

**BVC-SJUKSKÖTERSORS  
ERFARENHETER OCH  
HANTERING AV  
FÖRLOSSNINGSDPRESSION  
HOS NYBLIVNA FÖRÄLDRAR**

**CHILD HEALTH CARE  
NURSES' EXPERIENCES AND  
MANAGEMENT OF  
POSTPARTUM DEPRESSION  
IN NEW PARENTS**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2015

Författare: Sara Ericsson  
Caroline Lindmark

# SAMMANFATTNING

Titel: BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar.

Författare: Ericsson, Sara; Lindmark, Caroline

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, OM771A, 15 hp

Handledare: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Examinator: Hammarlund, Kina

Sidor: 28

Datum: 2015-04-21

Nyckelord: Anknytning, BVC-sjuksköterska, förlossningsdepression, mammor, pappor.

---

## Sammanfattning

*Bakgrund:* Mer än en av tio nyblivna mammor visar tecken på depression efter en förlossning och detta kan ha negativ inverkan på barnets utveckling och föräldraparets relation. I Sverige screenas alla nyblivna mammor för förlossningsdepression då barnet är 6-8 veckor. Nyblivna pappor kan också drabbas av förlossningsdepression men det finns ingen rutin för att screena dem.

*Syfte:* Syftet med föreliggande studie var att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC.

*Metod:* Studien är baserad på åtta semistrukturerade intervjuer med BVC-sjuksköterskor. Datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

*Resultat:* Av analysen framkom fem kategorier vilka är; svårigheter att identifiera förlossningsdepression, känsla av otillräcklighet, att stödja föräldrarna, användning av screeninginstrument och att observera samt med 13 underkategorier.

*Konklusion:* BVC-sjuksköterskor upplevde att det inte var vanligt med förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. Det var ibland svårt att skilja på förlossningsdepression och depressiva symtom av andra orsaker. Det var viktigt att stötta föräldrarna och förmedla trygghet. BVC-sjuksköterskorna såg EPDS screeningen som positiv och önskade ett screeninginstrument för nyblivna pappor.

## ABSTRACT

Title: Child health care nurses' experiences and management of postpartum depression in new parents.

Author: Ericsson, Sara; Lindmark, Caroline

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Examiner: Hammarlund, Kina

Pages: 28

Date: 2015-04-21

Keywords: Attachment, child health care nurses, father, mother, postpartum depression.

---

### Abstract

*Background:* Depression after childbirth affects more than one out of ten new mothers and could have a negative impact on the baby's development and the parents relationship. In Sweden every new mother is screened for postpartum depression when the baby is six to eight weeks. Postpartum depression can also affect new fathers but there is no routine for screening them.

*Aim:* The aim of this study was to examine child health care nurses' experiences and management of postpartum depression in new parents at child care center.

*Method:* The study was based on eight semi-structured interviews with child health care nurses. The data were analyzed using qualitative content analysis with inductive approach.

*Results:* Five categories appeared from the analysis; difficulties identifying postpartum depression, sense of inadequacy, supporting the parents, using screening instrument and to observe as well as 13 subcategories.

*Conclusion:* Child health care nurses experience postpartum depression as unusual in new parents. It could be difficult to separate postpartum depression from depressive symptoms caused by other factors. They found it important to support the parents and provide comfort. Child health care nurses had positive experiences in using the EPDS screening for mothers and wished for a screening instrument for new fathers.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Förlossningsdepression .....	1
Förlossningsdepression hos mamman .....	2
Förlossningsdepression hos pappan .....	3
BVC-sjuksköterskan.....	4
Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	4
Bowlbys anknytningsteori.....	6
Barnets påverkan av känslomässigt otillgängliga föräldrar .....	7
Teoretiskt perspektiv .....	8
PROBLEMFÖRMULERING .....	9
SYFTE.....	9
METOD.....	9
Miljö.....	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Analys.....	11
Etiska överväganden .....	12
RESULTAT .....	13
Svårigheter att identifiera förlossningsdepression .....	13
Känsla av otillräcklighet.....	15
Att stödja föräldrarna .....	16
Användning av screeninginstrument.....	17
Att observera .....	18
DISKUSSION .....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Konklusion .....	24
Kliniska implikationer och förslag till framtida forskning.....	24
REFERENSLISTA.....	25
BILAGOR	
Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef	
Bilaga 2 Informationsbrev till BVC-sjuksköterskor	
Bilaga 3 Intervjuguide	

## INLEDNING

Mer än var tionde nybliven mamma visar tecken på depression de första månaderna efter förlossningen. De flesta lättare depressioner går över efter ett tag men om mamman inte får hjälp kan risken öka för att utveckla en svårare form av depression. På Barnvårdcentralen (BVC) används ett självskattningsformulär, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) för att upptäcka symtom på förlossningsdepression hos nyblivna mammor i Sverige (Rikshandboken, 2013). Förlossningsdepression påverkar inte bara mammans hälsa utan även föräldrparets relation. Forskning visar att förlossningsdepression även kan drabba pappor. Trots detta finns i nuläget inga rutiner eller specifika instrument på BVC för att screena pappor för symtom på förlossningsdepression i samma utsträckning som mammor. Om en förälder lider av förlossningsdepression kan anknytningen till barnet störas och det kan orsaka långvariga negativa effekter på utvecklingen hos barnet (Socialstyrelsen, 2010). Det är till stor del BVC-sjuksköterskorna som upptäcker förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar och författarna tycker därför att det är angeläget att undersöka deras erfarenheter och hantering kring detta.

## BAKGRUND

### Förlossningsdepression

Den vanligaste formen av depression är "Egentlig depression" (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004) som kännetecknas av två huvudkriterier som är nedstämdhet och minskat emotionellt engagemang. Andra vanliga symtom är sömnstörningar, trötthet, förändrad aptit, minskad libido, brist på energi och brist på vitalitet. Även fysiska symtom som smärta förekommer. Det är också vanligt med minnes- och koncentrationssvårigheter. En deprimerad människa lyfter ofta fram negativa egenskaper och misstag hos sig själv och har svårt att se sig själv på ett positivt sätt. Det är också vanligt förekommande med känsla av värdelöshet och skuld. Förlossningsdepression är en undergrupp till "Egentlig depression". Efter en förlossning är det vanligt att mammor drabbas av en lätt nedstämdhet, så kallad "Maternity Blue", men hos 10-15 % utvecklas en svårare form av depression. Denna depression debuterar oftast inom de första fyra veckorna efter förlossningen. De flesta lättare depressioner går över inom några månader men det finns en risk för att längre och svårare depressioner utvecklas om mamman inte får adekvat hjälp. En allvarlig komplikation rör spädbarnets utveckling som behöver ett bra samspel med sin mamma. Tillgång till stöd och hjälp är viktigt och i första hand rekommenderas stödjande samtalsbehandling (Skärsäter, 2010).

I en svensk avhandling visades det att 12 % (110 av 926) av mammorna och 6,3 % (56 av 882) av papporna hade en förlossningsdepression tre månader efter att barnet var fött (Massoudi, 2013).

## **Förlossningsdepression hos mamman**

Mer än var tionde nybliven mamma visar tecken på depression de första månaderna efter förlossningen (Rikshandboken, 2013). I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom står det att nyblivna mammor är en riskgrupp för att utveckla en egentlig depression. Efter en förlossning är det vanligt att mamman upplever olika känslor på grund av den stora förändring som skett i familjen. Många av dessa känslor, främst oro och stress går över efter en tid men kan hos vissa leda till mera allvarliga psykiska problem, som en depression (Socialstyrelsen, 2010). Wickberg och Hwang (1996) ville i sin studie som gjordes i Sverige skilja på mammor som led av förlossningsdepression och mammor med tillfälliga humörsvängningar. Mammorna fick fylla i EPDS vid två olika tillfällen, vid 8 och 12 veckor efter förlossningen. Här såg de att antalet deprimerade mammor blivit färre till andra mätillfället. Studien menar på att dessa depressioner vid första mätillfället är mer tillfälliga anpassningssvårigheter till föräldraskapet än en förlossningsdepression. Howell, Mora och Leventahl (2005) undersökte om det fanns faktorer som var gemensamma för mammor med depressionssymtom efter förlossning. De fann att vanligt förekommande faktorer var låg inkomst, låg utbildning, tidigare depression, fysiska besvärande symtom, psykiska funktionshinder, kolik hos barnet, mindre socialt stöd och lägre upplevd egenförmåga att hantera olika händelser. Även ensamstående mammor har en ökad risk att drabbas av depression (Wickberg & Hwang, 1996). Andra som också är utsatta för att drabbas av förlossningsdepression är mammor som tidigare genomgått svåra livshändelser (Rikshandboken, 2013).

Depression påverkar inte bara mammans hälsa utan även föräldraparets relation, det kan också ge långvariga negativa effekter på utvecklingen hos barnet. Det är därför viktigt att ta nyblivna mammors depressionstecken på allvar. De är oftast mottagliga för hjälp och har redan kontakt med stödsystem, som t.ex. mödrahälsovården (Socialstyrelsen, 2010). En svensk avhandling visade att mammor med lindrig depression före eller efter förlossningen hade en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa under barnets första levnadsår. De med depressiva symtom var mer bekymrade och oroliga för barnet, de upplevde sitt självbestämmande mer begränsat och de kände att de hade svårare att hantera sitt liv. Det var ingen skillnad mellan mammor med depressiva symtom och mammor som inte hade det när det handlade om hur de tyckte att de klarade av att sköta vården av barnet. Mammor med depressionssymtom vände sig mer sällan till barnets pappa för stöd och tröst. Mammor som saknade stöd från närstående beskrev att de kände sig ensamma, isolerade, avskurna från verkligheten och att de saknade någon att prata med. De sökte både instrumentellt stöd, vilket innefattar praktisk hjälp, och emotionellt stöd vilket innebär gemenskap, bekräftelse och uppskattning. Mammorna tenderade till större del att söka emotionellt stöd från pappan till barnet och instrumentellt stöd från sina föräldrar (Seimyr, 2011).

I en studie undersöktes hur nyblivna föräldrar skattade situationen och stämningen inom familjen (Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurki, Paaivilainen & Laippala, 2004). Mammorna fick då även fylla i EPDS som sedan jämfördes med det andra resultatet. Det visade på att i de familjer där mamman hade höga EPDS-poäng, vilket kan vara tecken på förlossningsdepression, skattades också familjesituationen sämre än i de familjer där EPDS-poängen hos mammorna var låg. Främst rapporterade mammorna en sämre dynamik inom familjen. Även flexibilitet, stabilitet och kommunikation inom familjen påverkades av mammans sinnesstämning efter förlossningen.

