

# **Information om förlossningsdepression på rådgivningen åt nyblivna pappor.**

**- En kvantitativ studie.**

Alexandra Nyroos

Emilia Niemi

Examensarbete för hälsovårdare- och sjuksötarexamen

Utbildningen för Vård

Vasa 2019





## EXAMENSARBETE

Författare: Alexandra Nyroos & Emilia Niemi

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Monika Koskinen & Ralf Lillbacka

Titel: Information om förlossningsdepression på rådgivningen åt nyblivna pappor. - En kvantitativ studie.

---

Datum Maj 2019

Sidantal 54

Bilagor 1

---

### Abstrakt

I det här examensarbetet har vi beskrivit förlossningsdepression hos pappor. Syftet med studien var att ge oss förståelse och information om hurudan information en hälsovårdare på barn- och mödrarrådgivningen skall ge åt en nybliven pappa så att han skall få kunskap om förlossningsdepression. Respondenterna vill också genom studien få fram på vilket sätt vi kan förbättra vården så att information om förlossningsdepression når ut till fler nyblivna pappor innan de blir drabbade.

Studien genomfördes genom en webbenkät som sattes ut på sociala medier där finländska nyblivna pappor med barn under 2 år frivilligt fick svara. Enkäten hade 16 strukturerade frågor med färdiga svarsalternativ. 66 informanter svarade på enkäten var av 57 svar analyserades genom deskriptiv statistik. Resultatet tolkades mot Halldórsdóttirs teori om vårdande och ickevårdande ur en patients synvinkel (1996).

Resultatet visade bland annat att 42,1% var medvetna om att även pappor kan drabbas av förlossningsdepression, 24,6 % av informanterna ansåg att de hade fått information om förlossningsdepression från rådgivningen och 40,4 % önskar att rådgivningsbesöken skulle vara mer fokuserade på båda föräldrarna.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsdepression, Pappor

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Alexandra Nyroos & Emilia Niemi

Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa

Ohjaajat: Monika Koskinen & Ralf Lillbacka

Nimike: Tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta neuvolassa tuoreille isille. -  
Kvantitatiivinen tutkimus.

---

Päivämäärä: Toukokuu 2019

Sivumäärä 54

Liitteet 1

---

## Tiivistelmä

Tässä työssä on kuvattu isä ja synnytyksen jälkeinen masennus. Tutkimuksen tarkoitus oli antaa meille ymmärrystä ja tietoa siitä, minkälaista tietoa terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa pitäisi antaa tuoreelle isälle, jotta hän saisi tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Halusimme myös tutkimuksen avulla selvittää, miten voimme parantaa hoitoa niin että isät saisivat tietoa synnytyksen jälkeistä masennusta ennen kuin he sairastuvat.

Tutkimus toteutettiin kysymyslomakkeella sosiaalisen median kautta. Vastaajat olivat suomalaiset tuoreet isät, joilla oli alle 2-vuotiaita lapsia. Kyselylomakkeessa oli 16 kysymystä missä oli valmiita vastauksia. Kyselyyn saimme 66 vastausta, joista 57 vastausta analysoitiin kuvaavilla tilastoilla. Tulos tulkittiin Halldórsdóttirin hoitotyön teoriaa vastaan, hoivaa ja ei-hoivaa potilaan näkökulmasta (1996).

Tulokset osoittivat muun muassa että 42,1% oli tietoinen siitä, että myös isät voivat kärsiä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, 24,6% vastaajista koki saaneensa tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta neuvonnasta ja 40,4% toivoivat että vierailut neuvolassa keskittyisivät enemmän molempiin vanhempiin.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytysmasennus, isät

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Alexandra Nyroos & Emilia Niemi

Degree Programme: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisors: Monika Koskinen & Ralf Lillbacka

Title: Information about postpartum depression on counseling for new fathers. - A quantitative study.

---

Date May 2019

Number of pages 54

Appendices 1

---

### **Abstract**

In this thesis we have described postpartum depression in fathers. The purpose of the study was to give us an understanding of and information about how a public health nurse working in the maternity- and child health clinics should give information to a new father so that he will gain knowledge of post partum depression. The respondents also wanted to find out how we can improve professional care so that information about postpartum depression reaches more new fathers before they become affected.

The study was performed as a web survey that was put out on social media. The informants who answered were Finnish new fathers with children under the age of 2. The survey had 16 structured questions with ready-made answers. 66 informants responded to the survey, of which 57 replies were analyzed through descriptive statistics. The result was interpreted against Halldórsdóttirs theory about caring and uncaring from a patient's point of view (1996).

The results showed, among other things, that 42.1% were aware that fathers also could suffer from postpartum depression, 24.6% of the informants felt that they had received information of postpartum depression from maternity- and child health clinics and 40.4% wished that the visits at the maternity- and child health clinics would focus more on both parents.

---

Language: Swedish

Key words: Postpartum depression, fathers

---

# Innehållsförteckning

1	Introduktion .....	1
2	Bakgrund .....	2
2.1	Den nya pappa-rollen .....	3
2.2	Definition av förlossningsdepression.....	4
2.2.1	Baby blues .....	4
2.2.2	Symptom vid förlossningsdepression .....	4
2.2.3	Riskfaktorer för förlossningsdepression.....	5
2.2.4	Diagnostisering av förlossningsdepression .....	7
2.2.5	EPDS- blankett.....	8
2.2.6	Behandling vid förlossningsdepression.....	9
2.2.7	Stödformer vid förlossningsdepression .....	12
2.3	Hur en förälders förlossningsdepressions kan påverka barnet.....	12
2.4	Rådgivningsarbete i Finland .....	14
3	Teoretisk utgångspunkt.....	15
4	Syfte och frågeställningar .....	17
5	Metodkapitel .....	17
5.1	Kvantitativ studie .....	17
5.1.1	Deskriptiv studie.....	18
5.2	Datainsamling och urval.....	19
5.3	Dataanalys.....	20
5.4	Etiska överväganden.....	21
6	Resultat .....	22
6.1	Informantens deltagande i rådgivningsbesöken.....	23
6.2	Informantens tidigare kunskap och erfarenhet om förlossningsdepression .....	24
6.3	Informantens åsikt gällande information om förlossningsdepression .....	29
6.4	Övriga kommentarer i enkäten.....	32
6.5	Sammanfattning av resultat.....	33
7	Diskussion .....	36
7.1	Tolkning av resultatet.....	37
7.2	Tolkning av resultat relaterat till bakgrunden .....	38
7.3	Tolkning av resultat relaterat till den teoretiska utgångspunkten.....	41
7.4	Kritisk granskning.....	44
8	Slutledning .....	45
	Källförteckning .....	47
	Bilaga 1 - Enkäten för den kvantitativa studien	



# 1 Introduktion

Förlossningsdepression även kallat postpartum depression (PPD) är den mest vanliga komplikationen efter en förlossning (Kendell-Tackett, 2010). Av de kvinnor som genomgått en förlossning lider cirka 10 - 15 % av förlossningsdepression (Äimä ry). Det som många inte vet är att även män kan drabbas av depression efter förlossningen. Enligt Pacific Post Partum Support Society drabbas 10 % av nyblivna pappor av förlossningsdepression. De pappor vars partner insjuknat i förlossningsdepression löper ännu större risk att drabbas, då upp till 25 - 50%. Enligt en studie gjord i Hong Kong rapporterades att post partum depression hos pappor varierade från 5,3 - 31,7% medan det ur en metaanalys av 43 studier var det uppenbart att 10% av männen visade symtom på förlossningsdepression (Koh, Chui, Tang, & Lee 2014). Depressionen kan bero på olika orsaker men kan ha samband med psykologiska, sociala och hormonella faktorer (Tarnanen, Isometsä, Kinnunen, Kivekäs, Lindfors, Marttunen & Tuunainen 2016). Även besvikelse och missnöje kan upplevas för att småbarnstiden inte blev så skimrande och rofylld som man förväntat sig och att man känner att man inte räcker till och inte uppnår sin egen målsättning som en bra förälder (Kendell-Tackett 2010).

I en studie gjord i Kina kom man fram till att både nyblivna mammor och pappor kan uppleva förlossningsdepression. I studien ville man undersöka olikheterna och förekomsten av depression och faktorer relaterade till depression hos nyblivna mammor och pappor efter barnets födsel. I undersökningen användes: EPDS-skalan och skalan för uppfattad stress samt skalan för upplevt socialt stöd, med dessa ville man mäta depression, den upplevda stressen och det sociala stödet. Resultat visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan mammor och pappor. Papporna upplevde liknande nivåer av stress så som mammorna gjorde och det visade sig att pappor hade möjlighet till mindre socialt stöd än vad mammorna hade (Mao, 2011). Därför är det viktigt att som vårdpersonal kunna fånga upp pappan med förlossningsdepression för att kunna ge ett tidigt stöd för honom och för hela familjen.

I en artikel skriven i lääkärilehti (2010) skriven av Soininen har hon intervjuat flera personer inom vården. Soininen skriver att fler och fler småbarnspappor drabbas av depression och att det är mer vanligt än vad man kan tro, nästan lika vanligt som hos mamman, eftersom det inte finns så mycket forskning kring förlossningsdepression hos män är det svårt att veta exakt hur många procent som drabbas. De flesta mammor som är deprimerade fångas upp i



vården och får hjälp, men de flesta pappor glöms bort. En orsak till varför förlossningsdepression har ökat hos män kan vara att männen i dagens värld deltar mer än tidigare i skötseln av barnet och har ett större ansvar än förut. En annan orsak kan vara att män allmänt är sämre på att ta sig till vård och söka hjälp i jämförelse med kvinnor (Soininen, 2010). Yle skriver i en artikel att de flesta pappor inte själva vet om att de är deprimerade men att det årligen uppskattas att 6000 blivande pappor drabbas av förlossningsdepression (Yle 2014).

Med tanke på vårt kommande yrke och vårt eget intresse valde vi att fördjupa oss i ämnet förlossningsdepression och ta reda på hur den nyblivna pappan upplever att han har kunskap om förlossningsdepression från tidigare och om hur han upplever sig fått information om förlossningsdepression på barn- och mödrarådgivningen. I denna studie benämns författarna som respondenter och deltagarna i studien benämns som informanter.

## **2 Bakgrund**

Fokus i denna studie kommer att vara den nyblivna pappan och vad han anser att han har för kunskap och hurudan upplevelse han har av information från rådgivningen angående förlossningsdepression. Det är viktigt för vårdpersonalen att få veta hurudan kunskap som pappor har sedan tidigare och hurudan information de anser sig få och hurudan information de hade önskat att de skulle fått. För att vårdpersonalen skall kunna arbeta på ett professionellt sätt behövs grundläggande kunskaper om sjukdomsförloppet vid förlossningsdepression. Detta för att själva kunna erbjuda våra kommande klienter den optimala vården de själva anser att de vill få men också för att sprida kunskapen vidare till personalen på barn- och mödrarådgivningar som har kontakt med nyblivna föräldrar i en sådan situation dagligen. Det är viktigt att få rätt vård och känna sig väl bemött för att uppnå tillfrisknande så fort som möjligt så föräldrarna kan börja njuta av småbarnstiden och knyta an till barnet och få en fungerande vardag.

