappor”* eller att *”de inte arbetar med pappor och deras mående”*, varav de inte heller har velat ställa upp för intervju.

Totalt deltog åtta BVC-sjuksköterskor i studien, varav endast sju av dem har kunnat transkriberas och användas för studiens syfte. Anledningen till att en av intervjuerna inte har kunnat transkriberas är att det vid överförandet av ljudfilen till datorn upptäcktes att den endast var ett par sekunder lång. Förklaringen till detta är troligtvis att batterierna i bandinspelaren inte har suttit i korrekt, varav bandspelaren därför har stängts av. Däremot har samtliga av de sju intervjuerna som har kunnat användas gett värdefull information, trots att intervjuerna endast har varat mellan 24-52 minuter, något som i vissa fall skulle kunna anses vara kort. Två pilotintervjuer genomfördes i studien för att se om frågorna i intervjuguiden var användbara och om de var tillräckliga för att ge bra information. Frågorna i intervjuguiden fyllde sin funktion och gav ett bra stöd för att få in bra information från intervjupersonerna. Datamaterialet från de två pilotintervjuerna var så pass bra att de sedan kunde användas för att lyfta fram studiens resultat. Följdfrågorna som skapats på förhand var användbara, men under intervjun tillkom även andra följdfrågor som var nödvändiga.

Vissa utmaningar gavs när analysen av det insamlade datamaterialet skulle genomföras. Med sju intervjuer att transkribera, på mellan 24-52 minuter långa, blev det en hel del text. Att hitta ett sätt som fungerade för mig när det kom till att strukturera upp och hitta liknande kategorier och teman i det transkriberade materialet, tog tid. När ett fungerande arbetssätt hade hittats, kunde citat lyftas ur för att användas till resultatdelen. Citaten har dels vävts in i brödtexten för att göra texten mer läsvänlig, men citaten har även lyfts fram separat vid vissa återgivanden. Det kan tänkas att citaten har gjort resultatet i studien mer tydligt och mer lättförståeligt för läsaren.

De deltagande BVC-sjuksköterskorna är samtliga kvinnor. Det kan tänkas att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om någon eller några av intervjupersonerna hade varit män, då manliga BVC-sjuksköterskor eventuellt hade kunnat ”se den nyblivna pappan” och använda sig av egna erfarenheter på ett

annorlunda sätt, än vad de kvinnliga BVC-sjuksköterskorna kan. Vad gäller generaliserbarheten, utgör de deltagande BVC-sjuksköterskorna endast en mycket liten andel av Sveriges BVC-sjuksköterskor, varav en generalisering av resultatet inte kan eller bör göras. Däremot anser jag att varje enskild BVC-sjuksköterskas berättelse är värdefull och viktig för framtida forskning.

10.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka i vilken utsträckning några BVC-sjuksköterskor arbetar för att belysa och upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor. Vidare bröts syftet ner till följande frågeställningar;

- Hur arbetar BVC-sjuksköterskan vid några Barnavårdscentraler för att upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor?
- Vad erbjuds de nyblivna papporna för vidare hjälp och stöd då postpartum depression misstänks eller har upptäckts?
- Om ovanstående inte görs, hur skulle BVC-sjuksköterskan vilja arbeta med detta problemområde?

Under analysen av resultatet skildrades återkommande sex kategorier; *Mötet med pappan*, *Stödet till pappan*, *Information om postpartum depression*, *Mammans ohälsa och pappan*, *Pappans mående och eventuella insatser* och *Önskemål om det framtida arbetet med pappors mående*.