## Förlossningsdepression hos pappan

En svensk avhandling visar att 6,3 % av papporna har en förlossningsdepression när barnet är tre månader (Massoudi, 2013). Äldre studier visar dock att förlossningsdepression drabbar pappor i lika stor utsträckning som mammor (Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka, 2006; Castle, Slade, Barranco-Wadlow, & Rogers, 2008; Goodman, 2004). En svensk avhandling visade att förlossningsdepression hos pappan kunde ha ett samband med problem i parrelationen, utbildningsnivå, två eller fler negativa livshändelser det senaste året, mindre stöd än förväntat från barnets mamma och tidigare depression (Massoudi, 2013). Även ekonomisk situation spelade in, de pappor med sämre ekonomiska förutsättningar uppvisade till högre grad depression (Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka, 2006). I en litteraturstudie framkom att om pappan tidigare missbrukat droger eller alkohol var det en riskfaktor till att drabbas av förlossningsdepression. I diskussionen framkommer det att män ibland använder alkohol och droger som självmedicinering mot depression och att det då kan tyda på att de tidigare haft en depression som inte behandlats (Bronte-Tinkew, Moore, Matthews & Carrano, 2007). Om en nybliven mamma lider av en förlossningsdepression är även det en riskfaktor för att pappan ska drabbas (Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka, 2006; Goodman 2004; Kerstis, Engström, Edlund & Aarts, 2013; Letourneau, Duffet-Leger, Dennis, Stewart & Tryphonopoulos, 2011). Goodman (2004) menar att det kan bero på att partnerna påverkar varandra. Pappan kan söka stöd hos mamman efter förlossningen, men om hon då är känslomässigt onåbar kan det påverka pappan. Olika symtom som pappan då kan känna är ilska, frustration och ångest, då ofta förknippat med att de inte riktigt förstår eller kan göra något åt sin partners förlossningsdepression (Letourneau et al., 2011). Vissa pappor upplevde att de förväntningar de hade över att bli pappa inte stämde överens med verkligheten (Bielawska-Batorowicz och Kossakopowska-Petrycka, 2006). Vid förlossningsdepression kan pappan få ändrat beteende som kan visa sig genom tillbakadragning, irritation, cynism, alkoholintag, drogintag, otrohet och våld både mot omgivning och partner. Dessa symtom kommer ofta smygande över en längre tid än symtom som uppkommer hos kvinnor med förlossningsdepression och kan visa sig från graviditeten upp till ett år efter förlossningen. Ångest och ilska är ofta mer framträdande än nedstämdhet (Melrose, 2010).

Studier visar på att förlossningsdepression hos pappor oftast uppkommer senare än hos mammor (Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka, 2006; Castle et al., 2008). Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka (2006) såg att pappor, då främst de som upplevde lägre socialt stöd, tenderade att bli deprimerade då barnet var 3-4 månader. I en annan studie gjordes bland annat EPDS både före och efter förlossningen. Papporna hade då signifikant högre poäng sex veckor efter förlossningen, till skillnad från mammorna som fick samma poäng (Castle et al., 2008). Många pappor upplever att de får för lite stöd (Bielawska-Batorowicz & Kossakopowska-Petrycka, 2006; Castle et al., 2008; Goodman, 2004; Letourneau et al., 2011; Rikshandboken, 2013). De önskar mer stöd både professionellt, till exempel från en sjuksköterska, samt från vänner och familj. Många pappor är dock mer ovilliga att söka hjälp utifrån samt att de oftast inte vet var de ska hitta den hjälp de behöver (Letourneau et al., 2011; Massoudi, 2013).

I en svensk studie skickades en enkät ut till 348 BVC-sjuksköterskor med frågor som bland annat handlade om huruvida BVC-sjuksköterskorna mött någon pappa med ångest och hur de i så fall hjälpte dem. De fick även svara på om de hade någon speciell strategi för att fånga upp pappor som mådde dåligt. Ingen av dem hade någon speciell strategi för att fånga upp pappor med ångest och majoriteten trodde inte att de skulle upptäcka om pappan mådde

dåligt. En anledning som uppgavs var att de inte kände att de hade tillräckligt med kunskap för att prata med pappan om hans välmående. Författaren tar också upp att en annan faktor kan vara okunskap om att det är vanligt med förlossningsdepression hos pappan om mamman har det (Massoudi, 2013).

## **BVC-sjuksköterskan**

Riksdagen beslutade år 1937 om att det skulle finnas frivillig, kostnadsfri och generell mödra och barnhälsovård och därefter uppkom barnavårdscentraler (BVC) successivt i hela Sverige. Idag är barnhälsovårdens uppgift att erbjuda barn från födseln upp till skolåldern och barnets föräldrar insatser för att främja barnets hälsa, utveckling och välbefinnande. För dem med särskilda behov ska riktade insatser erbjudas. Föräldrar ska även erbjudas stöd i sitt föräldraskap och uppmuntras till ökad delaktighet och tilltro till sin egen kompetens. På BVC arbetar sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktssköterska eller barnsjuksköterska. BVC-sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för arbetet på BVC och samarbetar med främst läkare och psykolog (Socialstyrelsen, 2014). En BVC-sjuksköterska ska i sitt arbete följa Barnkonventionen (Konventionen om barns rättigheter, FN 1989) och ett flertal lagar och författningar. Några exempel är Hälso- och sjukvårdslagen (HSL SFS 1982:763) och Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17), (Rikshandboken, 2011). En BVC-sjuksköterskas arbete ska bygga på ett etiskt och holistiskt förhållningssätt där det etiska förhållningssättet är särskilt viktigt och innebär bland annat respekt för patientens integritet och autonomi. BVC-sjuksköterskans arbete ska också bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och förordningar samt olika riktlinjer (Svensk sjuksköterskeförening, 2008a; Svensk sjuksköterskeförening, 2008b).

Som BVC-sjuksköterska är det viktigt att uppmärksamma tecken på depression för att kunna erbjuda stöd och för att förhindra fördjupande eller långvariga problem. För att hitta dessa rekommenderas att screena alla nyblivna mammor för symtom på förlossningsdepression, och detta görs med hjälp av självskattningsformuläret EPDS, som den nyblivna mamman erbjuds att fylla i på BVC. Försök har gjorts för att försöka förebygga förlossningsdepression men har inte gett bra resultat. Det som visat sig mest effektivt är riktade insatser och individuellt anpassat stöd, som till exempel hembesök kort efter förlossningen. Vid lindriga förlossningsdepressioner har stödjande samtal med BVC-sjuksköterska visat goda resultat och vid lindrig till måttlig har psykologisk behandling visat sig vara effektiv (Rikshandboken 2013). En BVC-sjuksköterska bör motivera till att båda föräldrarna är involverade i besöken på BVC, och kan med fördel även erbjuda att pappan får komma själv för samtal som riktar in sig på hans situation (Västra Götalands-regionen, 2001). Det är viktigt att medvetandegöra att även män kan drabbas av förlossningsdepression och informera nyblivna föräldrar om detta. Denna information skulle kunna ges i samband med de föräldragrupper som erbjuds under graviditeten (Melrose, 2010)

## **Edinburgh Postnatal Depression Scale**

För att upptäcka symtom på förlossningsdepression hos nyblivna mammor används ett självskattningsformulär, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS togs fram 1980 av John Cox i England och finns validerad i 35 olika språk (Department of health, 2006). När EPDS uppkom användes först frågeområden från tre andra skalor som mätte



depression, Depression and Anxiety Scale (IDA), Depression Scale of Bedford & Foulds och Hospital Anxiety Scale (HAD). Utifrån dessa uppkom sedan tio frågeområden som EPDS nu består av (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). EPDS används i Sverige efter att ha genomgått valideringsstudier på en svensk population (Wickberg & Hwang, 1996). Specificiteten för EPDS är 78 % och sensitiviteten 86 % (Cox et al., 1987). EPDS består av tio frågor som handlar om syn på tillvaron, glädje, skuld, rädsla, oro, om mamman känt sig rädd eller panikslagen, om det har kört ihop sig, om mamman varit ledsen, olycklig eller gråtit mycket, haft sömnproblem och till sist om det förekommit tankar hos mamman att skada sig själv (Department of health, 2006). Enligt Skärsäter (2010) är dessa symtom tecken på depression. EPDS fylls i av mamman på BVC när barnet är sex till åtta veckor och är frivilligt. Mamman får fylla i det påstående som bäst passar in på hur hon mått de senaste sju dagarna. Poängen räknas ihop och beroende på resultat sätts olika åtgärder in, är poängen över 12 så kan det tyda på depressiva symtom.

När mamman fyllt i formuläret är det viktigt att tillsammans gå i genom frågorna för att ytterligare undersöka hennes symtom och behov av stöd då höga poäng inte behöver betyda att mamman har en depression. Det kan bero på att mamman är trött, överbelastad eller har en tillfällig besvärlig situation. Sex poäng på följande frågor ska uppmärksammas extra mycket och vara underlag för ett bedömningsamtal: Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett, Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning, Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning. (Rikshandboken, 2014). Mammor som får 12 poäng eller högre på EPDS rekommenderas en andra screening några veckor senare för att utesluta en mer ihållande depression (Wickberg & Hwang, 1996).

I en studie tyckte BVC-sjuksköterskor att det behövdes mer tid för att gå igenom formuläret, men att denna tid inte alltid fanns (Glavin, Ellefsen & Erdal, 2010). Screening är en effektiv åtgärd bara då den kombineras med bedömningsamtal. Screeningen utgör då ett stöd för professionell bedömning och ett samtal med mamman (Socialstyrelsen, 2010; Vik, Aas, Willumsen & Hafting, 2009). EPDS har använts i ett flertal studier för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska, 2006; Castle et al., 2008; Glavin et al., 2010; Ramchandani, Psychiogiou, Vlachos, Iles, Sethna, Netsi, & Lodden 2011; Vik, et al., 2009). Glavin et al. (2010) och Vik et al. (2009) studier visar att BVC-sjuksköterskor tycker att EPDS är ett bra verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna mammor samt för att kunna närma sig frågor som de annars kunde tycka var svåra att prata om. Sjuksköterskorna tyckte också att instrumentet underlättade då de hade en misstanke om att någon mådde dåligt men inte visste hur de skulle närma sig dem. EPDS öppnade upp för kommunikation och gav också riktlinjer för hur mammorna skulle följas upp. De såg det som en stor fördel att alla nyblivna mammor screenas och inte bara de som ansågs vara i riskgrupp, vilket gjorde det mindre stigmatiserande. Sjuksköterskorna tyckte även att de nu såg mamman, barnet och deras situation som en helhet bättre än de gjort tidigare, då det varit mer isolerade delar (Vik et al., 2009). I Sverige är EPDS validerad även för pappor, men skalan tycks där fånga upp mer av pappors oro och stress än egentlig depression. När pappan har en svår depression tenderar den dock att fånga upp det, och det föreslås därför att EPDS används på pappor då BVC-sjuksköterskan misstänker att pappan är drabbad av förlossningsdepression, men inte som en allmän screening (Massoudi, 2013).

## **Bowlbys anknytningsteori**

Forskning har visat att samspelet och interaktionen mellan föräldrar och barn under spädbarnsåren sedan påverkar barnet under hela dess liv. En förälder som inte är känslomässigt tillgänglig, till exempel till följd av en förlossningsdepression, kan ha svårt att knyta an till sitt barn på ett bra sätt, vilket då kan påverka barnet negativt (Massoudi, Hwang & Wickberg, 2012; Ramchadani, Stein, Evans & O'Connor, 2005; Ramchadani, O'Connor, Heron, Murray & Evans, 2008).