I studien har respondenterna använt nio stycken vetenskapliga artiklar som respondenterna valt att tematisera i bakgrundskapitlen. För att hitta artiklar till studien användes söktjänsten Finna som respondenterna haft tillgång till via vetenskapsbiblioteket Tritonia. Respondenterna använde i första hand sökord som: depression, postpartum, postnatal, mother, pappa, dad och father. Dessa sökord användes både separat och i kombination.

Respondenterna hade som kriterier för artiklarna att de skulle vara skrivna efter år 2010 trots detta valde respondenterna ändå att ta med en artikel som var äldre än artikelkriterierna för att den ansågs som tillförlitlig och väsentlig för studien.

## 2.1 Den nya pappa-rollen

Pappans liv förändras inte avsevärt under graviditeten vilket kan göra att det blir en mycket stor och överraskande förändring när barnet föds, vilket kan öka risken för depression. I verkligheten är kvinnans graviditet och födseln av ett barn en stor förändring även för pappan, men pappans känslor lämnas ofta åt sidan och ofta upptäcks en eventuell depression hos pappan först när mammans eventuella depression blir bättre (Kortesoja, Sääksniemi, Mäenpää & Paananen). När man får barn kan det vara en emotionellt stressig tid och mycket funderingar kring ekonomin. Man kan förlora vetskapen om vem man är och mentalt vara osäker på vilken roll man skall ha. Kan också vara fysiskt utmattande när man har ett stort ansvar och skall ta hand om barnet och ibland även partnern (PPPSS 2018).

På 1950 talet var rollen som pappa en som skulle försörja familjen och vara maktagare över familjen, någon annan uppgift hade man inte då som pappan i familjen. Idag däremot är papparollen diffus och det finns ingen klar uppgift vad just pappa ska sköta. Idag är både mamman och pappan en "sidekick" åt varandra. Man hjälps åt och finns som stöd åt den andra (Hansson 2008). Jämställdheten är väldigt påtaglig i dagens samhälle och många pappor känner krav på att visa sig jämställd. Flera pappor tycker också att det kan kännas jobbigt över samhällets hets kring könsstereotypiska drag (Falk & Krupa 2016).

Det är viktigt att både mamman och pappan är med och får bestämma om allt det praktiska kring barnet för att få en förståelse för den andra i sin nya roll. En pappa som tidigare inte brytt sig så mycket i vad kvinnan inhandlar kan helt plötsligt bli mycket upprörd över den vita barnvagnen som han skulle velat ha svart. Att bli pappa medför starka känslor. Man kan ha svårt att ta till sig alla nya känslor och förstå att barnet verkligen är mitt och svårt att känna att barnet har tillit till en och att barnet visar kärlek trots att barnet är så litet (Hansson 2008). Många pappor känner även lättnad när barnet äntligen är hos dem, många kan ha känt en stark oro över att graviditeten inte ska gå vägen, att mamman eller barnet skulle komma till skada eller att de över huvud taget inte skulle kunna få barn (Falk & Krupa 2016).

## **2.2 Definition av förlossningsdepression**

Förlossningsdepression är en av de vanligaste komplikationerna efter en förlossning. Förlossningsdepression kallas även i många sammanhang för post partum depression (PPD) eller postnatal depression. Man hör oftast folk prata om att mamman har drabbats av förlossningsdepressionen men sanningen är att det är nästan lika vanligt för mannen i partnerskapet att insjukna i förlossningsdepression. Depressionen yttrar sig ofta med en känsla av trötthet i kroppen och dåliga tankar om sig själv (Bergström 2013, s.128 - 130). Symptombilden för förlossningsdepression skiljer sig inte från en depression, ända som skiljer är tidpunkten för när depressionen yttrar sig. Faktorer som kan påverka depressionen är nyblivna upplevelser och relationen till barnet och familj (Wickberg & Hwang 2003, s.17).

### **2.2.1 Baby blues**

Baby blues kan också kallas post partum blues och är en mycket vanlig och övergående reaktion och är en känslomässigt ostabil tid hos en nybliven förälder. Baby blues symptomen uppstår under dagarna efter förlossningen och varar ungefär ett till två dygn. Orsaken till det kan vara hormonella faktorer, kan bero på utmattning på grund av ökad spänning inför allt det nya som förlossning och barn innebär, men även utmattning efter själva förlossningen och sömnlöshet (Wickberg & Hwang 2003, s.14 - 15). Tecken på baby blues kan synas på lite olika sätt hos män och kvinnor. Hos mamman kan det visa sig som gråtmildhet, depression, trötthet, osäkerhet och rädsla. Hos pappan kan de istället visa sig som irritation, stress, nervositet, nedstämdhet, tysthet, ökat alkoholbruk, att pappan jobbar mycket och har relationer utanför familjen (Jussila 2016). Ifall dessa tecken upptäcks är det mycket viktigt att följa med och se ifall det är en övergående reaktion eller ifall det finns risk för utveckling till förlossningsdepression (Wickberg & Hwang 2003, s.14 - 15).

### **2.2.2 Symptom vid förlossningsdepression**

Ett av de första symtomen vid förlossningsdepression är att tomhetskänslorna man kan ha fått efter de första dagarna med barnet stannar kvar och fortfarande känns intensiva efter ett par veckor. Depressionen behöver inte komma direkt efter förlossningen utan kan drabba föräldrarna upp till ett år efter förlossningen. Vanligaste är att mamman drabbas av förlossningsdepressionssymtomen under de två första månaderna medan det hos mannen är vanligast att drabbas under de tre till sex första månaderna som nybliven förälder. I samband

med tomhetskänslorna börjar också andra symtom dyka upp så som trötthet i kroppen och dåliga tankar om sig själv. Man kan känna sig värdelös och otillräcklig. Tankarna behöver inte vara konstanta utan kan komma och gå i perioder. Perioderna kan upplevas som värst om brist på vardagsrutiner uppkommer eller om barnet är svår tröstad. Många upplever att koncentrationsförmågan försämras och att de får svårt att planera saker. Skammen kan kännas stor och många drar sig då undan umgängeskretsar för att slippa berätta. Man kan också drabbas av gråtattacker, ångest och ökad aggressivitet (Bergström 2013, s.128 - 130). Om man inte får hjälp i ett tidigt skede kan tankarna leda till självmordstankar och tankar om att skada sig själv eller barnet. Detta kan också upplevas som en fobi, som en fruktan över att vara rädd att skada barnet (Persson 2009).

Andra symptom som kan visa sig hos en deprimerad mamma kan vara nedstämdhet, ha svårt att vara glad, hittar ingen glädje i sådant som hon tidigare tyckt om och hon kan få viktförändringar. Hon kan känna hopplöshet och vara energilös. Humörsvängningar är vanligt liksom ångest, oro och panik (Bengtsson 2017). Symptom på förlossningsdepression hos pappan skiljer sig lite från mammans symptom, exempelvis kan depressionen hos pappan visa sig som ökad aggressivitet, konflikter med andra, våldsamt beteende, ökad användning av alkohol och droger. Frustration, irritabilitet, stress, impulsiv och tar risker. Kan ha sämre motivation och mista intresset för sitt jobb, hobbyer och sex eller så jobbar han mycket mer än tidigare. Kroppsliga symptom kan vara viktnedgång eller viktuppgång, huvudvärk, matsmältningsproblem, smärta i kroppen. Men pappan kan också vara mycket trött och ledsen och kan gråta utan orsak samt ha självmordstankar (PPPSS 2018).

### **2.2.3 Riskfaktorer för förlossningsdepression**

Kunskapen hos pappor om vilka riskfaktorer som finns för att drabbas av förlossningsdepression är små (Koh et. al. 2014). Man vet egentligen inte vad förlossningsdepression beror på, det finns teorier om att personer som är mer sårbara än andra eller personer med psykisk och social påfrestning skulle löpa större risk att insjukna. Risken att drabbas av förlossningsdepression är högre om man tidigare haft någon form av depression eller psykisk sjukdom. Svåra saker som man upplevt tidigare i livet eller om man är ensamstående föderska så kan också vara en större risk. Dålig relation till sin partner eller dåligt ställt med exempelvis boende och ekonomi är också en betydande riskfaktor. Föräldrar som upplevt en svår förlossning och inte fått tid att återhämta sig innan vardagen kommit emot har större risk att insjukna. I vissa fall kanske det inte finns familj och vänner som kan hjälpa och stötta och på så vis skapas en känsla av ensamhet som senare kan leda till

förlossningsdepression. Hos mannen är en av de största riskfaktorerna att man känner oro över ansvaret man kommer få över den nya familjemedlemmen (Bergström 2013, s.128 - 130).

Men det finns många andra riskfaktorer för att pappan skall drabbas av förlossningsdepression. Det vanligaste riskfaktorn är att partner lider av depression. Andra faktorer som spelar roll är ifall det finns problem i parrelationen, känsla av utanförskap eller osäkerhet i skötseln av barnet, otillräckligt stöd i föräldraskapet, eller ifall graviditeten kom som en överraskning. Även negativa barndomsminnen och stor alkoholanvändning kan påverka (Järvinen 2015). Brist på socialt- och emotionellt stöd är också en riskfaktor liksom förändringar i parrelationen, så som stress i vardagen eller stress vid födseln, sömnproblem samt ingen uppmärksamhet eller intimkontakt av partnern (PPPSSS 2018).

Koh et al. nämner i sin studie att bidragande riskfaktorer för att drabbas av förlossningsdepression hos män är bland annat dåliga äktenskapsrelationer, dåligt socialt nätverk, en icke stödjande parrelation, ung ålder, sämre socialt arbete, arbetslöshet och tidigare psykisk sjukdom. I studien framkommer också att om pappor har fått bristfällig och otillräcklig information om graviditet och förlossning kan detta vara en bidragande riskfaktor till att utveckla förlossningsdepression hos män.

I en studie gjord i USA har man följt med 150 stycken nyblivna föräldrarna innan graviditeten till nio månader efter födseln man ville undersöka sambandet mellan förväntningar som föräldrarna hade under graviditeten med upplevelsen de hade efter födseln och föräldrarnas mentala hälsa. I studien kom man fram till att då förväntningarna inte uppfylls är risken större för depression, alltså är förväntningar av föräldraskapet negativt förknippade med förlossningsdepression hos både pappan och mamman och att de vars erfarenhet av föräldraskapet var mer negativ än vad de förväntat sig hade en högre risk att utveckla förlossningsdepression inom den första månaden efter födseln. Resultatet visar också att det inte finns stora skillnader i utvecklandet av förlossningsdepression mellan könen, förutom att pappan har stor risk både vid den första månaden och den fjärde månaden efter förlossningen, medan mamman har en risk men endast under den första månaden (Gross 2017).