Samtliga BVC-sjuksköterskor ansåg att hembesöket var det tillfälle då de träffade näst intill alla pappor, vilket även BVC-sjuksköterskorna i Massoudis (2013) studie har bedömt. Vidare menade respondenterna att pappornas delaktighet på BVC glesas ut och att de inte kommer lika mycket längre när de bland annat har börjat arbeta. Detta kan i och för sig anses vara logiskt, då det kan tänkas att många i sysselsättning, beroende på sysselsättning, inte kan ta ledigt närhelst för att följa med till BVC. Att fler av BVC-sjuksköterskorna däremot erbjuder BVC-besökstider till föräldrarna som kan passa båda, anser jag är bra. Premberg (2011) menar att en tidig relation mellan pappan och barnet är av stor betydelse för att barnet ska utvecklas positivt och att involvera pappan vid BVC-besöken kan därför dels bidra till att pappan involveras i barnets uppväxt och utveckling men också att barnet får bra förutsättningar för sin utveckling. Genom att pappan blir mer delaktig vid BVC kan han troligtvis även känna ett större sammanhang i situationen som nybliven förälder. Fler av BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie berättade att de gav pappan extra stöttning i föräldrarollen och att de särskilt tänkte på att involvera honom i föräldraskapet. Det är tydligt att majoriteten av BVC-sjuksköterskorna är måna om att inkludera pappan och att de gärna vill att pappan ska förstå hur viktig han är för både mamman och barnet. Däremot är det även tydligt att pappan ses som ett stöd för mamman och barnet och att det är han som ska stötta upp om mamman inte mår bra. Om en historisk tillbakablick görs, har möjligheterna till att båda föräldrarna kan vara föräldralediga förbättrats för många par, vilket innebär att kvinnorna ges tillfälle att arbeta och männen ges tillfälle att utveckla sin relation till barnet (Plantin et al, 2000). Kraven på mäns föräldraskap, eller snarare känslan hos mannen om hur kraven ser ut, ser därför annorlunda ut idag än vad den gjorde förr, vilket i sin tur kan tänkas påverka hur pappan känner sig tillfreds med sin roll som nybliven förälder, samtidigt som han ska försörja och kanske även ha lika mycket omsorg för barnet som mamman efter sin arbetstid. Resultatet visade att BVC-sjuksköterskorna upplever att pappor i större utsträckning idag är mer

föräldralediga, då främst när barnet är runt halvåret eller mer, vilket i sig är positivt, även om en ännu större jämställdhet i föräldraledighet hade varit önskvärt. Att fler pappor vill och kan vara hemma med sina barn och därmed få en närmre relation till sitt barn än vad som kanske annars hade kunnat ges. Detta innebär i sin tur att många BVC-sjuksköterskor får förmånen att träffa pappor vid pappans föräldraledighet och att tillfällena på BVC borde vara bra tillfällen att lära känna pappan till barnet mer. Utifrån att fokus i stort sett ligger vid den nyblivna mamman, trots att fler och fler pappor är delaktiga i barnets uppväxt i dagens samhälle, kan det tänkas att samhället trots allt inte har hunnit ikapp utvecklingen av föräldrars början till jämställdhet när det kommer till föräldraledighet. Inte heller barnhälsovården har här följt med i den utvecklingen.