Bowlby (1988/2010) utvecklade en anknytningsteori, som utgår från att ett barn behöver ha en eller flera vuxna som anknytningspersoner för att utvecklas väl. Denna anknytningsprocess startar direkt efter födseln och då främst med mamman. Genom samspelet med mamman utvecklar barnet en känsla av trygghet. Mammans känslighet för barnets behov är viktig. Bowlby beskriver vidare två samspelsfaser: Den första fasen är då barnet ser sin mamma, gestikulerar och vänder sig till henne för att inleda en samspelsfas. Den andra fasen är då denna aktivitet avtar och barnet till slut tittar bort. När barnet sedan tittar på sin mamma igen startar en ny samspelsfas. Spädbarnet anpassar dessa faser utifrån sin egen rytm och en lyhörd mamma anpassar sitt beteende så att det stämmer med barnets rytm. I en god anknytning anpassar sig mamma och barn efter varandra alltmer ju äldre barnet blir. Anknytningsbeteende förklaras som "varje form av beteende som leder till att en person når eller bibehåller närhet till någon annan klart identifierad individ som uppfattas som bättre i stånd att klara världen" (s. 50). Detta är mest utmärkande då barnet är rädd, utmattad eller sjuk, och lugnas då genom tröst och omvårdnad. Denna grundläggande anknytning är viktigt för hur barnet kommer att må och bete sig längre fram i livet. Om föräldern inte är helt känslomässigt tillgänglig för barnet kan anknytningen störas. Samspelet mellan föräldrarna och barnet påverkas också av föräldrarnas omsorgsförmåga och därmed anknytningen (Rikshandboken, 2014). Detta kan bero på tidigare erfarenheter hos modern, till exempel en dålig anknytning till hennes egna föräldrar eller för lite känslomässigt stöd. Om ett litet spädbarn hanteras okänsligt eller rent av stöts bort av sin mamma och senare utsätts för hot om separationer eller faktiska separationer gör detta att barnets fruktan att förlora sin mamma ökar. Detta kan visa sig genom att barnet har större krav på sin mammas närvaro och även visar större vrede om modern försvinner från barnet, även om det bara är för en kort stund. Det kan också leda till att barnet i framtiden kommer ha svårt att tro att det kommer att kunna utveckla en trygg och kärleksfull relation med någon annan människa (Bowlby, 1988/2010).

Med en trygg anknytning får barnet en trygg bas. Denna bas kan utgöra föräldrar, eller annan vuxen som barnet litar på. Barnet använder denna trygga bas att återvända till för att få fysisk och känslomässig näring, bli tröstat om det är ledset och lugnat om det är oroligt. Barn vågar sedan ju äldre de blir sig längre bort från sin trygga bas, men behöver under hela uppväxten få komma tillbaka och känna närhet och trygghet. Barn kan i frånvaro av sin anknytningsperson använda andra människor som trygga bas, men vänder sig normalt till den anknytningsperson som står den närmast om denne finns tillgänglig. Om barnet inte vänder sig till sina föräldrar om det blir ledset eller rädd kan det tyda på en störd anknytning till dem (Bowlby, 1988/2010).

En av BVC-sjuksköterskans arbetsuppgifter är att främja ett bra föräldra-barn samspel och stötta föräldrarna till ett gott föräldraskap med lyhördhet och inkännande av barnets signaler. En lyhörd förälder reagerar på och förstår snabbt barnets signaler och kan anpassa sig efter barnet. Ett bra föräldra-barn samspel är grunden till en trygg anknytning. BVC-

sjuksköterskan kan här stötta föräldrarna med samtal, information och vägledning. Föräldrar som har svårt att tolka och bemöta sitt barns signaler bör identifieras tidigt för att kunna erbjudas stöttning. Denna stöttning kan bestå av tätare besök på BVC, hembesök och i vissa fall kan även psykolog behöva kopplas in. För att lättare hitta dessa familjer så bör BVC-sjuksköterskan fråga alla föräldrar hur de själva tycker att samspelet fungerar mellan dem och deras barn. Hos spädbarn syns det inte alltid om de far illa av att inte bli sedda på rätt sätt, men det kan påverka dem negativt och visa sig senare under utvecklingen (Rikshandboken, 2014).

## **Barnets påverkan av känslomässigt otillgängliga föräldrar**

Bowlby (1988/2010) menar att äldre forskning om anknytning nästan övervägande är gjord på mamman, men att nyare forskning visat att anknytningen till pappan är lika viktig. Bowlby refererar till Main och Weston (1981) som gjorde en av de tidigaste studierna på hur ett barn påverkas av anknytning till mamman och pappan. Anknytningen till båda föräldrarna observerades och sedan undersökte de hur detta påverkade barnet. De fann att barn som hade en trygg anknytning med båda sina föräldrar var säkrast och duktigast, barn som inte hade en trygg anknytning till någon av sina föräldrar var osäkra och mindre duktiga, och barn som hade en trygg anknytning med endast en av sina föräldrar låg däremellan. I en annan studie följdes barn till föräldrar som haft en förlossningsdepression upp när de var 3,5 år. De fann då att barn till pappor som haft förlossningsdepression hade ökad risk för beteendeproblem, då oberoende av om mamman haft en förlossningsdepression. De fann även ett starkare samband hos pojkar än hos flickor. Om mamman haft en förlossningsdepression fanns en ökad risk för beteendeproblem och emotionella problem hos barnen, oberoende av kön (Ramchadani et al., 2005). I en uppföljande studie då barnen var 7 år fanns ett signifikant samband mellan barn som hade en pappa som varit förlossningsdeprimerad och som sju år senare led av någon psykiatrisk åkomma, främst svår trots eller beteendestörningar. De fann att de barn som haft en pappa med förlossningsdepression till större del även visade problem i sociala relationer. De barn som visat på beteendeproblem vid 3,5 års ålder hade också till större del en psykiatrisk diagnos vid 7 års ålder (Ramchadani et al., 2008). Bowlby (1988/2010) menar att om föräldern inte förstår barnets anknytningsbehov kan denne inte heller utgöra en trygg bas för barnet. Om barnet blir bortstött kan detta göra att barnet i framtiden har svårt att utveckla sociala relationer, barnet minns då den smärta som kom av att bli förnekad och bortstött, och för att slippa den känslan undviker de att försöka skapa sociala relationer (Bowlby 1988/2010).

Ett högt resultat på EDPS hos pappan kan indikera på en ökad risk för att barnet blir påverkat negativt (Massoudi et al., 2013). Identifieras förlossningsdepression tidigt hos de nyblivna föräldrarna kan det göra att det blir mindre problem för barnet senare under uppväxten. Detta skulle kunna hindras genom stöttande program (Kerstis et al., 2013). Spädbarn kan i vissa fall upplevas svårhanterliga som svar på föräldrarnas brist på känslomässig tillgänglighet (Rikshandboken, 2013). Studier visar på ett samband mellan föräldrar med förlossningsdepression och spädbarn med ett uppfattat svårhanterligt temperament (Kerstis et al., 2013; Ramchandani et al., 2011). Spädbarn till föräldrar med emotionella problem kan uppvisa problem med sömn, uppfödning, ökad skrikighet eller att de blir mer passiva (Rikshandboken 2012). I en svensk avhandling framkom att om mamman visade depressiva symtom när barnet var två månader så skattade både mamman och pappan barnet som mer kinkigt och svårtröstat. Dessa föräldrar upplevde även föräldraskapet som mer stressande.

Om barnets temperament leder till att mamman uppfattar barnet negativt kan det påverka samspelet med barnet. Barnet kan då reagera med att bli ännu mer "besvärligt" och detta kan till slut bli en ond cirkel (Seimyr, 2011). Ramchandani et al. (2011) diskuterar även att de inte kan veta om barnets temperament beror på depressionen eller tvärtom. Forskarna skriver i sin slutsats att det därför är viktigt att verkligen överväga att även pappan kan vara drabbad av förlossningsdepression. Det är även viktigt att då vara observant på hur mamman och barnet mår psykiskt. Detta samband borde alla inom sjukvården som möter dessa familjer hela tiden ha i åtanke.

## **Teoretiskt perspektiv**

Denna studie kommer utgå från Joyce Travelbees omvårdnadsteori som teoretiskt perspektiv. Joyce Travelbee var en omvårdnadsteoretiker från USA som var verksam under 1960-talet. Hennes omvårdnadsteori präglas av humanism och relationen mellan vårdare och patient (Travelbee 1971/2001). Hon beskriver att kärnan i sjuksköterskeyrket är en interpersonell process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller en grupp med att förebygga eller hantera erfarenheter av sjukdom och lidande, och om nödvändigt hitta mening med dessa upplevelser. Som BVC-sjuksköterska är det viktigt att upptäcka förlossningsdepression och stödjande samtal har vid utfall visat goda resultat vid lindrig depression (Rikshandboken, 2013). Den interpersonella processen innebär att människor alltid är involverade, och det kan vara både sjuka och friska individer, deras familj, besökare och personal från andra yrken. Travelbee beskriver omvårdnad som en process. När en sjuksköterska möter en annan individ sker en händelse eller en serie av händelser som inträffar mellan sjuksköterskan och den andre individen. Omvårdnad är dynamisk och varje omvårdnadsprocess är olik från den andre. Hon beskriver också att i alla omvårdnadssituationer ingår förändring, och att båda parter påverkar varandra. Denna förändring sker då beroende på individernas påverkan på varandra. En av sjuksköterskans uppgifter beskrivs som att identifiera och kunna framkalla förändring på ett målmedvetet, insiktsfullt och omtänksamt sätt. Målet med dessa förändringar är att förebygga sjukdom, funktionssvikt och lidande, och detta ska göras i samförstånd med vårdtagaren.

Travelbee skiljer på subjektiv och objektiv hälsa. Den subjektiva hälsan innebär individens egen upplevelse av sin hälsa, och den objektiva hälsan är när personen ligger inom normalområdet fysiskt, psykiskt och andligt. Den objektiva hälsan kan någon annan bedöma, t.ex. en läkare. Med hjälp av EPDS kan BVC-sjuksköterskan skatta patientens objektiva hälsa, men det bör även ske ett samtal med mamman för att bedöma mammans subjektiva välmående och behov av stöd (Västra Götalands-regionen, 2001). Sjuksköterskan ska bedriva hälsofrämjande undervisning vars mål är att förebygga ohälsa eller att hjälpa sjuka människor att finna mening i sjukdomen och i de åtgärder som behöver sättas in för att bevara hälsan och ha symtom under kontroll. För att kunna hjälpa en annan människa på ett bra sätt betonar Travelbee (1971/2001) att sjuksköterskan behöver använda sig själv terapeutiskt. Det innebär att sjuksköterskan använder sin personlighet och sina kunskaper för att framkalla förändring hos den andre individen. Detta kräver självinsikt och en medvetenhet om hur ens egna egenskaper påverkar andra och hjälper till att skapa en relation med patienten och strukturera omvårdnadsåtgärder. Att använda sig själv terapeutiskt kräver också förnuft och intelligens, vilket behöver utvecklas långsamt genom erfarenheter.