Sårbarheten hos alla är individuell, för vissa kan det behövas flera olika faktorer för att förlossningsdepression ska uppstå medan för en annan person kan endast en faktor vara orsaken till att man får förlossningsdepression. Wickberg & Hwang beskriver enligt Milgroms biopsykosociala modell av förlossningsdepression (1999) faktorer som kan

påverka sårbarheten, dessa kan vara barndomsupplevelser, tidigare depression, premenstruellt syndrom, negativa livshändelser eller dålig parrelation, men också brist på stöd. Den nya familjen och förhoppningar och föreställningar om hur det skulle bli är faktorer till utvecklandet av förlossningsdepression. Det som kan förvärra depressionen är ifall man inte får hjälp och fortsätter ha negativa tankar om sig själv, känslomässiga reaktioner och svårighet i att anknyta barnet. Även sexuellt utnyttjande och fysiskt våld mot kvinnan, som skett någon gång under livet, visar sig ha en ökad risk för att kvinnan skall drabbas av depression (Kendall-Tackett 2010, s.95). I en artikel skriven av Sigurdardóttir, Halldórsdóttir & Sóley (2012) har man intervjuat isländska män där alla som barn har upplevt sexuellt övergrepp. I studien tas det upp hur övergreppen har påverkat männens hälsa och välbefinnande. Resultatet i studien visar hur männen fått uppleva lidande som påverkat hela deras liv. De har känt en känsla av obefintlig lindring och flera av männen har levt i tystnad. Flera av männen har även haft tankar om att skada sig själva till den grad att de inte skulle överleva. Konsekvenserna av övergreppen blev bland annat mobbning, inlärningssvårigheter, beteendestörningar, problem med alkohol och droger i ung ålder och svåra problem med sexuella och intima relationer som i sin tur blivit depressioner av olika varianter. På grund av samhällets fördomar har männen haft svårt att söka hjälp och detta visade då på hur stort behovet är av yrkesprofessionella, som kan uppmärksamma följderna av sexuellt övergrepp och kan stoppa konsekvenserna i tid.

Det finns delade meningar om hur vida sociala faktorer har påverkan på insjuknandet av förlossningsdepression. Men de flesta hävdar att bristande stöd åt föräldrarna, arbetslöshet och andra sociala kulturella problem kan vara utlösande faktorer. Sårbarhetsnivån hos individen och stressupplevelsen över det nya ansvaret som förälder kan stärka depressionsreaktionen (Persson 2009). Stress på grund av komplikationer, sjukdom hos barn, bristande stöd och ekonomisk ostabilitet. Även hormoner kan påverka utvecklingen av förlossningsdepression (Wickberg & Hwang 2003, s.26).

#### **2.2.4 Diagnostisering av förlossningsdepression**

För att få diagnosen förlossningsdepression krävs enligt ICD-10 (international statistical classification of diseases and related health problems – tenth revision) att symtomen ska ha startat inom fyra veckor efter förlossningen medan enligt DMS-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth) ska symtomen börjat inom sex veckor efter förlossningen. Trots detta så startar oftast förlossningsdepressionen först mellan andra och

fjärde månaden (Persson 2009). Ifall pappan drabbas så är det vanligtvis under de tre till sex första månaderna som nybliven förälder som han drabbas (Bergström 2013).

Fast personen fortfarande fungerar så kan man ha svårt att själv bedöma vilken hjälp och stöd man är i behov ut av. Oftast är det någon vän eller bekant som känner av situationen och kan säga att personen verkar ha drabbats av förlossningsdepression och kan då uppmuntra personen att söka vård för tillfrisknande. Detta kan vara orsaken till att många personer går en längre tid med förlossningsdepression utan att få vård för att de själva inte anser sig behöva hjälp och känner så stark skam att de drar sig undan umgänge och därför märker ingen utomstående heller av behovet (Bergström 2013, s.128 - 130). I studien som Koh et al. (2014) skrivit kommer det fram att tidig screening och vårdpersonalens tidiga agerande och större uppmärksamhet på pappor skulle kunna förhindra stor del av den psykiska ohälsan som uppstår efter en förlossning.

### **2.2.5 EPDS- blankett**

Edinburgh postnatal depression scale, även kallad EPDS blankett används på barn- och mödrarådgivningar av vårdpersonalen och i forskningssammanhang för att upptäcka depressiva symtom efter förlossningen. Skalan är en självskattningsskala som tar upp bland annat de klassiska depressiva symtomen och symtom på ångest. Skalan är lätt att fylla i och tar inte lång tid att utföra. EPDS blanketten kan ej enbart användas som diagnosbas utan används i samband med en klinisk bedömning (Persson 2009). EPDS-blanketten är inte endast utsedd för modern utan kan också göras på fadern ifall han visar tecken på förlossningsdepressions symtom (THL 2014).

Skalan är uppbyggd med tio frågor, dessa frågor svara föräldrarna på antingen vid efterundersökningen efter förlossningen eller senast i anslutning till hälsoundersökningen på rådgivningen av det 6 - 8 veckor gamla barnet (THL 2017). En poängsumma med 10 poäng eller mer indikerar på möjlig depression. Vid 13 poäng eller mer bör alltid en klinisk bedömning göras (THL 2014). Viktigt att komma ihåg att trots att skalan blivit gjord och inga depressiva symtom har observerats via den skall man alltid observera föräldrarnas sinnesstämning vid varje rådgivningsbesök och vid behov kan en ny EPDS-blankett ifyllas (THL 2017). I en forskning som gjorts på Lunds universitet i Sverige har man undersökt olika metoder för att upptäcka förlossningsdepression hos pappor. 447 pappor deltog i studien, där de fick svara på frågor online. Resultaten visade att 27% av papporna hade depressiva symptom (Enligt självskattningsskalan; the Beck depression inventory-II, för att

bedöma grad av depression). Användning av endast EPDS-skalan vid screening av depression är inte helt passande för identifiering av förlossningsdepression hos pappor, detta på grund av pappors symptom ofta kan vara annorlunda än hos mamman och svårt att identifiera endast med EPDS-skalan. Forskningen använde sig av en skala i kombination av EPDS-skalan och GMDS-skalan (Gotland Scale for Assessing Male Depression) och detta visade sig vara ett lämpligare screeninginstrument för att screena förlossningsdepression hos pappor (Psouni, Agebjörn & Linder 2017).

GMDS- skalan är en skattningsskala för manlig depressivitet. Skalan är bättre anpassad för män och deras symptom på en eventuell depression, skalan bedömer beteendeförändringar hos mannen. Skalan är ursprungligen utarbetad i Gotland och rekommenderas av EU och WHO för att användas i förebyggande syfte i att förhindra självmord. Skalan används inte mycket men har i vissa fall använts för att hitta depression hos missbrukare, bland utåtagerande män och hos pappor med eventuell förlossningsdepression (Nordenmark & Hyllander).

De flesta nyblivna mammor som besöker rådgivningen screenas för eventuell depression, men pappor screenas inte regelbundet och på grund av att man i sådant fall oftast använder EPDS kan flera pappor med förlossningsdepression bli oidentifierade och det tar då längre tid innan de får hjälp. Det kommer även fram i forskning att screening av pappor borde göras över en längre period (längre än ett år efter barnets födsel) då symptomen hos pappan vanligtvis kommer senare än hos en mamma med förlossningsdepression (Psouni, Agebjörn & Linder 2017).

### **2.2.6 Behandling vid förlossningsdepression**

Oftast är det mammor som drabbats av förlossningsdepression som är mer mottaglig för att ta emot den hjälp som är möjlig att fås (Wickberg & Hwang 2003, s.17). Oftast går förlossningsdepression över efter några månader till upp till ett halvt år (ibland upp till ett år eller ännu längre tid). Fastän förlossningsdepression inte varar längre än andra depressioner kan symptom som har samband med förlossningsdepression vara allvarligare och hänga med under en längre tid (Wickberg & Hwang. 2003, s.24).

På rådgivningen kan man kartlägga ifall det finns problem i familjen och behov som kan stödas. Möjlighet till praktisk hjälp i vardagen och stöd i interaktionen mellan föräldrarna och barnet. Viktigt är att inte endast se personen med förlossningsdepression utan också se partnern och fråga hur hen mår. Ifall vården på rådgivningen inte är tillräcklig kan familjen



hänvisas till ett annat ställe som har möjlighet att ge dem den rätta hjälpen som familjen är i behov av just vid det tillfället. Depressionen kan behandlas med psykosocialt stöd från rådgivningen och ibland används även grupphandledning (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014).

En deprimerad person kan exempelvis få hjälp från öppenvården. Där får personen hjälp på ett individuellt anpassat sätt för just hen själv och hens livssituation. I öppenvården görs också utredningar och en plan för behandling. För att behandla depression används ofta KBT, kognitiv beteendeterapi. Genom KBT vill man ändra på personens negativa tankar om sig själv till positiva tankar och få personen att uppnå en realistisk självkänsla. Under terapin vill man att personen ändrar på sitt tankemönster och ifrågasätter de negativa tankar som uppstår vid olika situationer och sedan övar på det i praktiska situationer. Ifall detta inte är en tillräcklig behandling kan man behöva behandling med läkemedel (Andersson Höglund & Hedman-Ahlström 2014, s. 218 - 220, 229).

I behandling för depression används ofta samtidig läkemedels- och terapibehandling. Det vanligaste läkemedlet som används vid depression är antidepressiva läkemedel. Det kan ta en stund innan läkemedlet ger den förväntade effekten och till en början kan depressionen till och med bli sämre än tidigare, men detta borde efter någon vecka bli bättre (Lund 2019).

Det finns olika antidepressiva läkemedel. De tricykliska antidepressiva läkemedel påverkar noradrenalin och serotonin halten i hjärnan och gör att de ökar. Det är viktigt att personen får rätt dos i och med att läkemedlen är mycket toxiska i för stor dos. Därför är det viktigt att följa med eventuella biverkningar av läkemedel och hitta en passande dos för den enskilda individen. Ett annat antidepressivt läkemedel är SSRI, selektiva serotoninåterupptagshämmare, som används vid depressioner, social fobi, tvångssyndrom, och panikångestsyndrom. SSRI läkemedel har inte lika farliga biverkningar som de tricykliska antidepressiva läkemedlen har. (Andersson Höglund & Hedman-Ahlström 2014, s. 214 - 215). SNRI, Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmande läkemedel påverkar kroppen liknande som SSRI, men SNRI påverkar både serotonin och noradrenalin halten och används då SSRI läkemedel inte gett den förväntade effekten (Lund 2019). Litium innehållande läkemedel kan användas vid återkommande depressioner och manier. Litium är ett stämningsstabiliserande läkemedel men med svåra biverkningar ifall fel dos intas, vid för hög dos kan hjärnskador och förgiftning ske, därför är det viktigt att vara uppmärksam på eventuella biverkningar (Andersson Höglund & Hedman-Ahlström 2014, s. 215 - 216).

Vissa personer kan behöva äta antidepressiva läkemedel resten av livet medan andra efter en period kan avsluta medicineringen och leva utan depression. Antidepressiva läkemedel ger inte ett beroende men det är ändå viktigt att inte avsluta medicineringen plötsligt, det optimala är att trappa ner dosen lite åt gången (Lund 2019).

I vissa fall används också ECT - behandling, som är elektrokonvulsiv behandling. ECT - behandling utförs genom att personen sövs en kort stund och får muskelavslappande läkemedel, därefter ges en strömimpuls genom elektroder på tinningen och huvudet. Detta orsakar ett epileptiskt anfall i hjärnan vilket gör att serotonin halten i nervbanan ökar. Detta har visat sig ha god effekt hos personer med samtidig depression och psykotiska symptom samt hos person som är självmordsbenägna. Ofta behövs 2 - 3 behandlingar för att denna sorts behandling skall hjälpa, risken för att depression skall återkomma finns och därför är det viktigt med en fortsatt behandling efter att ETC - behandlingarna är klara, exempelvis med KBT - behandling. ECT - behandlingarna kan orsaka tillfälliga minnesstörningar och koncentrationssvårigheter. Även Ljusterapi kan användas i behandlingen för depression. Där får personen sitta någon timme i ett ljusst vitt rum. ofta börjar man med 10 ljusbehandlingar men det varierar beroende på hur svår depression personen har. (Andersson Höglund & Hedman-Ahlström 2014, s.218).