Tidigare forskning har visat att även pappor drabbas av postpartum depression (Ballard & Davies, 1996; Wickberg & Hwang, 2003; Rydén, 2004; Hansen, 2010 och Massoudi, 2013) i samband med föräldraskap. Forskningen kring postpartum depression hos nyblivna fäder är inte lika väl studerat som postpartum depression hos nyblivna mammor (Goodman, 2004), men samtliga BVC-sjuksköterskor kände till att även pappor kan drabbas. Informationen till papporna om detta var dock sparsam enligt resultatet i föreliggande studie. Endast ett fåtal av BVC-sjuksköterskorna hade någon gång erbjudit en EPDS-screening eller pappasamtal till pappan, men ingen av dem hade detta som en rutin. Då mamman hade fått höga poäng vid sin EPDS-screening gjordes inga vidare uppmärksammanden på hur pappan mådde och fokus låg i stort sett på ur mamman mår och vilken stöttning hon har omkring sig. Som tidigare forskning har visat (Ballard & Davies, 1996; Matthey et al, 2000; Wickberg & Hwang, 2003 och Goodman, 2004), är risken stor att även pappan drabbas av postpartum depression då mamman har haft eller har symptom på depression. Därför kan det vara av stor vikt att BVC-sjuksköterskan uppmärksammar även pappan i dessa situationer. Resultatet visade dock att EPDS-screening eller pappasamtal erbjöds pappan i vissa fall, men endast om han själv eller hans partner önskade det. Monica berättade att hon i vissa fall erbjudit pappan ett samtal, men då i form hur han kan stötta sin partner i hennes depression, eller generellt kring föräldrarollen. Detta visar att de få pappasamtal som genomförs, troligtvis inte utförs likvärdigt med ett mammasamtal. Varför detta inte görs, är svårt att svara på då en djupare undersökning kring det hade behövts göras, men kanske beror det på att riktlinjer kring pappasamtal inte finns utformat i basprogrammet idag, eller för att BVC-sjuksköterskan inte känner sig bekväm i situationen med att prata med pappan om hans mående. Det kan även tänkas att en god tillit BVC-sjuksköterskan och pappan emellan inte har kunnat byggas upp av olika anledningar, vilket troligtvis påverkar erbjudande om samtal i sig. I basprogrammet avser EPDS-screening endast mammorna, vilket fler av intervjupersonerna nämnde, men BVC-sjuksköterskans arbetssätt ska även utgå från ett holistiskt perspektiv, där båda föräldrarna stöttas och ges vägledning i sin föräldraroll. Barnhälsovården ska arbeta med förebyggande insatser, för att tidigt kunna upptäcka om föräldraskapet och barnets utveckling riskerar att inte kunna utvecklas och fungera på ett bra sätt (Rydén, 2004). Utifrån detta kan studiens resultat ifrågasätta hur mycket (eller lite), barnhälsovården arbetar utifrån ett holistiskt synsätt. Att se pappan, precis som mamman, i föräldraskapet är av stor vikt för att så lite lidande som möjligt ska drabba varje individ i familjen. Mamma, pappa som barn.

Tre av BVC-sjuksköterskorna berättade att de kommit i kontakt med pappor som mått dåligt på ett eller annat sätt och att de då erbjudit vidare insatser. Insatserna ser liknande ut hos dem alla, då de har erbjudit samtalskontakt med kurator, psykolog eller liknande, bortsett från att erbjuda samtal med sig själv på mottagningen. Att inte fler av BVC-sjuksköterskorna har kommit i kontakt med pappor som mår dåligt, ställer jag mig frågande till. Vad är det som gör att dessa pappor inte syns? Beror det enbart på att pappasamtal inte ligger som en obligatorisk del i basprogrammet eller är det BVC-sjuksköterskan som inte är tillräckligt uppmärksam? En annan tanke är så klart att papporna inte i samma utsträckning som mammorna besöker BVC och att de därför inte uppmärksammas av BVC-sjuksköterskan. Vidare kan det tänkas att pappor i större utsträckning drar sig undan och inte visar sina känslor för sin omgivning. Oavsett vilket av ovanstående eller andra anledningar, ansåg samtliga BVC-sjuksköterskor sig kunna arbeta mer aktivt för att få veta hur pappan mår i sitt föräldraskap, trots att pappasamtal eller screening för pappor inte är implementerat i basprogrammet. Om papporna deltar vid besöken på BVC, om det så är i föräldragrupper eller vid barnets enskilda BVC-besök, kan det tyckas att BVC-sjuksköterskorna skulle kunna ha mer konversationer med pappan. De pappor som exempelvis är föräldralediga och som faktiskt kommer till BVC med sina barn, är ju pappor som BVC-sjuksköterskan borde kunna lära känna bättre, bygga en tillit med och därmed kunna kommunicera med mer, bortsett från de generella frågorna.