Familj och kultur påverkar människan och detta kan också påverka hur vi uppfattar lidande och sjukdom. Varje människa kommer någon gång under sitt liv att uppleva lidande, och

varje upplevelse av lidande är unik. Lidande beskrivs av Travelbee (1971/2001) som en känsla av fysiskt, psykiskt och andligt obehag. Det kan vara allt från en lätt känsla till svår ångest. Hur människan hanterar lidandet kommer med största sannolikhet påverka hur denne kommer att hantera framtida lidanden, och det är därför viktigt att sjuksköterskan hjälper patienten att hitta bra strategier för att bemästra lidandet. Travelbee tar också upp hopp som en viktig och motiverande faktor för att kunna hantera upplevelser av sjukdom och lidande, och ett av sjuksköterskans arbetsområden är att hjälpa människan att uppleva känslan av hopp.

Kommunikation är ett av de viktigaste redskapen i en vårdrelation, och sjuksköterskan lär sig tolka hur människor kommunicerar, både genom ord, kroppsspråk och gester (Travelbee, 1971/2001).

## **PROBLEMFORMULERING**

Mer än var tionde nybliven mamma visar tecken på depression de första månaderna efter en förlossning. EPDS är ett instrument som används på alla nyblivna mammor i Sverige för att upptäcka symtom på förlossningsdepression. På senare år har forskning visat att även pappor kan drabbas av förlossningsdepression och i nuläget finns inga rutiner eller specifika instrument för att screena pappor på BVC. Om en förälder lider av förlossningsdepression kan anknytningen till barnet störas och det kan orsaka långvariga negativa effekter på utvecklingen hos barnet. Det är därför av stor vikt att så tidigt som möjligt upptäcka detta för att kunna ge rätt stöd. Det är främst BVC-sjuksköterskorna som upptäcker förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. Författarna tycker därför att det är angeläget att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenhet och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar.

## **SYFTE**

Syftet med föreliggande studie är att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC.

## **METOD**

Vald metod för studien är kvalitativ innehållsanalys där induktiv ansats användes. Denna metod beskriver erfarenheter och upplevelser av ett fenomen genom människors berättelser. Innehållet i berättelserna tolkas, likheter och skillnader identifieras, för att sedan delas in under olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie bygger på semistrukturerade intervjuer med BVC-sjuksköterskor där författarna vill undersöka deras erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC.

## **Miljö**

Informanterna i studien arbetar på BVC i en storstad, två mindre städer och en ort på landsbygden, alla i Västra Götalandsregionen. I storstaden arbetade informanterna i olika stadsdelar med varierande socioekonomisk status, både på privata BVC och inom landstinget. Staden har sett till alla stadsdelar tillsammans högre arbetslöshet än Sveriges genomsnitt. En av de mindre städerna beskrivs ha ett starkt företagsliv som är under utveckling. Den andra mindre staden beskrivs som en tillverkningsort med starkt näringsliv. Både de mindre städerna har en arbetslöshet under Sveriges genomsnitt. I orten på landsbygden har de flesta invånarna med arbete detta i närliggande kommuner, men i kommunen som orten tillhör är arbetslösheten över Sveriges genomsnitt.

## **Urval**

Ett strategiskt urval användes för att hitta informanter. Författarna önskade informanter med olika ålder och varierande yrkesverksamma år inom BVC för att få en bra bredd på resultatet. Författarna vände sig till olika BVC i både små och stora städer samt landsting och privat. Både små och stora BVC-mottagningar tillfrågades om deltagande. Inklusionskriterier för informanterna var att de var sjuksköterskor med specialistutbildning som distriktssköterska eller barnsjuksköterska samt att de arbetade på BVC.

## **Datansamling**

Kontakt togs med verksamhetschef på ett flertal BVC- mottagningar i Västra Götalandsregionen för att hitta BVC-sjuksköterskor. Åtta verksamhetschefer gav sitt godkännande till genomförande av studien. Ett informationsbrev (Bilaga 1) skickades ut via post till verksamhetschefen med information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Verksamhetschefen ombads kontakta sina BVC-sjuksköterskor för att se om det fanns ett intresse för deltagande i studien. Åtta BVC- sjuksköterskor, alla kvinnor, valde att delta i studien, därefter fick en BVC-sjuksköterska lämna återbud på grund av tidsbrist. En BVC-sjuksköterska från en mottagning författarna redan varit i kontakt med tillkom. Därefter skickades ett informationsbrev (Bilaga 2) ut via e-post till BVC- sjuksköterskorna med information om studien syfte och tillvägagångssätt. Sammanlagt deltog åtta BVC-sjuksköterskor i studien, varav sex var utbildade distriktssköterskor och två var utbildade barnsjuksköterskor. Informanternas ålder varierade mellan 34-66 år och yrkesverksamma år som BVC-sjuksköterska varierade mellan 1,5 - 36 år (Tabell 1).

Tabell 1. Presentation av informanter

<b>Informant</b>	<b>Ålder</b>	<b>Antal år som BVC-sjuksköterska</b>	<b>Utbildning</b>
1	55	11	Distriktssköterska
2	64	36	Distriktssköterska
3	34	8	Barnsjuksköterska
4	58	10	Distriktssköterska
5	36	1,5	Distriktssköterska
6	50	3,5	Distriktssköterska
7	49	6	Barnsjuksköterska
8	66	20	Distriktssköterska

Datansamlingen gjordes med semistrukturerade intervjuer då författarna ville få med flera aspekter av valt ämne. Öppna frågor användes vilket gav informanterna utrymme att berätta fritt med egna ord och följdfrågor ställdes för att få mer utförliga svar (Polit & Beck, 2011). För att undersöka om frågorna var relevanta och hur lång tid intervjuerna skulle ta genomfördes pilotintervjuer. Intervjuerna ägde rum på vald tidpunkt av informanterna på deras arbetsplatser. Författarna gjorde hälften av intervjuerna var. Frågorna handlade om BVC-sjuksköterskors hantering och erfarenheter av att möta förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. Den inledande frågan som ställdes var: Berätta om ett möte med en mamma som visade tecken på förlossningsdepression? För resterande intervjufrågor se intervjuguide (Bilaga 3). Intervjuerna spelades in, transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället, och sedan läste båda författarna igenom dem flera gånger. Intervjuernas längd varierade mellan 25 - 40 minuter.

## **Analys**

Den insamlade datan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004) och författarna följde denna analysordning. Intervjuerna lästes igenom flera gånger av författarna, med beaktande av författarnas förförståelses inverkan, för att få en helhetsbild och texten delades in i två domäner, erfarenhet och hantering i samråd med författarnas syfte. Därefter bildades meningsenheter, det vill säga en sammanfattning av meningar och ord från texten som relaterar till varandra. Sedan kondenserades texten, vilket innebär att texten kortades ner och gjorde den mer lätthanterlig men att det viktiga innehållet fortfarande fanns kvar. Efter det abstraherades texten, det vill säga texten fick olika koder för att kunna jämföras och hitta skillnader och likheter. Därefter delades koderna in i primära kategorier och underkategorier där de delar av texten med samma innehåll hamnade under samma kategori. För exempel på analysprocess, se tabell 2. Ingen data som var relevant för syftet fick ignoreras för att den inte passade under någon bestämd kategori. Analysen resulterade i 5 kategorier och 13 underkategorier som presenteras i Tabell 3.

Tabell 2. Presentation av analysprocessen

Domän	Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Erfarenhet	Ja men det är samma där det är mötet med dem överhuvudtaget när man känner att det är inte, kemin fungerar inte riktigt då tycker jag det är svårt för det är svårt att hjälpa på alla plan	Svårt när personkemin inte stämmer	Svårt med personkemin	Kommunikationsproblem	Svårigheter att identifiera förlossningsdepression
Hantering	Hade man haft något, något material för dem som man kunde screena och verkligen (paus) kanske poängtera mer tänker jag att ja men vid två månader vill vi att båda föräldrarna kommer för att fylla i och liksom höra hur de har det.	Ett material för att screena även pappor vid två månader	Önskar screening-instrument för pappor	Önskan om screening till pappor	Användning av screening-instrument

## Etiska överväganden

Studien har följt de fyra etiska kraven enligt Polit och Beck (2011). Det första kravet är informationskravet, vilket innebär att författarna har skyldighet att informera studiedeltagarna om forskningens syfte och hur resultatet ska redovisas. Informanterna fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt, var resultatet skulle redovisas och gav sitt godkännande genom deltagande i studien. Ett skriftligt samtycke om BVC-sjuksköterskornas deltagande i studien hämtades från verksamhetscheferna på Barnvårdscentralerna. Det andra etiska kravet är samtyckeskrav, vilket innebär att deltagaren har rätt att bestämma över sitt deltagande i forskningen. Informanterna ska även informeras om att de när som helst kan avbryta studien utan att skäl för detta behöver anges och utan några negativa konsekvenser för dem. Deltagande i denna studie var frivilligt och informanterna fick avbryta när som helst under studiens gång utan att skäl behövde anges, vilket de informerades om skriftligt. Det tredje kravet enligt Polit & Beck (2011) är konfidentialitetskravet, vilket innefattar offentlighet och sekretess. Obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifter och tystnadsplikt gäller. Informanternas identitet skyddades genom hela uppsatsen och den insamlade datan förvaras på säker plats så ingen obehörig kan ta del av materialet. Detta informerades även informanterna om. Det fjärde kravet är nyttjandekravet, vilket innebär att de insamlade uppgifterna endast får användas till den aktuella forskningen och inte i annat syfte (Polit & Beck, 2011). Informanterna informerades om att materialet skulle användas i en magisteruppsats. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) krävdes inget etiskt godkännande då studien genomfördes på högskoleutbildning inom avancerad nivå.



## RESULTAT

Syftet med föreliggande studie var att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC. Analysen av datamaterialet resulterade i 5 kategorier och 13 underkategorier som presenteras i Tabell 3. Dessa presenteras också nedan i löpande text och styrks av citat från datamaterialet.

Tabell 3. Presentation av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Svårigheter att identifiera förlossningsdepression	Svårt att skilja förlossningsdepression från andra depressiva symtom Kommunikationsproblem När pappor inte är med på BVC
Känsla av otillräcklighet	Tidsbrist Föräldern uppvisar en fasad Känna oro
Att stödja föräldrarna	Att förmedla trygghet Att erbjuda samtal Ta hjälp av andra yrkeskategorier
Användning av screeninginstrument	Utförande av EPDS Önskan om screening till pappor
Att observera	Anknytningen till barnet Föräldrarnas påverkan på varandra

### **Svårigheter att identifiera förlossningsdepression**

BVC-sjuksköterskorna upplevde att det fanns flera svårigheter med att identifiera förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. De upplevde att det inte var vanligt att möta förlossningsdeprimerade föräldrar och de beskrev att det ibland kunde vara svårt att skilja förlossningsdepression från andra depressiva symtom. Andra faktorer som uppgavs som svåra för identifieringen var kommunikationsproblem och när pappor inte var med på BVC.

### **Svårt att skilja förlossningsdepression från andra depressiva symtom**

BVC-sjuksköterskorna hade mött mammor med förlossningsdepression men de upplevde inte att det var vanligt. De berättade att cirka en av tio mammor som de mötte drabbades.