Man kan försöka förebygga förlossningsdepression speciellt hos pappan genom att i parförhållandet dela på skötseln av barnet och ansvaret för barnet, att båda parter får känna sig delaktiga för ofta kan pappan känna sig utanför. Det är viktigt att båda får känna sig som en betydelsefull del i barnets liv och att föräldrarna får växa i sin roll som föräldrar. Samtidigt underlättar det för båda om man hjälps åt och det ger positiva effekter på familjens välmående, parrelationen och hos barnet. Det är ytterst viktigt att låta pappan sköta barnet på sitt sätt och lära sig i egen takt, låta honom anknyta till barnet (Boman 2014). Att öppna upp sig och berätta hur man mår samt sök hjälp i tid är mycket viktigt. Vore bra om partnern uppmuntrar till att tala om känslor och kommunicera med varandra och även med vänner i omgivningen. Att delta i stödgrupper kan vara betydande, att få tala med andra i liknande situationer kan ge ett bra stöd (Järvinen 2015). Det man kan göra själv för att öka chansen till att bli frisk från depressionen är att försöka få tillräcklig med sömn, äta mångsidigt och ordentligt, att motionera och göra sådant man tidigare har tyckt om att göra samt att ta stöd av familj och vänner (Johannesson 2016).

### **2.2.7 Stödformer vid förlossningsdepression**

En faktor som påverkar längden på depressionen är bland annat tillgången till socialt stöd. (Wickberg & Hwang 2003, s.24) En förlossningsdeprimerad kan få stöd från rådgivningen, och därifrån vid behov även hänvisas till andra ställen för hjälp. Familj och vänner är viktiga roller för den förlossningsdeprimerade föräldern. Att ha någon som kan hjälpa till med vardagen, någon som finns som stöd med att ta hand om barnet och andra sysslor i vardagen. Ibland kan detta bli mycket tungt för partnern och resten av familjen och därför är det viktigt att även de har möjlighet till stöd. Äimä ry (Äidit irti synnytysmasennuksesta) är en förening som stöder familjer i samband med förlossningsdepression. Äimä ry erbjuder kamrats stöd till mammor med graviditets- och förlossningsdepression, eller förlossningspsykos, men stöttar även närstående till den som insjuknat. De håller kamrats stöds grupper på olika ställen i landet, har kamratstöds telefon, och -chattar. Det finns också möjlighet att få träffa en stödmamma. Äimä ry ordnar även olika evenemang som är menade för mammor och deras familjer, men också olika informations kvällar. Genom kamratstöd får mammor med förlossningsdepression träffa andra mammor som befinner sig i samma situation och får hjälp och stöd av varandra och av mammor som har blivit friska från förlossningsdepression. Detta ger ett socialt stöd, vilket har visat sig ha en positiv effekt på tillfrisknandet (Äimä ry).

### **2.3 Hur en förälders förlossningsdepressions kan påverka barnet**

Att växa upp med en deprimerad förälder präglar livet. Förlossningsdepression hos både mamman och pappan påverkar barnet och på hur man fungerar som förälder, det är därför viktigt att få hjälp så fort som möjligt. Man har mindre energi och det kan bli svårt att knyta an till barnet på samma sätt som en person som inte drabbats av förlossningsdepression (Bergström 2013, s.128 - 130). Barnet kan bli understimulerat eller utsatt för negativt stimuli om någon av föräldrarna har förlossningsdepression och har svårt att anknyta sig till barnet (Persson 2009). Enligt Okun (2016) och enligt Persson på Internetmedicin (2009) finns det data som visar på att förlossningsdepression kan orsaka störningar i barnets utveckling ända fram till ungdomsåren, exempel är bland annat barnets emotionella utveckling, personlighetsutveckling, språkutveckling och även den kognitiva utvecklingen. Barnet kan få beteendestörningar och kan ha svårt för att anpassa sig. Även de vitala funktionerna, så som sömn och tillväxt kan drabbas hos barnet. Desto längre tid som föräldern har förlossningsdepression desto svårare kan barnet drabbas. Även enligt Koh et al. (2014) är det allmänt känt att pappans psykiska ohälsa kan öka risken för beteendemässiga och känslomässiga störningar hos barnet.

I en meta-analys som gjorts i Tyskland (2016) ville man studera prevalens och riskfaktorer hos en pappa med förlossningsdepression och hur detta påverkar barnets mentala hälsa. Det man kom fram till var att pappan påverkar välmående hos barnet och även barnets mentala hälsa. Därför finns det ett behov av stöd och interventionsprogram för pappan men även för barnet, samt ett behov av möjlighet till terapi och psykologtjänster (Marinovic & Seiffge-Krenke 2016).

Anknytningen mellan barnet och pappan påverkas ifall pappa är deprimerad. I en studie från Amerika där man ville undersöka positiva respektive negativa föräldrabeteenden intervjuade man 1746 pappor. I studien kom de fram till att 7 % av alla pappor med 1-årigt barn som deltog hade depression, och att det var större sannolikhet att dessa deprimerade papporna agade deras barn. Samtidigt rapporterades det att deprimerade pappor inte läste lika mycket för sitt barn om man jämförde med de pappor som inte drabbats av depression (Davis, Davis, Freed, & Clark 2011).

Persson skriver på internetmedicin (2009) om att det finns studier som visar på att 60 % av barn och ungdomar i pubertetsperioden som haft föräldrar med depression löper större risk för att få en psykisk störning. Några studier visar även på att pojkar har större risk att påverkas än flickor. I en prospektiv befolkningsstudie ville man undersöka sambandet mellan barns mående och föräldrars depressions symptom, resultatet i studien visade att depression under de första månaderna efter barnets födsel, är en riskfaktor för barnets utveckling. I studien använde man sig av EPDS-skalan för att mäta den eventuella depressionen hos föräldrarna. Mätningarna gjordes 8 veckor efter födseln hos båda föräldrarna och hos papporna även vid 21 månader. Resultatet var att 10 % av mammorna och 4 procent av papporna hade mer än 12 poäng på skalan. Studien visade att förlossningsdepression hos pappan kunde öka risken för specifik och bestående skadlig effekt på barnets tidiga beteende- och känslomässiga utveckling, vilket förknippades med negativa känslomässiga och beteendeproblem hos barn i åldrarna 3 - 5 år och visade också en ökad risk för problem i uppförande hos pojkar. Förlossningsdepression hos mamman påverkade barnets psykologiska funktion oberoende kön. Medan depression hos pappan visade ha ett starkare samband med ökade problem i utvecklingen hos pojkar än hos flickor (Stein, Evans & O'Connor 2005).

## 2.4 Rådgivningsarbete i Finland

I Finland har familjer möjlighet att avgiftsfritt ta del av tjänsterna som erbjuds vid rådgivningarna. Rådgivningar skall fungera som primärvårdens förebyggande och hälsofrämjande verksamhet (THL 2016).

Hälso- och sjukvårdslagens (2010/1326) syfte är bland annat att minska på hälsoskillnader mellan befolkningen (§2). Högst troligen skulle det finnas markant märkbara hälsoskillnader i befolkningen ifall rådgivningstjänsterna skulle vara avgiftsbelagda. Lagen säger också att befolkningens hälsa, välfärd och arbets- och funktionsförmåga samt sociala trygghet skall främjas och upprätthållas genom rådgivningstjänster kan familjen få stöd och hjälp enligt individuella behov. Tjänsterna skall bestå av regelbundna hälsoundersökningar och -rådgivning och skall ge familjer vård enligt individuella behov (§13).

I Finland finns instanser vars uppgift är att bland annat övervaka rådgivningsarbetet. SHM, Social – och hälsovårdsministeriet behandlar lagar och ger ut rekommendationer till rådgivningar. Valvira, som är tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården styr och övervakar servicekvaliteten och förbättrar rättssäkerheten. Regionförvaltningsverket, har hand om att övervaka social- och hälsovård i kommuner och privat verksamhet. THL är institutet för hälsa och välfärd, de forskar och utvecklar mödra- och barnrådgivningsverksamheten (THL 2016).

Ett av mödrarådgivningens mål är att säkra de gravida kvinnans hälsa samt fostret men också se till hela familjen och främja deras hälsa. Man vill stärka familjen och stöda dem i att bli föräldrar och erbjuda dem hälsorådgivning. Därför är det viktigt att också mannen deltar i rådgivningsbesöken, det har positiva effekter på hela familjen. Detta kanske inte uppnås för att mannen känner sig utanför och kanske därför väljer att inte delta i besöken på rådgivningen, utanförskaps känslan kan bero på hur rådgivningspersonalen bemöter familjen, ofta är det mycket fokus på kvinnan och fostret vilket kan göra att mannen känner sig åsidosatt. För att underlätta och motivera mannen att delta skall personalen på rådgivningen bemöta kvinnan och mannen jämlikt och uppmuntra mannen att delta i den omfattande hälsoundersökningen i graviditetsvecka 13 - 18, där får kvinnan och mannen träffa en hälsovårdare eller barnmorska och läkare. Under besöket går man igenom och kartlägger familjens situation och ger hälsorådgivning och gör undersökningar. Genom denna omfattande hälsoundersökning vill man att föräldrarna skall få en uppfattning om sin hälsa och eventuellt vidta olika åtgärder, samt att samtidigt kunna stärka familjens resurser och

vid behov kunna ge ett tidigt stöd till föräldrarna. Det är också bra om mannen kan delta i föräldraträningsgrupper, detta stärker rollen som föräldrar och partnerskapet positivt. En annan sak som har betydelse för att fler män skall delta i besöken är att ordna mottagningstider så att möjligheten finns att båda kan delta (Klemetti, Hakulinen-Viitanen, Tallberg-Nygård & Ingvall 2017).

### 3 Teoretisk utgångspunkt

Till denna kvantitativa studie har respondenterna valt att använda Halldórsdóttirs teori om "*Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*" vilket baserar sig på vad som är vårdande och icke vårdande från en patients synvinkel (Halldórsdóttir 1996, s.31).

Teorin har tre påståenden som handlar om klient, kontext och professionellt vårdande. Med klient menas att mottagaren till vården som oftast är en klient är en sårbar person, som har ett behov av professionell vård, som är sådan vård som innehåller kompetens, omsorg och relation. Med kontext menas sammanhanget som uppfattas av mottagaren som får vården. Sammanhanget kan delas in i två delar: Inre sammanhanget: de upplevda behoven, förväntningar och tidigare erfarenheter som klienten har. Det yttre sammanhanget: så som klienten i verkligheten uppfattar sjukhuset och vården när klienten är på sjukhus och vårdas. Det sista påståendet handlar om professionellt vårdande, vilket betyder att genom professionellt vårdande, innehållande kompetens, omsorg och relation ökar klientens känsla av välbefinnande och hälsa, vilket kan sammanfattas som en känsla av självbestämmande rätt. När det professionella vårdandet inte finns motverkar det klienten och påverkar hen negativt (Halldórsdóttir 1996, s.33).