11 SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRD

Att bli förälder är omvälvande, men också fantastiskt. Men för att det ska bli fantastiskt krävs att föräldrarna ges goda förutsättningar för att föräldraskapet och barnets utveckling ska fungera. En del av barnhälsovården och BVC-sjuksköterskans roll är att hjälpa föräldrarna till dessa förutsättningar och därmed även se om det kan finnas risker för att detta ska störas på något sätt.

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna som deltagit i föreliggande studie, inte aktivt arbetar för att uppmärksamma pappans psykiska ohälsa, utan att de endast i enskilda fall har erbjudit pappasamtal eller likvärdigt. BVC-sjuksköterskorna anser, enligt resultatet, att en implementering av EPDS-screening för pappor eller pappasamtal behövs för att de ska kunna upptäcka ohälsa hos pappan. Att införa detta i basprogrammet och därmed uppmärksamma även honom och hans mående, är enligt mig grundläggande. En implementering av EPDS-screening och/eller pappasamtal kan hjälpa BVC-sjuksköterskorna att få de rätta verktygen för att kunna upptäcka postpartum depression även hos nyblivna fäder och det medför även att alla BVC-sjuksköterskor arbetar likartat i när det kommer till detta problemområde.

Då det idag inte finns några särskilda riktlinjer för hur BVC-sjuksköterskan ska arbeta med och för pappan när det kommer till att upptäcka postpartum depression, är det troligtvis ett stort antal pappor som inte heller upptäcks i sin situation då de mår dåligt och därmed inte heller får den hjälp som han kan tänkas vara i behov av. Resultaten kring de insatser som däremot har erbjudits när BVC-sjuksköterskan har fått kännedom om att en pappa inte mår bra, är endast positiva,

däremot hade det hade önskvärt att fler av de deltagande BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie hade berättat att de upptäckt pappor som inte mår bra.

En god tillit måste kunna konstrueras mellan BVC-sjuksköterskan och den nyblivna pappan för en god kommunikation. BVC-sjuksköterskan måste även kunna befinna sig på den enskilde pappans nivå, och se den enskilde pappan i den situation han befinner sig i. För att kunna föra en god kommunikation med pappan och för att BVC-sjuksköterskan ska kunna hitta ett sätt som personligen fungerar för henne eller honom, kan det för en del behövas träning. Vidare kan BVC-sjuksköterskan som utövar en god kommunikation, ”utbilda” den nyblivna pappan i kommunikation, för att samspelet ska fungera så bra som möjligt dem emellan. En annan tänkbar åtgärd kan vara mer utbildning för professionen, dels kring kunskaperna om postpartum depression hos nyblivna fäder, men även när det kommer till kunskapen i att föra god kommunikation.

Sist men inte minst, anser jag att en fortsatt forskning kring området postpartum depression hos nyblivna pappor är av betydelse, för att barnhälsovården i framtiden ska kunna arbeta utifrån hela familjen.

REFERENSER

- Alehagen, Siw, Hägg, Monica, Kalén-Enterlöv, Maria & Johansson, AnnaKarin (2011). Experiences of community health nurses regarding father participation in child health care. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 153-162.
- Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Ballard, Clive & Davies, Richard (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*. 8 (1): 65-71.
- Barnkonventionen (1989). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. (2009). Stockholm: UNICEF Sverige. [Tillgänglig: <http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf>, hämtat: 2014-11-13]
- Edmondson, J.H., Olivia, Psychogiou, Lamprini, Vlachos, Haido, Netsi, Elena & Ramchandani, G., Paul (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders* 125, 365-368.
- Goodman, H., Janice (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*. Februray 2002; 45 (1), 26-35
- Hansen, Anders (2010). *Postpartumdepression vanlig även bland män*. Läkartidningen nr 29. [Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=14708>, hämtat: 2014-10-17]
- Halvorsen, Knut (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Jacobsson, Lars (2011). *Vad är depression och vad är nedstämdhet? I: Johnsson, Kjell, Jacobsson, Lars, Chotai, Jayanti, Lehti, Arja, Adolfsson, Rolf, Norberg, Astrid & Salander -Renberg, Ellinor (red.)(2011). Depressioner – vanligare än vad vi vill tro: en bok från Forskningens dag 2011, Medicinska fakulteten vid Umeå Universitet. Umeå Universitet*
- Justesen, Lise & Mik-Meyer, Nanna (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Kim, Pilyoung & Swain, James, E. (2007). Sad dads – Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry (Edgmont)*. Februari 2007; 4(2): 35–47
- Kirkevold, Marit (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. 2. uppl. [omarbetad och utvidgade]. Lund: Studentlitteratur
- Strømsnes Ekern, Karen (2003). *Systemiska perspektiv*. I: Kirkevold, Marit & Ekern, Karen Strømsnes (red.) (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska (2008). Sverige: Distriktssköterskeföreningen i Sverige.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