*Tycker inte det är så vanligt eh det är ju en av tio ungefär som får en depression sen att många uttrycker ju att det var jobbigt första tiden...*

Det kunde vara svårt att veta om det var en förlossningsdepression eller om det var något annat i bakgrunden som utlöste nedstämdheten. BVC-sjuksköterskorna upplevde att

föräldrar som mådde dåligt efter en förlossning ofta hade någon psykisk ohälsa sedan tidigare.

*Som så att säga lättare utlöser att de får en nedstämdhet i samband med att de blir föräldrar och många gånger finns det annan problematik i familjen också så det är inte alltid så enkelt att bara kalla något för post partum depression så enkelt är det inte.*

BVC-sjuksköterskorna beskrev att det var ovanligt att de träffade på förlossningsdepression hos pappor, ungefär en per år. Dock hade några BVC-sjuksköterskor inte mött någon. Pappor med depressiva symtom upplevdes som mer oroliga, ledsna och mer tillbakadragna än andra pappor. BVC-sjuksköterskorna var tveksamma till om de kunde kalla depression hos nyblivna pappor för förlossningsdepression eller om det hade andra orsaker såsom livskris eller identitetskris. De beskrev att det kunde ha med föräldraskap och relationer att göra. Det fanns också tveksamhet till om pappor kunde drabbas av förlossningsdepression då en uppfattning var att förlossningsdepression hos mammor kunde bero på hormonell påverkan.

*...det har nog inte egentligen varit depression som skulle ha med att bli pappa att göra utan det har mera varit föräldraskap och kanske relationer som det har handlat om...*

### **Kommunikationsproblem**

BVC-sjuksköterskorna beskrev att de mött föräldrar där kemin dem emellan inte stämde vilket ledde till att de inte fick en bra kommunikation och besöket inte uppfattades som bra. Det kunde vara svårt att veta hur föräldrarna skulle bemötas och ibland svårt att sätta sig in i hur föräldern mådde. Ibland lät de en kollega ta nästa besök med berörd förälder för att se om det berodde på personkemi eller om det var något annat som låg bakom.

*Ja men det är samma där det är mötet med dem överhuvudtaget när man känner att det är inte, kemin fungerar inte riktigt då tycker jag det är svårt för det är svårt att hjälpa på alla plan.*

Det upplevdes som svårt när föräldern inte talade tillräckligt bra svenska för att det skulle bli ett bra samtal om förälderns välmående. Kvinnor från andra kulturer förstod inte alltid varför EPDS-frågorna ställdes och kunde uppleva frågorna som konstiga. Några kvinnor var inte vana att prata om sina problem med utomstående utan ville hålla det inom familjen. Ibland var även maken med och pratade för kvinnan, vilket BVC-sjuksköterskorna upplevde som en svår situation att hantera.

*...det som faller ut jag tänker på dem som inte man når upp till, det är ju också de som inte har svenska språket, som man frågar och pratar lite hur de mår och om de kan sova och ja, allt det här för att försöka fånga upp då.*

Ibland kunde det vara svårt att stötta föräldrarna i att se det positiva i föräldraskapet och att veta när de kunde lita på en förälder som sa sig må bättre och då vågade trappa ut BVC-besöken.

### **När pappor inte är med på BVC**

BVC-sjuksköterskorna tyckte att pappor var med relativt ofta på BVC och att fler pappor följde med nu än tidigare. De poängterade också att pappor var lika bra föräldrar som mammor och också behövde stöd. När pappor inte var med på BVC visste inte BVC-

sjuksköterskorna hur papporna mådde och kunde då heller inte ge stöd till dem. Ibland frågade de mammorna om hur pappan mådde men det var ju inte säkert att mammorna visste det. BVC-sjuksköterskorna försökte uppmuntra till att papporna skulle följa med till besöken på BVC. De beskrev det som tur om de hittade en pappa med förlossningsdepression eftersom de inte alltid är med på BVC-besöken.

*...jag försöker att uppmuntra att, att de kanske vid nästa besök kan ta med sig pappan också så att man får höra jag brukar fråga hur pappan (paus) mår men det är klart att mamman vet ju kanske inte heller alltid eller säger alltid hur pappan (paus) mår det är skillnad på att fråga direkt naturligtvis.*

BVC-sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårt för pappan när mammans uppmärksamhet riktades så starkt mot barnet vilket kunde leda till att de kände sig utelämnade. De trodde att pappor kände ett utanförskap på BVC och därför inte följde med. Pappans roll beskrevs som undanskymd och BVC-sjuksköterskorna trodde inte att pappor vänder sig till BVC för stöd om de mår dåligt i samma utsträckning som mammor.

## **Känsla av otillräcklighet**

BVC-sjuksköterskorna beskrev att de ibland kände sig otillräckliga. Detta kunde bero på tidsbrist, när föräldern uppvisade en fasad och att de ibland kände en oro för en förälder.

### **Tidsbrist**

Tiden räckte inte alltid till för allt BVC-sjuksköterskorna ville göra för förlossningsdeprimerade föräldrar. De prioriterade arbetet så att det som ansågs viktigast hanns med.

*Ja det handlar precis om tid det gör det och sen kan man ställa lite frågor så men nää det jag känner att det har vi egentligen inte resurser för och då ska jag inte börja ställa frågor som jag heller inte kan följa upp...*

Sjuksköterskor är vana att anstränga sig till det yttersta för att lösa problem beskrev BVC-sjuksköterskorna. De ansåg att det var viktigt att föräldrarna inte märkte av när de inte hade så gott om tid.

*...jag hoppas att man utstrålar att man är med, sen kanske man inte känner att man gör det fast det har ju ingen betydelse egentligen bara föräldern känner att de tycker man har tid.*

### **Föräldern uppvisar en fasad**

BVC-sjuksköterskorna träffade både föräldrar som var öppna med att de mådde dåligt och ville ha hjälp och föräldrar som det tog längre tid för innan de öppnade sig. Vissa föräldrar visade en fasad och förnekade att de mådde dåligt medan BVC-sjuksköterskan såg tecken till att föräldern egentligen inte mådde bra. Föräldern kunde svara på frågor på ett sätt som de trodde var det normala. Pappor kunde visa upp extra mycket fasad då det upplevs som att män inte ska må dåligt.

*Så att ibland om man har ett väldigt starkt behov av att hålla uppe någonting så kan man ju lägga sig så nära det som man tycker verkar vara det normala alternativet...*

Ibland upplevde BVC-sjuksköterskorna att de blev överraskade när någon till slut vågade öppna sig och berätta att de mårde dåligt, de lade då ibland skulden på sig själva för att de inte hade sett något.

### **Känna oro**

BVC-sjuksköterskorna beskrev att de ibland blev oroliga för föräldrar med depressiva symtom och de kände ett ansvar för dem, men inte kunde göra tillräckligt. Det kunde ibland vara svårt att identifiera problemet och i så fall hur det skulle lösas. BVC-sjuksköterskorna beskrev att de blev berörda och påverkade av föräldrar med förlossningsdepression. Mådde en förälder riktigt dåligt fanns en oro för att något skulle hända.

*Ja men det är ju svårt om man ehh, om någon mår dåligt alltså när man mår väldigt dåligt och det kanske påverkar också föräldraskapet, och, (paus) så här öh det är svårt, det är svårt när och om man känner att man blir smittad alltså att man själv ehh blir påverkad av det då tycker jag det är jobbigt.*

Om en mamma med dåligt socialt nätverk mårde dåligt var BVC-sjuksköterskorna mer oroliga för dem. Fanns det en pappa så kontaktades han, annars kontaktades ofta en annan anhörig i samråd med mamman. Om en mamma som mårde dåligt var ensam så kände BVC-sjuksköterskan oro för mamman även efter arbetspassets slut.

### **Att stödja föräldrarna**

BVC-sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att stödja föräldrarna. Detta gjordes genom att förmedla trygghet, erbjuda samtal och genom att ta hjälp av andra yrkeskategorier.

#### **Att förmedla trygghet**

Hembesöket sågs som en bra start för god kontakt med föräldrarna. BVC-sjuksköterskorna upplevde att när de hade en bra relation med föräldrarna gav det trygghet för BVC-sjuksköterskan att våga fråga föräldrarna när de var oroliga och föräldrarna vågade öppna sig och berätta.

*Ja jag tänker på det just här med att se på familjen och se hur de mår att de ger förtroende och vågar säga saker.*

Det är viktigt att redan på hembesöken väcka en tanke om förlossningsdepression menade BVC-sjuksköterskorna. Genom att fråga föräldrarna om deras välmående och genom att prata om ämnet så tror BVC-sjuksköterskorna att de är med och förebygger förlossningsdepression. De beskrev dock att många föräldrar redan var pålästa. Med hjälp av information om EPDS-screening görs alla mammor och pappor medvetna om att det är normalt att reagera känslomässigt.

#### **Att erbjuda samtal**

BVC-sjuksköterskorna upplevde att de alla hade tillräckligt med kunskap för att möta förlossningsdeprimerade föräldrar och genom erfarenhet har det blivit lättare att möta dem. Att erbjuda stödsamtal och psykologkontakt till föräldrarna med förlossningsdepression är riktlinjerna på BVC förklarade BVC-sjuksköterskorna. De poängterade dock att de inte har någon direkt utbildning i samtalsteknik men beskrev att det var viktigt att lyssna och finnas där. De flesta föräldrarna fortsatte träffa BVC-sjuksköterskan för stödsamtal vid symtom på

förlossningsdepression och det var inte så ofta en förälder behövde eller ville träffa en psykolog. BVC-sjuksköterskorna trodde att det berodde på att de redan hade en relation med föräldern och att föräldern inte ville berätta allt för ytterligare en person. Vid möte med förlossningsdeprimerade föräldrar upplevde BVC-sjuksköterskorna att de måste vara mer lyhörda för vad som sägs och varsammare i sitt förhållningssätt mot föräldrarna.

*Nä ja kan inte säga precis liksom vad jag gör men man får vara lite mer varsam tänker jag eh så man inte trampar klaveret eller säger något som blir helt fel.*

BVC-sjuksköterskorna förklarade hur de brukade få hjälpa föräldrar att hitta lösningar på olika problem i deras vardag. Tillgängligheten behövde bli bättre och det förekom att de gav ut sitt mobiltelefonnummer dit föräldrarna kunde ringa på helgen om de behövde rådgivning.

### **Ta hjälp av andra yrkeskategorier**

BVC-sjuksköterskorna kunde få stöttning och bra handledning när de hade en förälder som de var osäkra på hur de skulle gå tillväga med. De hade bra resurser och ett bra samarbete med andra yrkeskategorier när de behövde remittera vidare föräldrar som led av förlossningsdepression.

*Ja så att jag tycker vi har men jag tycker vi har bra resurser så jag har flera jag kan vända mig till när jag sitter i en sådan situation ja jag tycker vi har det bra...*

Flera av föräldrarna med psykisk ohälsa sedan tidigare hade oftast redan innan förlossningen en samtalskontakt med psykolog eller liknande. Mådde föräldern dåligt efter förlossningen gick de ofta tillbaka till sin gamla samtalskontakt.

### **Användning av screeninginstrument**

BVC-sjuksköterskorna upplevde användandet av screeninginstrument som positivt. De använde sig av EPDS för att hitta symtom på förlossningsdepression hos mammor. BVC-sjuksköterskorna önskade även ett instrument anpassat för att screena pappor för depressiva symtom.