I teorin tar Halldórsdóttir upp att det finns två olika typer av vårdare: den inkompetenta och likgiltiga som skapar en mur mellan vårdaren och mottagaren i sammanhanget. Mottagaren (klienten) beskrivs i teorin att ha en känsla av sårbarhet och ett behov av professionell vård. Den andra typen av vårdare som beskrivs i teorin uppfattas av mottagaren som omtänksam och kompetent. Mellan den omtänksamma, kompetenta vårdaren och mottagaren blir det då en bro bestående av professionell relation och professionellt avstånd. Halldórsdóttir benämner dessa två typer av vårdare som bro-bildare och mur-bildare. Bron kan beskrivas som en relation som kan delas in i två processer: utvecklingen av professionell intimitet medan man håller en professionell distans. Professionell intimitet, innehåller information

som vårdaren behöver för att kunna ge individ anpassad vård åt klienten. Handlar om klientens nuvarande tillstånd och vad hen anser om det. Ett avstånd mellan respekt och omtanke. Ett professionellt avstånd måste finnas för att kunna hålla vårdandet professionellt. Professionell vård involverar kompetens och vårdnad samt anknytning mellan vårdare och klient. Kompetens i att bygga relationer, att göra kliniska bedömningar, att lära klienter att få utföra uppgifter och ge dem självbestämmande rätt. Vårdaren är vårdande och är öppen för andra. Bryr sig och intresserad av klienten, som person och klient. Vårdaren har ett moraliskt ansvar, att vara närvarande för klienten och vara engagerad och ha mod till att på ett lämpligt sätt vara involverad som en professionell vårdare (Halldórsdóttir 1996, s.31 - 35).

Halldórsdóttir beskriver muren som brist på professionell vård och bron som upplevda effekter av professionell vård. Muren uppstår mellan en icke-vårdande vårdare och klienten. Det finns en brist i relationen mellan klienten och vårdaren, vilket leder till att klienten uppfattar vårdaren som inkompetent och opålitlig och det utvecklas ett gemensamt undvikande av varandra, vilket ger en uppfattning om en mur. Huvudbegreppet "*Uncaring*" hör till den så kallade muren., det icke-vårdande. Klienten känner att vårdaren inte bryr sig om han/hon, varken som person eller klient. En icke-vårdande och inkompetent vårdare har brist på professionellt vårdande. Klienten får en känsla av att vårdaren är inkompetent på grund av olika saker, exempelvis kommunicerar inte, hårdhänt vid vårdåtgärder, tar inget eget initiativ, respekterar inte klientens behov av information, instruktioner och positiv respons, har även ingen förståelse för vad klienten går igenom. Vårdaren uppfattas som okänslig, hänsynslös, respektlös och ointresserad. Ibland finns även negativa personlighetsdrag, exempelvis ovänlighet och nedstämdhet (Halldórsdóttir 1996, s.35 - 37).

## 4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att få fram information som senare kan ge oss en förståelse om hurudan information en hälsovårdare på barn- och mödrarådgivningen skall ge åt en nybliven pappa så att han skall få kunskap om förlossningsdepression och veta vart och till vem han kan vända sig om han eller hans anhöriga drabbas av förlossningsdepression. Respondenterna vill också få fram på vilket sätt vi kan förbättra vården så att information om förlossningsdepression når ut till fler nyblivna pappor innan de blir drabbade.

1. Har den nyblivna pappan kunskap om förlossningsdepression?
2. Varifrån har den nyblivna pappan fått information om förlossningsdepression?
3. Hurudan information skulle pappan velat ha mer av?

## 5 Metodkapitel

I detta kapitel presenteras studiens datainsamling och hur den har utförts och vilka metoder som har använts. I kapitlet tas även upp vilket urval som valts och hur datainsamlingen analyserats.

### 5.1 Kvantitativ studie

Tanken bakom denna kvantitativa studie är att respondenterna är nyfikna och vill bli mera kunniga inom ämnet. Respondenterna har gjort en kvantitativ studie och har genom strukturerade enkätsvar fått svar på frågeställningarna.

Innan enkäten läggs ut är det viktigt att förbereda enkäten så bra som möjligt, omändringar i ett senare skede är svåra att göra. En enkätstudie är bra för att informanten får själv välja när hen svarar på enkäten och behöver inte sitta och fylla i den under stress eller känna sig övervakad medan hen fyller i den. Internetenkäter är lätt tillgängliga och går lätt att fylla i för en informant som är datakunnig. Man behöver dock tänka på att målgruppen man valt för studien bör vara i en ålder så att de har tillgång och kunskap om data ifall man väljer en internetenkät som datainsamlingsmetod (Eliasson 2010). För att testa datainsamlingsinstrumentet görs så kallade pilotstudier. När man gör en pilotstudie får man



reda på att enkäten fungerar enligt vad respondenterna hade tänkt sig och att alla funktioner i enkäten fungerar tekniskt (Olsson & Sörensen 2007). Respondenterna gjorde först en pilotstudie där pilotenkäterna besvarades av tio personer. Dessa personer sedan gav feedback på enkätens frågor och uppbyggnad och respondenterna ändrade enkäten efter responsen som gavs.

Med en enkätstudie är det viktigt att få så många svar som möjligt för att kunna få ett tillförlitligt svar (Eliasson 2010). Enkäten sattes ut som en webenkät för att få största möjliga spridning och för att lättare hitta de passande informanterna till studien. Webenkäten sattes ut på sociala mediet Facebook. Där förklarades varför studien utförs och varför det skulle vara viktigt att målgruppen skulle besvara enkäten för mest tillförlitliga resultat.

Enkäten har varit anonym och informanterna har frivilligt valt att besvara enkäten eller inte. De flesta av frågorna i enkäten är så kallade slutna frågor med färdiga svarsalternativ men fanns även möjlighet för informanten att under övrigt kunna skriva in eventuellt svar som inte fanns färdigt listat ibland svarsalternativen. Med hjälp av denna möjlighet gav det informanten möjlighet att få uttrycka sig med egna ord och därmed undviks att informanten måste välja ett alternativ som han inte anser är passande för honom (Eliasson 2010).

### **5.1.1 Deskriptiv studie**

Denna studie är en deskriptiv studie där man beskriver informationen och kunskapen som de nyblivna papporna har om förlossningsdepression. Studiens urval är slumpmässigt valda och informanterna har fått svara på olika enkätfrågor om deras kunskap om förlossningsdepression och om hurdan information de fått och skulle velat ha fått på rådgivningen om detta ämne. På detta sätt kan respondenterna analysera resultaten genom en deskriptiv statistik och kunna beskriva bristerna som papporna upplevt att funnits med tanke på informationen om förlossningsdepression på rådgivningen och bristen på bemötande mot hela den nyblivna familjen. Respondenterna kan dock inte dra några slutsatser om verkliga orsaker till bristerna som papporna beskriver utan endast beskriva informanternas svar och ha egna funderingar kring detta utan att dra slutsatser. En del av informanterna har kunskap sedan tidigare om ämnet som studien behandlar och detta är typiskt för en deskriptiv studie. Eftersom respondenterna endast använt sig av en typ av datainsamling klassas studien som deskriptiv. Deskriptiva studier är oftast kvantitativa så som även denna studie är (Olsson & Sörensen 2007).

## 5.2 Datainsamling och urval

För studien krävs en målgrupp. Målgruppen för denna studie är finländska nyblivna pappor som har blivit förälder inom de två senaste åren. Respondenterna var flexibla mot deltagarna och de förändringar som eventuellt kunde ske under datainsamlingen. När datainsamlingen var klar hade inga förändringar skett och ingen hade kontaktat respondenterna via kontaktuppgifterna som fanns med på enkäten. Respondenterna hade som mål att få ett ändamålsenligt urval med deltagare som kunde ge informationsrika svar om deras egna upplevelser, som därmed kunde skapa ett underlag för svar på studiens frågeställningar (Henricson 2017, s.111 - 119).

Inklusions- och exklusionskriterierna för enkäten var att informanterna skulle vara män, bosatta i Finland med barn yngre än 2 år. Vi ville också veta ålder och om de hade varit med på rådgivningsbesöken före och efter barnens födsel för att få en liten bakgrund bakom svaren om varifrån pappan fått information och om den var tillräcklig. Åldern och när pappan varit på rådgivningsbesök hade inget med exklusionskriterierna att göra. Eftersom undersökningen är anonym och respondenterna inte har träffat informanterna kan det inte säkerställas att informanterna är lämpliga för syftet med undersökningen.

Som datainsamlingsmetod har respondenterna använt en enkät som blivit gjord i programmet Google formulär, där informanter anonymt kunnat besvara 16 frågor som antingen var frågor där man endast kunde välja ett alternativ eller fler alternativ. Enkäten hade strukturerade frågor med färdiga svarsalternativ där informanterna snabbt och enkelt kunde lämna in sina svar. Enkäten byggdes upp med egen konstruerade frågor för att kunna styra över längden på enkäten och för att få svar på det som respondenterna vill undersöka (Henricson 2017, s.121 - 132). I programmet Google formulär finns möjlighet att se statistik över inskickade svar samt enskilda svar, endast respondenterna har möjlighet att se enkätsvaren. På enkäten fanns också respondenternas text om syftet med undersökningen samt kontaktuppgifter. Frågorna i enkäten strävade till att få svar på studiens frågeställningar. Planen var att få ett tillräckligt antal svar av informanter för att vår undersökning skall ha reliabilitet och validitet. Respondenterna hade ett mål att uppnå 50 svar på enkäten. I enkäten fanns även några kontrollfrågor för att stärka undersökningens reliabilitet och validitet och för att säkerställa att inget missförstånd har uppstått när informanterna tolkat frågorna. (Henricson 2017, s.121 - 132). Innan enkäten lades ut på internet gjordes en pilotstudie, där enkäten testades och besvarades av 10 utvalda personer som gav respons och feedback på enkätens frågor och upplägg. Enkäten finjusterades enligt responsen från pilotstudien och godkändes

av handledande lärare. I november 2018 sattes enkäten ut på sociala medier där främst Facebook användes. I inlägget där enkäten delades fanns även syftet och målgruppen presenterat. Enkäten fick bra spridning och delades två gånger på Facebook gruppen Mammor och gravida i Österbotten. Datainsamlingen avslutades december 2018 när datainsamlingens mål hade uppnåtts. 66 svar samlades in.

Av de 66 svar som samlades in togs 8 svarsenkäter bort för att de inte stämde in på studiens inklusion- och exklusionskriterier. Ytterligare togs en svarsenkät bort för respondenterna anser att svarsenkäten är otillförlitlig med orealistiska svar. Sammanlagt 57 svar kunde användas i analyseringen.

### **5.3 Dataanalys**

Dataanalyseringen kunde påbörjas när insamlingen av enkäterna hade nått målet för att kunna utföra studien och hade tillräckligt med svar för att studien skulle vara tillförlitlig. Datainsamlingen började analyseras i slutet på januari 2019 via tabeller och diagram i Word och Excel programmet för att få en överblick över alla svar från datainsamlingen samt de enskilda svaren. Respondenterna arbetade induktivt, de vill säga respondenterna använde inte sina förutfattande meningar vid dataanalyseringen (Henricson 2017, 111 - 119).