- Larsen, Ann Kristin (2009). *Metod helt enkelt: en introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. 1. uppl. Malmö: Gleerup
- Larsson, Sam (2005). *Kvalitativ metod – en introduktion*. I: Larsson, Sam, Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red.) (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Lee, Shawna J., Taylor, Catherine A. & Bellamy, Jennifer L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect*, 36, 461-469.
- Ledin, Christina (2013). *Depression*. [Tillgänglig: <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/>, hämtat: 2014-10-25. Uppdaterad: 2013-11-20]
- Lundsby, Maths (2010). *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Läkemedelsverket (2006). *Läkemedelsbehandling av depression hos vuxna och äldre*. [Tillgänglig: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Depression-hos-vuxna-och-aldre/>, hämtat: 2014-10-25. Uppdaterat: 2006-03-07]
- Massoudi, Pamela (2013). *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period – prevalence, correlates, identification, and support*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Institutionen för psykologi. Göteborgs universitet
- Matthey, Stephen, Narnett, Bryanne, Ungerer, Judy & Waters, Brent (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85
- Matthey, Stephen, Barnett, Bryanne, Kavanagh, J., David & Howie, Pauline (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders* 64, 175-184
- May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Melrose Sherri (2010) Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse* 34(2), 199-210
- Nationalencyklopedin (2014). *Fader*. [Tillgänglig: www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/fader, hämtat: 2014-11-19]
- Nationalencyklopedin (2014). *Faderskap*. [Tillgänglig: www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/faderskap, hämtat: 2014-11-19]
- Persson, Torgny (2009). *Graviditetspsykologi*. [Tillgänglig: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2107>, hämtat: 2014-10-17. Uppdaterat: 2009-01-04]
- Plantin, Lars, Månsson, Sven-Axel & Kearney, Jeremy (2000). Mäns föräldraskap: om faderskap och manlighet i Sverige och England. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 7., Nr. 1-2, s. 24-42

Premberg, Åsa (2011). *Förstagångsfäderns upplevelser av föräldrautbildning, förlossning och första året som far [Elektronisk resurs]*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet. [Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/23936>, hämtat: 2014-11-18]

Rikshandboken Barnhälsovård (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. [Tillgänglig: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>, hämtat: 2014-10-20]

Rikshandboken Barnhälsovård (2013). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS [Psykisk hälsa]*. [Tillgänglig: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>, hämtat: 2014-12-14]

Repstad, Pål (2005). *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Rydén, Birgitta (2001). *Kvinnor och män som patienter inom psykiatrin i samband med barnafödandet: en incidensstudie*. Lund: Institutionen för psykologi. Lunds Universitet

Rydén, Birgitta (2004). *När kvinnor och män får barn: ett psykologiskt och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa och ohälsa*. Diss. (sammanfattning) Lund: Institutionen för psykologi. Lunds Universitet

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen [Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>, hämtad: 2014-10-25]

Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen. [Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>, hämtad: 2014-11-12]

Travelbee, Joyce (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. 2. ed. Philadelphia: Davis

Trost, Jan (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Erlanders Gotab

Wickberg, Birgitta & Hwang, Philip (2001). *Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken! Tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet*. *Läkartidningen*, (2001), Volym 98, Nr 13, s. 1534-8

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

Bilaga 1 – Informationsbrev

Kristianstad 2014-11-11

Hej!