### **Utförande av EPDS**

BVC-sjuksköterskorna använde EPDS på mammor och upplevde att de fått bra utbildning i utförandet. De beskrev att de fick färre utfall på EPDS nu än när de var nya i yrket, vilket tolkades som att de nu kunde förebygga förlossningsdepression bättre. BVC-sjuksköterskorna kunde redan innan EPDS screeningen få en känsla när någon av föräldrarna inte mådde bra, ofta märktes det redan på hembesöket. Vanliga tecken som BVC-sjuksköterskan reagerade på var om föräldern var blek, sliten och nedstämd.

*Ja vi kan ju i alla fall hoppas det för ser jag tillbaka så tycker jag det var fler som hade höga poäng i början när man själv var rätt så ny också och inte så erfaren.*

BVC-sjuksköterskorna upplevde användandet av EPDS som positivt då det var ett bra sätt att hitta mammor med tecken på förlossningsdepression. När en förälder fyllt i EPDS-formuläret gick BVC-sjuksköterskorna igenom frågorna tillsammans med föräldern för att se hur de svarade. Vissa BVC-sjuksköterskor gick igenom alla frågor och andra de frågor som fått högre poäng. De förklarade att det aldrig gick att utgå bara från poängen av en EPDS

-screening. Att få höga poäng på EPDS behövde inte tyda på depression. Lika väl behövde inte låga poäng betyda att allt var bra.

*De kan ju komma upp i jättehöga poäng men man vet att ja jag har inte sovit på en vecka för barnet har vart skrikigt eller så men de mår ganska bra i grund och botten och en del får inte så höga poäng men de uttrycker sen när man pratar kring frågorna att jag mår nog inte så bra.*

BVC-sjuksköterskorna var oense om vilken poäng på EPDS som var lika med varningssignal, poängen varierade mellan 7-15 poäng. Men att vissa frågor var viktigare än andra, det var BVC-sjuksköterskorna överens om. Frågor som ansågs extra viktiga var exempelvis om de tänkt skada sig själva eller om de känt sig rädda utan orsak. Ibland kunde det finnas en förklaring till varför de fått höga poäng på en viss fråga. Det kunde vara något praktiskt så som att de inte fått sova som gjorde att föräldern svarat på ett visst sätt, eller att de missförstått frågan. Hade föräldern haft en jobbig eller bra vecka kunde det spegla av sig i EPDS medan andra föräldrar kunde ha svårt att tänka här och nu och tänkte ofta längre tillbaka än sju dagar.

*Och sen kan det ju också bero svaren ska ju spegla hur man har upplevt det sista veckan (paus) den veckan kan ju av något skäl vara inte den veckan som är mest signifikant för hur den personen egentligen har det ja både åt det bättre och åt det sämre.*

En BVC-sjuksköterska använde EPDS även på pappor.

### **Önskan om screening till pappor**

BVC-sjuksköterskorna önskade att det fanns ett utformat instrument för att kunna screena pappor för depressiva symtom i samma utsträckning som mammor.

*Hade man haft något, något material för dem som man kunde screena och verkligen (paus) kanske poängtera mer tänker jag att ja men vid två månader vill vi att båda föräldrarna kommer för att fylla i och liksom höra hur de har det.*

Ibland hade BVC-sjuksköterskorna ett hälsosamtal med pappan vid samma tidpunkt som mamman fyllde i EPDS. Vissa pappor undrade varför inte de fick fylla i någon screening som mammorna fick. Ibland fick pappan gå ut med barnet då mamman fyllde i EPDS.

*...det händer ju att pappor kan fråga får inte papporna sådana här frågor som mammorna får...*

Då situationen är sådan att pappor inte screenas så beskrev BVC-sjuksköterskorna att de inte haft fokus på pappor och depressiva symtom.

### **Att observera**

Att observera innebar att BVC-sjuksköterskorna under BVC-besöket observerade föräldrarnas interaktion med barnet och deras anknytning. De observerade även hur föräldrarna påverkades av varandra.

## **Anknytningen till barnet**

BVC-sjuksköterskorna hade sett tendens till ändrat beteende hos barnet såsom mer skrik och missnöje då en förälder var deprimerad, men att det varit svårt att veta varför barnet var missnöjt. De resonerade kring att barnen kanske var missnöjda för att de inte fick tillräckligt med uppmärksamhet. BVC-sjuksköterskorna observerade föräldrarnas interaktion med barnet och anknytningen. De tittade bland annat på hur föräldern höll i barnet, hur mycket de pratade med det, hur de svarade på barnets signaler och hur de samspelade. Hanterade föräldern barnet på ett mekaniskt sätt eller var avståndstagande var det exempel på varningstecken.

*...de kanske inte är så tydligt intresserade av sitt barn. Alltså det här att de mer mekaniskt kanske tar av och på kläder och inte (paus) alltså aktivt tar ögonkontakt...*

BVC-sjuksköterskorna upplevde att föräldrar med depressiva symtom ibland beskrev samma situationer som mer besvärliga än föräldrar som inte mådde dåligt, till exempel att de fick bära barnet hela tiden. De menade att oroliga föräldrar ger oroliga barn, det beskrevs som en ond cirkel.

*Sen är det ju så här att eh bär man, är man orolig själv och känner sig stressad och så bär man ett litet barn då känner ju barnet det så då blir de ju inte lugna.*

BVC-sjuksköterskorna tyckte att de flesta föräldrar med förlossningsdepression som de mött hade klarat att knyta an till sitt barn trots sin depression och sett barnets signaler på ett bra sätt men att det då behövts mer hjälp och stöd.

## **Föräldrarnas påverkan på varandra**

BVC-sjuksköterskorna beskrev att det syntes att föräldrarna var medvetna hur den andre mådde och att det påverkade deras relation och hela familjesituationen.

*Ja de är ju påverkade av varandra och eftersom jag har haft samtalen tillsammans så blir det ju väldigt tydligt att man är väldigt medveten om hur den andre mår ehh och det påverkar ju relationen och familje, familjesituationen...*

Ibland upplevdes pappan mer orolig eller tillbakadragen om mamman mådde dåligt. Situationen beskrevs som svår för pappan att se sin livspartner må dåligt när de sett fram emot ett väntat barn. BVC-sjuksköterskorna berättade att vissa pappor tog över när mamman mådde dåligt och ibland då bestämde över henne, vilket kunde leda till konflikt mellan dem. I sådana situationer var det extra viktigt att pappan var med vid besöken så BVC-sjuksköterskan lättare kunde hjälpa dem att lösa problemen, exempelvis om pappan hade för höga förväntningar på mamman.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys där ett fenomen belystes med hjälp av BVC-sjuksköterskors berättelser. Då författarna ville undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering ansågs metoden relevant för studiens syfte. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor samt följdfrågor användes för att få så utförliga svar som möjligt. Då ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att intervjua och även fast pilotintervjuer gjordes märkte författarna att intervjuerna blev bättre allt eftersom de fortskred. Därav kunde de första intervjuerna blivit mer omfattande. Författarna märkte under intervjuerna att några frågor gick in i varandra och att informanterna redan svarat på en del av nästkommande fråga. Eventuellt kunde frågorna ha delats upp tydligare men författarna tror inte detta påverkade resultatet då syftet ändå besvarades. Författarna valde att ta hälften av intervjuerna var för att sedan kunna läsa varandras transkriberade intervjuer på ett mer förutsättningslöst sätt. Då informanterna valde tid och plats för intervjuerna tror författarna att det skapade en trygg atmosfär och att informanterna då vågade öppna sig och berätta. Åtta informanter valde att delta i studien och författarna ansåg detta som tillräckligt då liknande svar från informanterna återkom i de sista intervjuerna.

De BVC-sjuksköterskor som valde att delta i studien var kvinnor och eventuellt kunde resultatet sett annorlunda ut om författarna intervjuat både kvinnor och män. Då informanterna hade stor variation i ålder och yrkesverksamma år tror författarna att resultatet blir mer generaliserbart än om spridningen bland informanterna varit mindre. Både storstad och mindre städer är representerade vilket också ger ett bredare resultat. Informanterna i storstaden arbetade i stadsdelar med varierande socioekonomisk status vilket ytterligare ökar resultatets applicerbarhet. Den ena mindre staden beskrevs som en företagsstad och den andra som en tillverkningsort med starkt näringsliv, båda med lägre arbetslöshet än Sveriges genomsnitt. Orten på landsbygden har en högre andel arbetslösa än Sveriges genomsnitt. Därav anser författarna att olika delar av befolkningen finns representerade i resultatet.

All insamlad data har analyserats och bearbetats på ett så förutsättningslöst sätt som möjligt av båda författarna så ingen viktig information gick förlorad. Detta gjorde att författarna blev djupt insatta i alla intervjuer. Författarna valde att använda domäner för att lättare kunna skapa kategorier och underkategorier. Författarna strävade efter att ingen data skulle passa i mer än en domän och kategori, men då människors upplevelser kan vara sammanhängande och svåra att separera kan det leda till att de passar under flera kategorier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna fick då göra en tolkning och placera datan där den ansågs mest relevant. Författarna saknar tidigare erfarenhet av Barnhälsovården och detta innebar att förutfattade meningar var begränsade vilket underlättade i analysen. Tidigare forskning om ämnet söktes och bearbetades för att ge författarna en ökad förståelse och kunna skapa en bättre intervjuguide.

Inom kvalitativa studier används begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet för att undersöka en studies trovärdighet. Giltighet innebär att resultatet beskriver det som är avsett att beskrivas. Det innebär att koder och kategorier överensstämmer med datamaterialet och det är relevant för giltigheten även hur informanterna är utvalda (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna har granskat koder, kategorier och underkategorier flera gånger samt gjort ett så strategiskt urval som möjligt bland



informanterna, vilket bör öka studiens giltighet. Tillförlitlighet innebär att analysförfarandet ska beskrivas noggrant och reflekteras över under hela processen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Båda författarna läste igenom intervjuerna och analyserade dem samt reflekterade över analysen under processens gång, vilket bör öka tillförlitligheten hos studien. Överförbarhet innebär att resultatet kan appliceras på andra situationer eller grupper och detta är upp till läsaren att avgöra (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna har beskrivit ett strategiskt urval med informanter i olika åldrar och erfarenhet som arbetar på varierande orter i Västra Götaland. Delaktighet handlar om huruvida författarna är delaktiga i resultatet, vilket författarna är i en intervju och får då ses som att de varit med och skapat intervjutexten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna till denna studie hade ingen tidigare erfarenhet av valt ämne och har beaktat och medvetandegjort sin förförståelse och insett att den är med och färgar analysen, alltså kan inte resultatet anses helt oberoende av författarna.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna träffat föräldrar med förlossningsdepression, men att de inte ansåg att det var vanligt. De beskrev att det kunde vara svårt att veta om det var en förlossningsdepression eller om det var något annat som utlöste nedstämdheten. Tidigare forskning menar att nedstämdhet då kan bero på mer tillfälliga anpassningssvårigheter till föräldraskapet än en förlossningsdepression (Wickberg & Hwang, 1996). Enligt Skärsäter (2010) kan mammor efter en förlossning drabbas av en lätt nedstämdhet som kallas "Maternity Blue" men hos 10-15 % utvecklas en svårare form av depression. BVC-sjuksköterskorna upplevde att många av föräldrarna som mådde dåligt efter en förlossning hade någon form av psykisk ohälsa sedan tidigare. Att detta är en riskfaktor för förlossningsdepression visar tidigare forskning (Howell et al., 2005; Massoudi, 2013). BVC-sjuksköterskorna beskrev pappors symtom på depression som att de var mer tillbakadragna, oroliga och ledsna. Tidigare forskning menar att detta kan vara symtom på förlossningsdepression hos pappor, men de kan också bli mer aggressiva och ångestfyllda (Letourneau et al., 2011; Melrose, 2010). Författarna tror att BVC-sjuksköterskorna la olika värde i ordet förlossningsdepression, och det som en BVC-sjuksköterska trodde var förlossningsdepression kanske en annan trodde berodde på andra orsaker, såsom en livskris. Detta var speciellt framträdande vid symtom på depression hos pappor. Författarna anser att det viktiga är att en förälder som är deprimerad får relevant hjälp oberoende av orsak.