De enkätsvar som ej passade inklusions- och exklusionskriterierna togs bort från Google dokument så att svarsantalen och procentarna skulle stämma överens och sen lades frågorna in i tabeller i programmet Word med själva frågan som rubrik och sedan svarsalternativen längst till vänster i tabellen. I följande stapel till höger kom antalet personer som svarat det svarsalternativet och i följande stapel hur många procent det antalet motsvarar. När de enkätsvar som ej passade inklusions- och exklusionskriterierna togs bort så gjorde detta att frågorna om var man bor, vilket kön man har och om man har barn under två år blev 100% rätt enligt kriterierna för studien, så dessa tas ej upp i resultatet. Dessa frågor ställdes enbart för att säkra att informanterna passade vår målgrupp.

Respondenterna valde att inte använda sig av SPSS utan istället printades alla enkätsvar ut och kategoriserades och lades i högar enligt vad informanterna svarat med rubrikerna: har inte fått information och vill inte ha mera information, har inte fått information och vill ha mera information, har en anhörig som drabbats och vill ha mera information, har en anhörig som drabbats och vill inte ha mera information, har fått information på annat ställe än rådgivningen och vill ha mera information, har fått information på rådgivningen och infon

var ej tillräcklig, har fått information på rådgivningen, har fått information på rådgivningen och informationen var tillräcklig. Dessa räknades sedan förhand.

Sedan gick respondenterna genom högarna med enkäterna där informanterna hade fått information från rådgivningen och kollade vad dessa informanterna hade velat veta mer om och på vilket sätt de vill få den informationen framfört och listade dessa åt oss själva och redovisade sedan detta i resultatet. Dessa samma enkäter delade ytterligare upp i hur många som varit med på rådgivningsbesök före och efter barnets födsel.

Sen kontrollerade vi genom den hög där informanterna svarat att de inte fått någon information och vill ha mer information. Respondenterna ville veta om dessa varit med på rådgivningsbesök före och/eller efter barnets födsel samt vad de vill veta mer om och på vilket sätt de vill att det skall framföras. Även detta listades och presenteras i resultatet.

Angående kunskapsdelen så var det mest intressant för respondenterna att veta vilken kunskap de informanterna som fått information på rådgivningen anser sig ha. Då gjordes en tabell där respondenterna döpte informanterna enligt siffror och kollade om de hade svarat rätt på vem som kan drabbas (vilket var både mamman och pappan), om de visste vad en EPDS blankett är och vad de själva ansåg sig kunna om förlossningsdepression.

Studien hade inte så många informanter och det gick bra att kategorisera dessa enkätsvar förhand. Kontrollräkning har blivit gjord två gånger för att säkra att resultatet skall vara tillförlitligt enligt de svar som samlats in. Enkäten som använts i undersökningen är bifogad i denna studie som bilaga 1.

## **5.4 Etiska överväganden**

En person kan möta många olika yrkespersoner inom social- och hälsovården, alla har målet att tillhandhålla god vård, omsorg och service. Etiska utgångspunkterna är att respektera klienternas och patienternas grundläggande rättigheter, värdesätta självbestämmandet och rätten att välja, samt att bli behandlade jämlikt (Etene 2011). Med de etiska principerna vi kommer ta upp vill vi behålla säkerhet och rättigheterna hos alla som på något vis är deltagare i examensarbetet (Henricson 2017, s.57 - 80).

Informanterna hade själva rätt att bestämma och välja att vara med i studien och dela med sig av sina upplevelser. (Henricson 2017, s.57 - 80). Informanternas integritet och privat liv

skyddades genom att respondenterna har tystnadsplikt och behandlade all information konfidentiellt. Informanten fick delta anonymt i studien.

Väsentliga frågor ställdes till de som deltog genom att det i enkäten endast fanns frågor som respondenterna ansåg gav ett betydande svar för studien. Samt ett öppet kommentarsfält där informanterna hade möjlighet att fritt formulera sig. Efter dataanalysen är gjord kasseras allt datainsamlingsmaterial.

Respondenterna hade en neutral roll och synvinkel under studiens gång och hade inte några förutfattade meningar om informanterna, utan behandlade alla jämligt och på ett rättvist sätt.

I studien användes trovärdiga källor och vetenskapliga artiklar. Varje stycke i studien har en källhänvisning och i slutet av studien sammanfattas en lista på alla källor som använts. Plagiat har undvikits och personen som ligger bakom texten respekterats, genom hänvisning till dennes text och citat.

## **6 Resultat**

Enkäten för denna studie delades upp i tre kategorier: Bakgrund, kunskap och information. I den första delen i enkäten – bakgrunden, framkom vem personen är så att respondenterna skulle kunna avgöra om personen som svarat på enkäten hörde till den målgrupp som hade valts för denna studie. Under andra delen - kunskapsdelen fanns frågor som kontrollerade vilken typ av kunskap personen som svarat på enkäten hade sedan tidigare och vad de skulle önska att de visste mer om. Tredje delen - informationsdelen är den som är viktigast för vår studie där vi får veta varifrån de fått information, om de alls ansåg att de har fått information och hur rådgivningsarbetet kan förbättras enligt dessa informanterna. Det kommer även fram i informationsdelen på vilket sätt informanterna skulle vilja få information vid rådgivningen. I slutet av enkäten fanns en ruta där man kunde sätta in en valfri kommentar som vi också tar upp här i resultatdelen.

Efter datainsamlingen plockades enkätsvar bort och analysen gjordes på 57 enkätsvar (n =57). Respondenterna har sammanställt resultatet i tabeller. Resultaten för varje fråga kommer här redovisas i skilda tabeller. De första frågorna i enkäten har inte sammanställts i tabeller, gäller frågorna: kön, i vilket land informanten är bosatt och om informanten har barn under två år. Av de 57 enkätsvar som analyseras hade 100 % svarat att de är män och bosatta i Finland samt har barn under två år. I bakgrunden frågades även åldern.

Åldern på informanterna varierar mellan 20 och 44 år största svarsprocenten var 28-åringar (n=7, 12,3%).

<b>Tabell 1: Åldersfördelning</b>		
n = hur många informanter som svarat.		
Procent variablerna är avrundade automatiskt av programmet: Google formulär.		
<b>Ålder</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 - 24	8	14,1
<b>25 - 29</b>	<b>24</b>	<b>42,2</b>
30 - 34	19	33,4
35 - 39	2	3,6
40 - 44	4	7,2

## **6.1 Informantens deltagande i rådgivningsbesöken**

I den första delen av enkäten den så kallade bakgrunds delen frågades också om pappan deltagit i rådgivningsbesök, dessa resultat har sammanställts i tabell 2 och 3. Frågorna ställdes för att se om de informanterna som deltagit ansåg sig ha fått information om förlossningsdepression av personal på barn- och mödrarådgivningen. Av informanterna hade 84,2% (n=48) deltagit i rådgivningsbesök innan barnets födsel och 77,2% (n=44) hade deltagit efter barnets födsel.

<b>Tabell 2: Har du varit med på rådgivningsbesök före barnets födsel?</b>		
Svarsalternativen var: Ja eller Nej.		
n = hur många informanter som valt svarsalternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ja</b>	48	84,2
<b>Nej</b>	9	15,8

<b>Tabell 3: Har du varit med på rådgivningsbesök efter barnets födsel?</b>		
Svarsalternativen var: Ja eller Nej.		
n = hur många informanter som valt svarsalternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ja</b>	44	77,2
<b>Nej</b>	13	22,8

Det fanns tre informanter som svarat nej på båda föregående frågor (tabell 2 och 3), att de inte deltagit i rådgivningsbesöken, men senare svarat på frågor att de ändå ville ändå ha information i någon format. En av dem ville ha mer muntlig information av personalen på rådgivningen och mer fokus på båda föräldrar under besöken samt information i broschyrformat. Medan den andra endast ville ha information i broschyrformat.

## **6.2 Informantens tidigare kunskap och erfarenhet om förlossningsdepression**

För att få veta om hurudan erfarenhet informanterna hade om förlossningsdepression ställdes frågan om någon i omgivningen drabbats av förlossningsdepression. Resultatet är sammanställt i tabell 4. Största svarsprocenten var: vet ej, 52,6% (n=30). Näst största svarsprocenten var 17,5% på två olika svarsalternativ: ingen (n=10) och på svarsalternativet: att partnern drabbats (n=10). Detta visar att 10 av 57 informanter har en förlossningsdeprimerad partner, detta utgör en stor riskfaktor för att pappan skall drabbas av förlossningsdepression.

<b>Tabell 4: Har någon i din omgivning drabbats av förlossningsdepression?</b>		
Informanterna hade möjlighet att välja flera svarsalternativ.		
n = hur många som svarat ja på alternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Jag själv</b>	1	1,8
<b>Partner</b>	10	17,5
<b>En vän</b>	5	8,8
<b>Nära anhörig</b>	2	3,5
<b>Vet ej</b>	<b>30</b>	<b>52,6</b>
<b>Ingen</b>	10	17,5
<b>Övrigt, Sambo</b>	1	1,8

Första frågan i kunskapsdelen av enkäten var en fråga där vi ville veta om informanterna tidigare fyllt i någon sorts depressionsformulär, det behövde inte vara en EPDS blankett och det behövde inte vara i samband med förlossning. Övrigt var att hela 73,7% (n=42) av informanterna svarade att de inte har fyllt i någon depressionsblankett tidigare. Detta förvånar respondenterna med tanke på hur vanligt det är med psykiska ohälsa i Finland idag och man önskar att vården skulle fånga upp de personer som hör till riskgruppen för depression allt tidigare. Respondenterna tog upp denna fråga för att se om informanterna alls blivit uppmärksammade inom vården när det kommer till depression och speciellt om de blivit uppmärksammade av rådgivningspersonal vilket 10,5% (n=6) hade blivit. Respondenterna kunde även använda denna fråga som en slags kontrollfråga till tabell nummer 8 där vi undersökt hur många som vet vad en EPDS blankett är.



<b>Tabell 5: Har du fyllt i depressionsformulär tidigare?</b>		
n = Hur många informanter som valt svarsalternativet		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ja, på rådgivningen</b>	6	10,5
<b>Ja, på internet</b>	1	1,8
<b>Ja, någon annanstans</b>	8	14,0
<b>Nej, har inte fyllt i</b>	<b>42</b>	<b>73,7</b>

I tabell 6 kommer det fram hur många av informanterna som anser sig veta vad förlossningsdepression är, 54,4% (n=31) anser sig veta något. Respondenterna tänker att informanterna säkert har hört om att det finns en sjukdom vid namnet förlossningsdepression men att alla inte har så mycket kunskap om det.

<b>Tabell 6: Vet du vad förlossningsdepression är?</b>		
n = Hur många informanter som valt svarsalternativet		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ja, mycket</b>	6	10,5
<b>Ja, något</b>	<b>31</b>	<b>54,4</b>
<b>Ytterst lite</b>	18	31,6
<b>Nej, inget</b>	2	3,5

I tabell 7 kommer de fram att alla som deltagit i enkäten, 100% (n=57) vet att mamman kan drabbas av förlossningsdepression men endast 42,1% (n=24) har svarat att pappan kan drabbas av förlossningsdepression vilket tyder på att en förbättring i informations givning på bland annat rådgivningen skulle behövas när det kommer till information om förlossningsdepression och att även pappor kan drabbas.