Mitt namn är Nadine Giuffrida. Jag är student på Socionomprogrammet vid Högskolan i Kristianstad och skall inom ramen för utbildningen skriva mitt examensarbete i form av en C-uppsats. Syftet med min studie är att belysa arbetet med postpartum depression hos nyblivna pappor vid några Barnavårdscentraler. Syftet med studien har i sin tur brutits ner till följande frågeställningar:

- Hur arbetar BVC-sjuksköterskan vid några Barnavårdscentraler för att upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor?
- Vad erbjuds de nyblivna papporna för vidare hjälp och stöd då postpartum depression misstänks eller har upptäckts?
- Om ovanstående inte görs, hur skulle BVC-sjuksköterskan vilja arbeta med detta problemområde?

Detta är enligt mig ett viktigt problem att belysa och skulle därför vilja ha er hjälp med att besvara dessa forskningsfrågor. Till min studie behöver jag därför komma i kontakt med en eller flera BVC-sjuksköterskor att intervjua. De forskningsetiska aspekter som är viktiga för deltagaren att känna till är följande:

- Medverkan i forskningsintervjun är frivillig. Deltagaren kan när som helst avbryta intervjun och kan också avstå från att besvara enskilda frågor.
- Intervjupersoner kommer att avidentifieras i uppsatsen. Ingen obehörig kommer att få ta del av intervjumaterialet i sin helhet eller få vetskap om vem som sagt vad under de enskilda intervjuerna. Resultat från intervjuerna kommer att sammanställas och presenteras i uppsatsen.
- Om samtycke ges kommer intervjun att bandinspelas för att därefter användas som underlag till min studie. Efter det att studien är avslutad och uppsatsen är godkänd av högskolans examinator kommer det inspelade materialet och utskriften av detta att förstöras.

De önskemål jag har är att deltagaren är BVC-sjuksköterska och träffar föräldrar då de fått barn. Intervjun beräknas att ta cirka 30-45 minuter och jag tänker mig att den kommer att genomföras där respondenten önskar.

Om ni har frågor så kontakta mig gärna enligt nedan:

Nadine Giuffrida

Telefon: xxxx-xx xx xx

E-post: nadine.giuffrida0002@stud.hkr.se

Universitetslektor Lars Axelsson, Högskolan Kristianstad, är min handledare och kan nås via e-postadress: lars.axelsson@hkr.se eller på telefon: xxx – xx xx xx.

Bilaga 2 – Samtyckesbrev

Kristianstad 2014-11-11

Hej!

Detta är en information till dig som har erbjudit dig att delta i min studie. Jag som genomför studien heter Nadine Giuffrida och är socionomstuderande vid Högskolan i Kristianstad. Studieundersökningen kommer att ingå i en C-uppsats som jag kommer skriva som ett examensarbete inom ramen för Socionomprogrammet under november-januarimånad, 2014/2015.

Syftet med min studie är att belysa arbetet med postpartum depression hos nyblivna pappor vid några Barnavårdscentraler. Syftet med studien har i sin tur brutits ner till följande frågeställningar:

- Hur arbetar BVC-sjuksköterskan vid några Barnavårdscentraler för att upptäcka postpartum depression hos nyblivna pappor?
- Vad erbjuds de nyblivna papporna för vidare hjälp och stöd då postpartum depression misstänks eller har upptäckts?
- Om ovanstående inte görs, hur skulle BVC-sjuksköterskan vilja arbeta med detta problemområde?