Studiens resultat visar att BVC-sjuksköterskorna upplevde olika svårigheter i att identifiera föräldrar med förlossningsdepression. En svårighet var när kommunikationen med föräldern inte fungerade. Enligt Travelbee (1971/2001) är kommunikationen ett av sjuksköterskans viktigaste redskap för en god relation. Sjuksköterskan lär sig att se hur människor kommunicerar med ord, gester och kroppsspråk. Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna tyckte att det var svårt när mammor från andra kulturer inte förstod varför de skulle fylla i EPDS och upplevde frågorna som konstiga. Det upplevdes även som svårt när pappan var med och pratade för mamman eller när de ville hålla problemen inom familjen. Travelbee (1971/2010) menade att familj och kultur påverkar människor och då också hur lidande och sjukdom uppfattas. Ytterligare en upplevd svårighet var om papporna inte var med på BVC och BVC-sjuksköterskan då inte visste hur de mådde. De trodde att pappor kände ett utanförskap på BVC och att de inte vänder sig till BVC om de behöver stöd, vilket även tidigare studier visar (Letourneau et al., 2011; Massoudi, 2013). BVC-sjuksköterskorna

försökte motivera att båda föräldrarna skulle följa med till BVC vilket även Västra Götalands-regionen (2001) rekommenderar. Pappan kan också erbjudas att komma själv för samtal (Västra Götalands-regionen, 2001).

Av resultatet framkom att BVC-sjuksköterskorna ibland kände sig otillräckliga. De kände att de inte hade tillräckligt med tid för allt de ville göra vilket även framkom i en tidigare studie där BVC-sjuksköterskorna inte hade tid att gå igenom en ifylld EPDS med föräldern i den utsträckning de önskade (Glavin et al., 2010). BVC-sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att inte visa för föräldrarna när de var stressade.

Studiens resultat visar att BVC-sjuksköterskorna försökte göra föräldrar uppmärksamma på att förlossningsdepression förekommer. I enlighet med Rikshandboken (2013) menade BVC-sjuksköterskorna att de är med och förebygger en förlossningsdepression genom att fråga hur föräldrarna mår och informera om att förlossningsdepression kan uppkomma. Travelbee (1971/2001) menade att sjuksköterskan ska bedriva hälsofrämjande undervisning vilket bland annat har som mål att förebygga ohälsa. Enligt Melrose (2010) är det viktigt att också uppmärksamma att förlossningsdepression kan drabba pappor. BVC-sjuksköterskorna var dock tveksamma till om papporna kunde drabbas. Här behövs därför mer kunskap om förlossningsdepression hos pappor. De flesta föräldrar med symtom på förlossningsdepression träffade BVC-sjuksköterskan för stödsamtal och det var inte så vanligt att de i stället träffade en psykolog. Travelbee (1971/2001) beskriver att kärnan i sjuksköterskeyrket är en interpersonell process där sjuksköterskan hjälper en individ eller familj att hantera sjukdom och lidande och om det är nödvändigt också hitta en mening med dessa upplevelser. Sjuksköterskan har också som uppgift att identifiera och kunna framkalla förändring på ett målmedvetet, insiktsfullt och omtänksamt sätt. Detta görs genom samtal med föräldern för att förebygga ytterligare lidande. I Rikshandboken (2013) står det att vid lindriga depressioner har stödsamtal med BVC-sjuksköterskan haft god effekt men vid lindrig till måttlig depression har psykologisk behandling varit effektiv. BVC-sjuksköterskan menade att föräldern gärna gick kvar hos dem då de redan hade en relation. Här kan då BVC-sjuksköterskan använda sig av Travelbees (1971/2001) teori om att använda sig själv terapeutiskt genom att använda sin personlighet och sina kunskaper för att på så sätt framkalla förändring hos den andre individen. Detta behöver utvecklas med erfarenheter och BVC-sjuksköterskorna beskrev att det blivit lättare att möta förlossningsdeprimerade föräldrar när de fått mer erfarenhet.

I resultatet framkom att BVC-sjuksköterskorna upplevde användandet av EPDS som positivt. Tidigare studier visar att BVC-sjuksköterskor tyckte att EPDS underlättade då det fanns en misstanke om att en förälder mår dåligt och då öppnade upp för en kommunikation (Glavin et al., 2010; Vik et al., 2009). När en förälder fyllt i EPDS gick BVC-sjuksköterskorna igenom frågorna tillsammans med dem. Screeningen ska för att vara effektiv kombineras med bedömningssamtal (Socialstyrelsen, 2010; Vik et al., 2009). Detta är i enlighet med Travelbee (1971/2001) att bedöma både objektiv och subjektiv hälsa. BVC-sjuksköterskorna var inte överens om vid vilken poäng på EPDS de reagerade och vidtog åtgärder. Poängen där varierade mellan 7-15 poäng. Enligt Rikshandboken (2014) kan 12 poäng eller över tyda på depressiva symtom. BVC-sjuksköterskorna var dock överens om att de inte kunde utgå från bara poängen på EPDS då vissa frågor är mer betydelsefulla än andra och att höga poäng på EPDS inte behövde tyda på förlossningsdepression, medan låga poäng inte behövde betyda att allt var bra. Detta styrks även av Rikshandboken (2014). I resultatet framkom att BVC-sjuksköterskorna önskade ett instrument anpassat för att fånga

upp förlossningsdepression hos pappor. Det varierade huruvida BVC-sjuksköterskorna hanterade pappors välmående. De beskrev att de inte haft fokus på pappors depressiva symtom då de inte screenas. En svensk avhandling visade på liknande resultat och menade att det kan bero på att BVC-sjuksköterskor inte har tillräcklig kunskap för att våga prata med pappan om hans välmående. EPDS finns validerad i Sverige för pappor men har visat sig fånga upp mer av pappors oro och stress än depression och rekommenderas att användas på pappor endast där det finns en misstanke om depression (Massoudi, 2013). Om pappors välmående undersöktes med EPDS eller hälsosamtal gjorde det i samband med att mamman fyllde i EPDS men forskning har visat att förlossningsdepression kan uppkomma senare hos pappor än hos mammor (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka, 2006; Castle et al., 2008). Önskvärt vore att utforma en screening som papporna får fylla i vid lämplig tidpunkt.

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna observerade samspelet mellan förälder och barn. De tittade på hur barnet betedde sig och om det verkade missnöjt. De observerade hur föräldern svarade på barnets signaler och hur anknytningen var mellan dem. Bowlby (1988/2010) menade att ett barn behöver ha en eller flera anknytningspersoner för att utvecklas väl. Barnet utvecklar i en god anknytning en känsla av trygghet genom samspel vilket startar direkt efter födseln, då främst med mamman. Annan forskning visar att barn kan påverkas negativt om mamman eller pappan har en förlossningsdepression (Ramchadani et al., 2005). BVC- sjuksköterskorna reagerade särskilt på om föräldern hanterade barnet mekaniskt eller var avståndstagande gentemot det vilket Bowlby (1988/2010) menar kan påverka barnet negativt i framtiden. Om förlossningsdepression identifieras tidigt hos föräldern och stöttande insatser sätts in kan det leda till att barnet får mindre problem senare under uppväxten (Kerstis et al., 2013) Om en förälder var deprimerad hade BVC-sjuksköterskorna ibland sett tendens till att barnet verkade mer missnöjt men kunde inte säkert säga att det berodde på depressionen. I Rikshandboken (2012) står det dock att spädbarn till föräldrar med emotionella problem kan uppvisa svårigheter med sömn, uppfödning, ökad skrikighet eller att de blir mer passiva. BVC-sjuksköterskorna berättade att några föräldrar med depression beskrev en del situationer som mer besvärliga än föräldrar utan depression gjorde, exempelvis att de fick bära barnet mycket och även tidigare studier har visat att om en förälder hade depressiva symtom upplevdes barnet ha ett mer svårhanterligt temperament. Föräldrarna upplevde även barnet som mer kinkigt och svårtröstat (Kerstis et al., 2013; Ramchandani et al., 2011; Seimyr, 2011). I resultatet framkom att BVC-sjuksköterskan observerade föräldrarnas påverkan på varandra. De hade sett att pappan blev mer tillbakadragen och orolig om mamman mådde dåligt. I vissa fall tog pappan istället över och bestämde över mamman, vilket kunde leda till en konflikt. Författarna till denna studie kan inte utesluta en förlossningsdepression hos en tillbakadragen och orolig pappa då dessa symtom enligt Letourneau et al., (2011) och Melrose (2010) kan vara tecken på en förlossningsdepression. Det är också en riskfaktor om mamman lider av förlossningsdepression att pappan ska drabbas (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka, 2006; Goodman 2004; Kerstis et al., 2013; Letourneau et al., 2011). En orsak till detta kan vara att pappan söker stöd hos mamman men om hon inte kan ge detta kan det påverka pappan negativt (Goodman, 2004).

## **Konklusion**

BVC-sjuksköterskorna träffade inte på förlossningsdepression ofta och tyckte att det kunde vara svårt att skilja på förlossningsdepression och depressiva symtom som berodde på andra orsaker. De upplevde vissa svårigheter med att identifiera förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar, främst gällande kommunikation och när pappor inte är med på BVC. BVC-sjuksköterskorna kände sig ibland otillräckliga då inte kunde hjälpa föräldrarna i den utsträckning de önskade. De ansåg det viktigt att stödja föräldrarna genom att förmedla trygghet och erbjuda samtal. De upplevde att de hade bra stöd av andra yrkeskategorier. BVC-sjuksköterskorna upplevde EPDS screening som positiv. De hade olika brytpunkter men var överens om att det inte bara gick att utgå från poängen. Majoriteten av BVC-sjuksköterskorna önskade ett instrument för screening även till papporna. BVC-sjuksköterskorna observerade också anknytningen mellan förälder och barn samt föräldrarnas påverkan på varandra.