<b>Tabell 7: Vem kan drabbas av förlossningsdepression?</b>		
Informanterna hade möjlighet att välja flera svarsalternativ. n = hur många som svarat ja på alternativet.		
	n	%
<b>Mamman</b>	57	100
<b>Pappan</b>	24	42,1
<b>Barnet</b>	2	3,5

I tabell nummer 8 kunde informanterna välja på tre färdiga svarsalternativ på frågan vad en EPDS-blankett är. Det framkom att 78,6% (n=44) hade koll på vad en EPDS blankett är. De övriga 21,4% (n=12) har trott att EPDS blankett är en skala som mäter själva upplevelsen av en förlossning.

Respondenterna har jämfört denna tabell 8 med tabell 5 som en kontrollfråga där det framkom att 10,5% (n=6) hade fyllt i någon form av depressionsblankett på en rådgivning, av dessa 6 informanter visste 5 vad en EPDS-blankett är. Alla dessa 6 informanter hade varit med på rådgivnings besök efter barnets födsel (n=6), endast en informant hade inte deltagit i rådgivningsbesök före barnets födsel. Av dessa 6 informanter var det endast 33,3% (n=2) som ansåg sig ha fått information om förlossningsdepression på rådgivningen.

<b>Tabell 8: Vet du vad en EPDS blankett är? Välj det alternativ du tror är rätt.</b>		
n = hur många informanter som valt svarsalternativet.		
	n	%
<b>En skala som mäter depressionsymptom efter förlossningen</b>	44	78,6
<b>En skala som mäter depression hos ett barn</b>	0	0
<b>En skala som mäter upplevelsen av förlossningen</b>	12	21,4

I tabell 9 är resultatet sammanställt för frågan vad informanterna skulle vilja veta mer om angående förlossningsdepression. De flest av informanterna, 67,3% (n=37), ville ha mer allmän information om förlossningsdepression och 56,4% (n=31) ville veta hur man kan stötta en anhörig med förlossningsdepression. Informanterna ville också ha mer kunskap gällande riskfaktorer (41,8%, n=23), symptom (52,7%, n=29), vården för den som drabbats (45,5%, n=25) och skillnaden mellan förlossningsdepression hos mamman och pappan (41,8%, n=23). Lägsta svarsprocenten fick alternativet: vem som kan drabbas av förlossningsdepression, 23,6% (n=13). Om man tittar i tabell 7 så var svarsprocenten på frågan ifall pappan kan drabbas endast 42,1% (n=24), vilket visar att alla inte är medvetna om att båda kan drabbas men ändå är det inte så stor procent som vill veta mer om vem som kan drabbas.

**Tabell 9: Vad skulle du vilja veta mer om angående förlossningsdepression?**

Informanterna hade möjlighet att välja flera svarsalternativ.

n = hur många som svarat ja på alternativet.

	n	%
<b>Allmänt om förlossningsdepression</b>	<b>37</b>	<b>67,3</b>
<b>Riskfaktorer</b>	23	41,8
<b>Symptom</b>	29	52,7
<b>Vem som kan drabbas</b>	13	23,6
<b>Vården för de som blivit drabbad</b>	25	45,5
<b>Skillnaden mellan förlossningsdepression hos mamman och pappan</b>	23	41,8
<b>Hur man kan stötta och hjälpa en anhörig med förlossningsdepression</b>	31	56,4

### 6.3 Informantens åsikt gällande information om förlossningsdepression

Informationsdelen av enkäten ger svar på två av studiens frågeställningar. Respondenterna ville veta om informanterna anser sig fått information och om den information var tillräcklig samt på vilket sätt de skulle velat ha fått mer information.

I tabell 10 ser man att hela 66,7% (n=38) av informanterna anser att de inte fått information om förlossningsdepression. Här kan man igen konstatera att informationen varit bristfällig åt papporna.

<b>Tabell 10: Har du fått information om förlossningsdepression?</b>		
n = hur många som valt svarsalternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nej</b>	38	66,7
<b>Ja</b>	19	33,3

I tabell 11 har mer än hälften av informanterna ansett att de inte har fått någon information om förlossningsdepression överhuvudtaget, 52,6% (n=30). Av de informanter som ansåg att de inte fått någon information om förlossningsdepression på rådgivningen men gärna skulle ha velat ha mer information så hade 77% (n=23) av dem varit med på rådgivningsbesöken före födseln och 67% (n=20) med på rådgivningsbesök efter födseln.

I enkäten fanns frågan vad informanten skulle ha velat ha mer information om, tabell 9, denna fråga hade färdiga svarsalternativ och informanten kunde välja flera av alternativen. Av de som inte fått information och gärna skulle velat ha mer information önskar de sig få veta mer allmänt om förlossningsdepression, hur man kan stötta en som drabbats, vården som ges till den drabbade, vilka riskfaktorer som finns och symptom, samt vem som kan drabbas och skillnader i förlossningsdepression hos mamman och hos pappan.

Några av informanterna anser sig ha information om förlossningsdepression sedan tidigare: av egen erfarenhet 3,5% (n=2), anhörig som drabbats 8,8 % (n=5) eller själv tagit till sig information från tidningar, film, böcker och internet 14,0 % (n=8). Av de informanter som haft en anhörig som drabbats (n=5) ville 80% (n=4) av dem ha mer information om förlossningsdepression. 80% (n=4) har också varit med på rådgivningsbesök men anser sig inte ha fått information från rådgivningen utan fått den informationen de har annanstans ifrån

än från rådgivningen och vill gärna ha mer information allmänt om förlossningsdepressionen, vården, riskfaktorer, symptom, skillnader hos mamman och pappan samt hur man kan stötta en förlossningsdrabbad person. De vill ha information muntligt, i broschyrformat med information, samt att det under rådgivningsbesöken skall vara mera fokus på båda föräldrarna.

Trots att en relativt hög procent av informanterna har deltagit i rådgivningsbesök före och/eller efter barnets födsel (se tabell 2 och 3) kan man i tabell 11 se att endast 24,6% (n=14) svarat att de anser sig ha fått information om förlossningsdepression av personal på barn- och mödrarådgivning.

<b>Tabell 11: Varifrån fick du information om förlossningsdepression?</b>		
Informanterna hade möjlighet att välja flera svarsalternativ. n = hur många som svarat ja på alternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Personal på barn- och/eller mödrarådgivning</b>	14	24,6
<b>Annan vårdpersonal</b>	1	1,8
<b>Egen erfarenhet</b>	2	3,5
<b>Anhörig som drabbats</b>	5	8,8
<b>Internet, böcker, tidningar</b>	8	14,0
<b>Har inte fått information</b>	<b>30</b>	<b>52,6</b>
<b>Övrigt, sett på film</b>	1	1,8

I enkäten ställdes också frågan ifall informanterna ansåg att den information de fått var tillräcklig (tabell 12). På denna fråga har 45,6% (n=26) av informanterna svarat att de inte har fått information. Denna fråga ställdes här på nytt för att ha det som en kontrollfråga till tidigare frågor, vilket gav lite osammanhängande svar.

Om man ser i tabell 10 så har 33,3 % (n=19) av informanterna svarat att de fått information om förlossningsdepression och av dessa 19 informanter har 73,7 % (n=14) fått information om förlossningsdepression av personal på barn- och mödrarådgivningen. Av dessa 14 ansåg 57,1 % (n=8) att informationen var tillräcklig och 42,8 % (n=6) att den information de fått inte var tillräcklig. Man kan ändå se att hälften (n=4) av informanter som anser sig ha fått tillräckligt med information av rådgivningspersonalen ändå ville att personalen på rådgivningen skall sätta mer fokus på båda föräldrar under rådgivningsbesöken även mer information i broschyrformat och muntlig information önskas bland de alla de 8 informanter som ansåg sig ha fått tillräcklig information från rådgivningen.

<b>Tabell 12: Anser du att informationen du fått var tillräcklig?</b>		
n = Hur många informanter som valt svarsalternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Ja	9	15,8
Nej	22	38,6
Har inte fått information	<b>26</b>	<b>45,6</b>

I tabell 13 kommer det fram att 61,4% (n=35) av informanterna skulle ha velat ha mer muntlig information av rådgivningspersonalen. 40,4% (n=23) hade svarat att de vill att rådgivningsbesöken skulle fokusera mera på båda föräldrarna. Även en stor del 45,6% (n=26) vill få en broschyr med information med sig hem när de varit till rådgivningen. Endast 7% (n=4) ville inte ha någon information alls om förlossningsdepression.

<b>Tabell 13: På vilket sätt skulle du velat få informationen?</b>		
Informanterna hade möjlighet att välja flera svarsalternativ. n = hur många som svarat ja på alternativet.		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Mer muntlig information på rådgivningen	<b>35</b>	<b>61,4</b>
Broschyr med information	26	45,6
Personal på rådgivningen skulle ha frågat mig mer om min psykiska hälsa	7	12,3
Mer fokus på båda föräldrar under rådgivningsbesöken	23	40,4
Vill inte ha någon mera information	4	7,0

#### 6.4 Övriga kommentarer i enkäten

I enkäten fanns även möjlighet för informanterna att fritt få skriva egna kommentarer. Fick endast tre svar på övriga kommentarer, vilka var skrivna av tre olika informanter.

*”Kan hända jag sätt någon broschyr, men tog inte den till mig ”*

*”Är kanske inte den bästa föräldern att svara på denna enkät, men vår dotter skulle blivit 1 år nu i december. Hon dog vid förlossningen på grund av syrebrist. Men vi har båda två varit deprimerade efter förlossningen men kanske inte så konstig med tanke på vad som hände.”*

*”Hur nå ut till pappor som inte deltar i rådgivningsbesöken?”*

## 6.5 Sammanfattning av resultat

Genom enkäten ville vi få fram svar till våra frågeställningar och fast vi inte kan dra några större slutsatser av resultatet så anser vi att vårt resultat svarar på våra frågeställningar. Den första frågeställningen var: Har den nyblivna pappan kunskap om förlossningsdepression? Med tanke på vårt resultat anser vi att den nyblivna pappan kan ha en del kunskap om vad förlossningsdepression är men att det finns ett behov av att ge ut mer information allmänt om förlossningsdepression och om det att även pappor kan drabbas.

I en fråga fick informanterna välja på fyra färdiga svarsalternativ om vad de vet om förlossningsdepression, bland alla pappor valde 54,4% (n=31) svarsalternativet att de vet: ja något, om förlossningsdepression, de övriga som inte valde det svarsalternativet har jämt spridit ut sig och valt alternativen att de anser sig veta: ja mycket, och några anser sig veta: ytterst lite, eller: inget alls. Av alla de informanterna som fått information på rådgivningen och tyckte att det var tillräckligt med information svarade alla 100% (n=8) att de visste: ja något, om förlossningsdepression. Av de 6 informanter som ansåg att den information de fått inte var tillräcklig var det 50% (n=3) som valde svarsalternativ: ja, något, medan 33,3% (n=2) valt att de vet: ytterst lite och 16,7% (n=1) hade valt: ja mycket.

Alla informanter, 100% (n=57) visste att mamman kan drabbas men endast 42,1% (n=24) visste att även pappan kan drabbas av förlossningsdepression. Detta tyder på att kunskapen om att förlossningsdepression även kan drabba pappor är bristfällig och att det borde informeras mer om det så att föräldrar är medvetna om det ifall det skulle ske.