Genom att delta i studien bidrar du till att jag, men även många andra når ökad kunskap om ämnet och därmed utgör du en viktig informationskälla. Konfidentiell behandling av intervju svaren kommer att säkerställas, vilket innebär att dina svar kommer att behandlas så att inga obehöriga kommer att kunna ta del av dem. Ingen personlig information kommer att tas med i studien för att undvika att någon kan spåra vem du är. Om samtycke ges kommer intervjun att bandinspelas för att därefter användas som underlag till min studie. Efter det att studien är avslutad och uppsatsen är godkänd av högskolans examinator kommer det inspelade materialet och utskriften av detta att förstöras. Dina svar kommer att analyseras med hjälp av olika teorier för att nå ett vetenskapligt resultat.

Deltagandet i undersökningen är frivilligt och genom att tacka ”ja” till att delta i denna studie har du inte ingett något löfte om att delta eller fullfölja ditt deltagande. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande, utan särskilda skäl. Om du under undersökningen känner att du vill hoppa över en viss fråga kan du göra detta utan att ange varför. Genom att fullfölja ditt deltagande har du dock gett samtycke till att jag får använda dina intervju svar i studien och därmed i den slutliga C-uppsatsen.

Intervjun beräknas att ta cirka 30-45 minuter och jag tänker mig att den kommer att genomföras där du önskar.

Om du har frågor så kontakta mig gärna enligt nedan:

Nadine Giuffrida Telefon: xxxx-xx xx xx
E-post: nadine.giuffrida0002@stud.hkr.se

Universitetslektor Lars Axelsson, Högskolan Kristianstad, är min handledare och kan nås via e-postadress: lars.axelsson@hkr.se eller på telefon: xxx – xx xx xx.

Härmed samtycker jag till ovanstående villkor:

Ort, datum

Namnunderskrift

En kopia av detta samtyckesbrev finns tillgängligt för dig att erhålla.

Bilaga 3 – Intervjuguide

Inledande frågor

- Namn och ålder
- Hur länge har du arbetat som BVC-sjuksköterska?

Arbetet med nyblivna pappor samt stöd och hjälp till dem

- Hur upplever du att arbetet med att träffa nyblivna pappor är?
- Hur arbetar du som BVC-sjuksköterska för att stötta nyblivna pappor i sitt föräldraskap?

Information om postpartum depression

- Hur informerar du de nyblivna föräldrarna som du träffar om detta?
- Ger du båda föräldrarna samma information - hur?

I arbetet med att belysa och upptäcka postpartum depression hos den nyblivna pappan

- Erbjuder du som BVC-sjuksköterska den nyblivna pappan ett pappasamtal eller att fylla i EPDS-formulär för att upptäcka eventuell depression hos honom?
- Om du får kännedom om depression hos den nyblivna pappan, hur får du detta då?
- Vilket stöd och vilka insatser erbjuder du den nyblivna pappan om eventuell depression upptäcks hos honom?
- Har du några speciella önskemål om hur arbetet med att belysa och upptäcka eventuell depression hos den nyblivna pappan bör fungera för dig som BVC-sjuksköterska i ditt arbete? Vilka?

Bilaga 4 – Förkortningar och begreppsförklaringar

Nedan följer en definition av återkommande begrepp eller förkortningar i studien. Observera att samtliga begreppsförklaringar bygger på mina egna tolkningar av begreppen om inget annat anges.

Basprogrammet	Kan ses som en vägledning eller riktlinje för BVC-sjuksköterskor inom barnhälsovården.
BVC	Barnavårdscentral
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Nybliven pappa	En nybliven pappa avser, i denna studie, en pappa som har barn under 18.
MVC	Mödravårdscentral
Postnatal och Postpartum	Efter födsel eller förlossning

I studien har begreppen pappor eller fäder använts liktydigt. Ibland har även begreppet män eller blivande pappor/fäder använts, i sammanhang då tiden innan förlossning nämns eller beskrivs, det vill säga innan mannen eller den blivande pappan har blivit pappa. Begreppet man eller män har även i vissa fall använts i de sammanhang då partnern till den nyblivna mamman eller kvinnan benämns.