## **Kliniska implikationer och förslag till framtida forskning**

Denna studie har gett kunskaper om BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av nyblivna föräldrar med förlossningsdepression. Denna studies resultat kan bidra till ökad kunskap och bättre möjligheter för BVC-sjuksköterskor att möta föräldrar med förlossningsdepression. Mer forskning behövs om BVC-sjuksköterskors erfarenhet av att möta pappor med förlossningsdepression. Författarna tror att ju mer detta problem medvetandegörs så kommer fler pappor med förlossningsdepression att fångas upp av BVC-sjuksköterskor och därmed behövs också ökad kunskap. Om ett screeninginstrument för pappor utformas behövs ytterligare forskning för att undersöka vid vilken tidpunkt denna screening skulle göras, då forskning visat att pappor ofta drabbas av förlossningsdepression senare än mammor. Då ett flertal studier med syfte att undersöka förlossningsdepression hos föräldrar har som kriterie att föräldrarna ska tala och skriva bra på det språk som studien görs på behövs fler studier som undersöker hur föräldrar från andra kulturer mår och i vilken utsträckning de drabbas av förlossningsdepression. Önskvärt vore även att undersöka hur pappors förlossningsdepression påverkar mammor, och även hur par i samkönade förhållanden påverkar varandra om den ena partnern har en förlossningsdepression. I nuläget har författarna bara funnit forskning om hur pappan påverkas om mamman har en förlossningsdepression.

## REFERENSLISTA

- Bielawska-Batorowicz, E. & Kossakowska-Petrycka, K. (2006) Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 24(1), 21-29. doi: 10.1080/02646830500475179
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas - Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. (P. Wiking, Övers. 1:a uppl.) Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1988)
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K., Matthews, G. & Carrano, J. (2007) Symptoms of Major Depression in a Sample of Fathers of Infants - Sociodemographic Correlates and Links to Father Involvement. *Journal of family issues*, 28(1), 61-99. doi: 10.1177/0192513X06293609
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M. & Rogers, M. (2008) Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 26 (3), 180-194. doi: 10.1080/02646830701691319
- Cox, J., Holden J M. & Sagovsky R. (1987). Detection of Postnatal depression - Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150. 782-786.
- Department of health. (2006). Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS). Hämtad 30 december från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>
- Glavin, K., Ellefsen, B. & Erdal, B. (2010). Norwegian Public Health Nurses' Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nursing*, 27(3), 255-262. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x
- Goodman, JH. (2004) Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26-35.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112
- Howell, A., Mora, P. & Leventahl, H. (2005) Correlates of Early Postpartum Depressive Symptoms. *Maternal and child health journal*. 10 (2), 149-157.
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C. (2013) Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41 (3), 233-239.

Letourneau, N., Duffet-Leger, L., Dennis, C., Stewart, M. & Tryphonopoulos PD. (2011) Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18 (1), 47-47. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s. 187-202)* Lund: Studentlitteratur.

Massoudi, B.N., Hwang, A. & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 149(2013), 67–74. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.005

Massoudi, P. (2013). *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period* (Doctoral thesis, Doctoral Dissertation) Göteborg: Göteborgs universitet

Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 34 (2), 199-210.

Polit, D., & Tatano Beck, C. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9 ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ramchandani, P., O'Connor, T., Heron, J., Murray L. & Evans J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (4), 390-398.

Ramchandani, P., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodden, A. (2011) Paternal depression: An examination of links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28 (6), 471-477

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development; a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205

Rikshandboken. (2013). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS*. Hämtad 18 december 2014 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Rikshandboken. (2014). *Föräldra-barn samspelet, 0-2 år*. Hämtad 15 januari 2015 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Relationer-och-samspel/>

Rikshandboken. (2011). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. Hämtad 20 Mars 2015 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>

Rikshandboken. (2012) *Psykosocialt arbete*. Hämtad 20 mars 2015 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/texter/psykisk-halsa/psykosocialt-arbete/>

Seimyr, L. (2011). *Depressiva reaktioner hos blivande och nyblivna mödrar - Kvinnors och mäns upplevelser av föräldraskap första året efter barnets födelse* (Doctoral thesis, doctoral degree) Stockholm: Karolinska Institutet

SFS: 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 15 januari, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 29 december 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>.

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depression - Frågor och svar*. Hämtad 30 januari 2015 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Behandling-av-depression/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008a). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 16 April 2015 från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008b). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 16 April 2015 från: [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/barn\\_ssk\\_spec.kompetensbeskrivn.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/barn_ssk_spec.kompetensbeskrivn.pdf)

Tammentie, T., Tarkka, M., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Laippala P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (2), 141-149.

Travelbee, T. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (Thorbjørnsen, K M., Övers 1:a uppl.) Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag (Originalarbete publicerat 1971)

Vik, K., Aass, I M., Willumsen, A B. & Hafting, M. (2009) "It's about focusing on the mother's mental health": Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37 (3), 239-245.

Västra Götalands- regionen. (2001). *Rutiner vid användande av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), åtgärder och dokumentation inom Mödra- och barnhälsovården Göteborg*. Hämtad 29 december 2014 från: <http://hitta.vgregion.se/?q=epds>

Wickberg, B & Whang, C.P. (1996) Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*, 95 (1997), 62-66



## Informationsbrev till verksamhetschef

### Ansökan om godkännande till deltagande i en vetenskaplig studie och hjälp att tillfråga BVC-sjuksköterskor om deltagande i studien.

Vi är två sjuksköterskor som går en specialistsjuksköterskeutbildning till Distriktssköterska på Högskolan i Skövde och som ska skriva en magisteruppsats. Studien kommer genomföras under våren 2015.

*Varför görs undersökningen?* Förlossningsdepression drabbar mer än var tionde nybliven mamma och påverkar både pappan och barnet på olika sätt. Det är därför av stor vikt att så tidigt som möjligt upptäcka detta för att kunna ge rätt stöd. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är ett instrument som används på alla nyblivna mammor i Sverige för att upptäcka förlossningsdepression. På senare år har forskning visat att även pappor kan drabbas av förlossningsdepression och i nuläget finns inga rutiner eller specifika instrument för att screena pappor på BVC. I ett flertal studier upplever BVC-sjuksköterskor att EPDS är ett bra instrument för att upptäcka förlossningsdepression hos mammor. Fler studier behövs om BVC-sjuksköterskors erfarenhet och hantering av förlossningsdepression hos pappor.

*Studiens syfte och hur studien går till.* Syftet med studien är att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC.

Ett informationsbrev kommer att skickas ut till BVC-sjuksköterskan via e-post för att få samtycke till deltagandet. Intervjun kommer att äga rum under vecka fem- åtta på enskild plats samt avsatt tid som deltagaren bestämmer. Intervjun beräknas pågå runt 30-60 minuter och kommer att spelas in. Frågorna handlar om sjuksköterskernas erfarenhet och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. Det insamlade datamaterialet kommer att hanteras konfidentiellt vilket innebär att deltagarna förblir anonyma under hela studiens gång. De kan när som helst avbryta sitt deltagande.

Har ni frågor om studien vänligen kontakta oss för mer information:

Författare 1

Författare 2

### *Tillstånd att inhämta data för en empirisk studie*

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data för en empirisk studie under vecka fem till åtta. Tacksam för svar senast dagen för intervjutillfället.

Tillstånd att inhämta data för en empirisk studie tillstyrks:

Namn

.....

Befattning

.....

## **Informationsbrev till BVC-sjuksköterskor**

### **Information och förfrågan till BVC-sjuksköterska om deltagande i studien angående förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar.**

Vi är två sjuksköterskor som går en specialistsjuksköterskeutbildning till Distriktssköterska på Högskolan i Skövde och som ska skriva en magisteruppsats. Studien kommer genomföras under våren 2015.

#### **Bakgrund och syfte**

Förlossningsdepression drabbar mer än var tionde nybliven mamma och påverkar både pappan och barnet på olika sätt. Det är därför av stor vikt att så tidigt som möjligt upptäcka detta för att kunna ge rätt stöd. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är ett instrument som används på alla nyblivna mammor i Sverige för att upptäcka förlossningsdepression. På senare år har forskning visat att även pappor kan drabbas av förlossningsdepression och i nuläget finns inga rutiner eller specifika instrument för att screena pappor på BVC. I ett flertal studier upplever BVC-sjuksköterskor att EPDS är ett bra instrument för att upptäcka förlossningsdepression hos mammor. Fler studier behövs om BVC-sjuksköterskors erfarenhet och hantering av förlossningsdepression hos pappor. Syftet med studien är att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC.

#### **Förfrågan om deltagande**

Härmed tillfrågas du att delta i en vetenskaplig studie gällande BVC-sjuksköterskors erfarenheter och hantering av förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar på BVC. Deltagandet innebär att du kommer att bli intervjuad.

#### **Hur går studien till?**

Intervjun kommer att äga rum på enskild plats och på avsatt tid som du bestämmer. Intervjun beräknas pågå mellan 30-60 minuter och kommer att spelas in. Det kommer vara 9 frågor och eventuellt några följdfrågor. Frågorna kommer att vara övergripande och du får fritt berätta runt dem.

#### **Innebär ditt deltagande några risker eller några fördelar?**

En fördel med ditt deltagande är att du hjälper författarna att erhålla ny kunskap om förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar. Författarna kan inte se några risker med deltagande.

#### **Hantering av insamlade data**

Din inspelade intervjun kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av den och den kommer att koda före analys. Kodning innebär att författarna avidentifierar materialet så att det inte framgår vem som intervjuats under analysen. Intervjun kommer att transkriberas för att sedan läsas igenom på ett så objektivt sätt som möjligt av båda författarna. Du förblir anonym och den insamlade datan kommer att förvaras på säker plats så ingen obehörig kan ta del av materialet. I resultatet kommer ingen veta vad just du har svarat. Ansvarig för dina personuppgifter är högskolan i Skövde.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Resultatet från studien kommer att redovisas i en magisteruppsats som efter godkännande kommer publiceras på databasen DIVA, som nås via bibliotekets hemsida vid Högskolan i Skövde, <http://www.his.se/biblioteket/>.

### **Frivillighet och informerat samtycke**

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan att behöva ange orsak till ditt beslut. Du samtycker till att delta i studien genom att delta i intervjun.

Om Du har frågor kring studien är Du välkommen att vända Dig direkt till:

Författare 1

Författare 2

## **Intervjuguide**

### **Utbildning? Antal år som BVC-sjuksköterska? Ålder?**

Berätta om ett möte med en mamma som visade tecken på förlossningsdepression?

Berätta om ett möte med en pappa som visade tecken på förlossningsdepression?

Berätta om hur du upplever att det är att möta föräldrar med förlossningsdepression?

Hur hanterar du föräldrar med förlossningsdepression?

Vid vilken poäng på EPDS skalan anser du att föräldern visar depressiva symtom?

Efter en förälder fyllt i EPDS, hur tolkar/analyserar du svaren?

Hur ser du på din kunskap inför att möta dessa föräldrar?

Berätta om vad som kan vara svårt i mötet med föräldrar med förlossningsdepression?

Om mamman tecken på förlossningsdepression, hur hanterar du pappan och barnet?

Många studier visar att även pappor drabbas av förlossningsdepression. Hur ser du på det och vad väcker det för tankar? (frågades endast om BVC-sjuksköterskan inte mött en pappa med förlossningsdepression)