Respondenterna ansåg att det var mest intressant att veta om de informanter som fått information från rådgivningen hade någon kunskap om förlossningsdepression. I enkäten ställdes en fråga om EPDS-blanketten där det fanns tre svarsalternativ med ett rätt svar. Av de 8 informanter som fått information på rådgivningen och ansåg infon vara tillräcklig valde 87,5% (n=7) informanter rätt alternativ att EPDS blanketten är en skala som mäter depressionssymptom efter en förlossning. Av de 6 informanter som fått information på rådgivningen men ansåg att den inte var tillräcklig och skulle ha velat ha mer information hade 83,3% (n=5) av dem valt rätt svar på frågan. Av de övriga 43 informanterna som fått infon från annat ställe än rådgivningen eller inte alls fått information om förlossningsdepression hade 74,4% (n=32) svarat rätt och visste vad en EPDS-blankett var. Detta resulterar i att procenten som svarat rätt är lite högre hos de som fått information på rådgivningen. Vi jämförde även de som svarat ja på frågan om de tidigare fyllt i ett



depressionsformulär och om de vet vad en EPDS blankett är och där kom det fram att av de 15 informanter som hade fyllt i en depressionsblankett förr var det 86,7 % (n=13) som svarat rätt på frågan, största delen av informanterna visste alltså vad en EPDS blankett är.

En annan fråga som ställdes i enkäten handlade om vem som kan drabbas av förlossningsdepression, med tre svarsalternativ och möjlighet att välja flera av alternativen. Av de 8 informanter som fått information på rådgivningen och ansåg infon vara tillräcklig valde 62,5% (n=5) informanter rätt alternativ att både mamman och pappan kan drabbas. Av de 6 informanter som fått information på rådgivningen men ansåg att den inte var tillräcklig information hade endast 16,7% (n=1) svarat rätt, att både mamman och pappan kan drabbas. Av de övriga 43 informanterna som fått infon från annat ställe än rådgivningen eller inte alls fått information om förlossningsdepression hade endast 37,2% (n=16) kunskap om att både mamman och pappan kan drabbas av förlossningsdepression. De som ansett sig fått information från rådgivningen har större kunskap än de som inte fått informationen därifrån och man ser även att av de som fått information från rådgivningen så är det procentuellt större del som valt rätt svarsalternativ bland de som ansett att informationen varit tillräcklig än de som tyckt att informationen var otillräcklig från rådgivningen.

Med tanke på vår första frågeställning och det resultat vi fått genom våra insamlade enkäter kan vi inte dra en slutsats över hurudan kunskap pappor har om förlossningsdepression. En viss kunskap har dom men de verkar som att många inte vet att även pappan kan drabbas. Det man kunde göra som personalen på rådgivningen är att förbättra informationsgivning åt papporna för att sprida mer information och kunskap.

Den andra frågeställningen som ställdes var: Varifrån har den nyblivna pappan fått information om förlossningsdepression? 24,6% (n=14) av alla 57 informanter ansåg att de hade fått information om förlossningsdepression av personal på barn- och/eller mödrarrådgivningen. Sammanlagt av dessa 14 har 85,7% (n=12) informanter varit med på rådgivningsbesök både före och efter barnets födsel. Av dessa 14 informanter ansåg 57,1% (n=8) att informationen de fått var tillräcklig. Alla 8 informanter som ansåg att informationen varit tillräcklig har varit med på rådgivningsbesök både före och efter barnets födsel. Fast dessa 8 informanter tyckte att informationen var tillräcklig önskar ändå 50% (n=4) av dem att besöken hos rådgivningen skulle fokuseras mera på båda föräldrarna. Av de 14 informanterna som fått information på rådgivningen ansåg 42,9% (n=6) av dem att informationen inte hade varit tillräcklig. Av de 6 informanter hade 83% (n=5) varit med på rådgivningsbesök före barnets födsel och 83% (n=5) av dem hade också varit med på

rådgivningsbesöket efter barnets födsel (det var två olika informanter som deltagit endast i ett av besöken).

Informanterna hade också fått information om förlossningsdepression på andra sätt. Den näst största procenten var information från tidning, böcker, internet som gav 14% (n=8). Även en viktig del att uppmärksamma är att flera av informanterna har någon i sin när omgivning som drabbats av förlossningsdepression, 19,3% (n=11) av informanterna har haft en partner som drabbats och 8,8% (n=5) har haft en vän som drabbats och 3,5% (n=2) har haft en nära anhörig som drabbats. Det att partnern drabbas har en betydande risk för att pappan drabbas av förlossningsdepression, i denna studie kom det fram att en av informanterna själv drabbats av förlossningsdepression (1,8%).

Av alla 57 informanter var det 49,1% (n=28) informanter som ansåg att de inte fått någon information alls om förlossningsdepression men skulle ha velat få information och i jämförelse till detta så var det 3,6% (n=2) informanter som ansåg att de inte hade fått information om förlossningsdepression men de vill heller inte ha någon information. Respondenterna gick igenom dessa 28 informanters svarsenkäter och fick fram att av dessa 28 informanter har 10,7% (n=3) inte alls varit med på rådgivningsbesöken varken före eller efter och 64,3% (n=18) av informanter har varit med både före och efter och de resterande 25,0% (n=7) av dessa 28 informanter har varit med antingen före eller efter men ej på både ock.

I tabell 10 ställdes frågan: har du fått information om förlossningsdepression? där svarade hela 66,7% (n=38) att de inte fått information. I tabell 11 ställdes frågan igen och där valde 52,6% (n=30) samma svarsalternativ som i föregående fråga att de: inte fått någon information. Svarsprocentens skiljer sig från tabell 10 detta tror respondenterna kan bero på att informanterna fick möjlighet att välja på olika färdiga svarsalternativ i tabell 11, och insåg då att de nog har någon sorts information när är de fått se olika möjliga svarsalternativ. I tabell 12 ges samma svarsalternativ: har inte fått information, där valde 45,6 % (n=26) samma som i föregående tabeller och här tror respondenterna att informanterna tolkat frågan så att ifall de inte har fått någon information kan de också ha valt alternativet nej, som 38,6% (n=22) valt, eftersom om man inte har information kan den heller inte vara tillräcklig. Att så många av informanterna svarat att de inte fått någon information tyder på att informationen varit bristfällig från rådgivningens sida i och med att nästan alla av dessa informanterna ändå besökt rådgivningen antingen före och/eller efter barnets födsel och ändå inte fått någon information även om de skulle ha velat veta mer.

Hurudan information skulle pappan velat ha mer av? Detta var vår tredje och sista frågeställning och även detta var mycket tydligt och vi fick ett klart svar på den. Som vi kan se i tabell 9 så var det väldigt jämt mellan alla svarsalternativ och det finns ingen typ av information om förlossningsdepression som pappan saknar mest utan de finns en brist kring allt vad gäller förlossningsdepression. Flest röster fick allmän information om förlossningsdepression, hur man skall stötta en anhörig som drabbats av förlossningsdepression, riskfaktorerna för att kunna drabbas samt symtom på förlossningsdepression och hur vården för en drabbad ser ut.

Respondenterna frågade också i enkäten på vilket sätt informanterna vill att informationen skall framföras åt dem. I denna fråga som var en fråga med flervalsalternativ, var de tre procentuellt högsta svarsalternativ bland alla informanter att 61,4% (n=35) ville få informationen muntligt och 45,6% (n=26) ville få den i broschyrformat medan 40,4% (n=23) ville att rådgivningsbesöken skulle fokuseras mer på båda föräldrarna. Respondenterna såg också på hur de 6 informanter som deltagit i rådgivningsbesök men ansett att de inte fått tillräcklig information från rådgivningen och hur de informanterna skulle ha velat ha information om förlossningsdepression. Av dem ville alla 100 % (n=6) av dem få muntlig information och 83% (n=5) ville få med en broschyr att ta med sig hem.

## **7 Diskussion**

Syftet med vår studie var att få fram information och förståelse om hurudan information en hälsovårdare på barn- och mödrarådgivningen skall ge åt en nybliven pappa så att han skall få kunskap om förlossningsdepression och veta vart och till vem han kan vända sig om han eller hans anhöriga drabbas av förlossningsdepression. Genom vår studie ville vi också få fram på vilket sätt vi kan förbättra vården så att information om förlossningsdepression når ut till fler nyblivna pappor innan de eventuellt drabbas. Vi har valt att diskutera de olika delarna i denna studie genom att tolka resultatet, bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten skilt var för sig samt så har vi kritiskt granskat vårt arbete och sett på vad som skulle kunnat gjorts annorlunda.

## 7.1 Tolkning av resultatet

I enkäten ställde vi frågan hur papporna vill att den informationen de skulle vilja veta mer om skulle framföras och denna gav oss mycket information så att vi i vårt kommande yrke kan anpassa oss enligt dessa pappors önskemål. Det kom fram att muntlig information och även en broschyr om förlossningsdepression önskas av pappan. Man kunde också välja svarsalternativet att de önskar att rådgivningsbesöken skulle fokusera mer på båda föräldrarna och det var många som valt det svarsalternativet, även de som ansett att informationen om själva förlossningsdepressionen varit tillräcklig har ändå kryssat i denna och då tänker vi att det är överlag de skulle önska att personalen på rådgivningen skulle rikta alla besök mer åt båda föräldrarna och att det skulle vara mer jämlikt mellan mamman och pappan på rådgivningen.

Vi fick in tre övriga kommentarer i vår enkät. En av kommentarerna var: *"Hur nå ut till pappor som inte deltar i rådgivningsbesöken?"*. Denna informant hade svarat nej på de tidigare frågorna i enkäten som handlade om ifall pappan deltagit i rådgivningsbesök före och/eller efter barnets födsel. Vi förstår informantens kommentar men anser också att det är mycket svårt att ge ett bra svar på denna kommentar, det är svårt att hjälpa någon som man inte har möjlighet att nå fram till och svårt att veta som rådgivningspersonal om dessa pappor som man inte träffar är i behov av hjälp, stöd och vård. Skulle man kunna sända något via e-post till alla nyblivna föräldrar eller sända med en broschyr via mamman? Men om paret inte har en nuvarande relation hur ska man få pappans e-postadress då och då kan man heller inte sända hem broschyr med mamman. Skulle man redan när mamman ringer och anmäler sig gravid till rådgivningen kunna fråga om parets relation och om hon vet vem pappan är och vilken roll han har i förhållandet, om han är närvarande? Efter den funderingen började vi diskutera och fundera om en pappa som inte varit och som inte är närvarande under graviditet och förlossning, kan han drabbas av förlossningsdepression? Kanske han kan vara i annat behov av stöd, han kanske skulle vilja vara närvarande men inte får och detta skapar en sorg hos honom. Skulle man kunna ha informationsbroschyrer digitalt att tillgå från till exempel kommunernas hemsidor, så att de som vill kan läsa om förlossningsdepression där, samt att det skulle finnas information och kontaktuppgifter till en hälsovårdare eller annan möjlig hjälp till exempel till kommunens pappa rådgivning om det finns en sådan i kommunen.

Om pappan är en del av mammans liv och vill vara närvarande skall man som personal på rådgivning vara noggrann att bjuda in båda föräldrarna till rådgivningen och poängtera att båda är lika viktiga fast det heter mödrarrådgivning. Skulle det vara mer jämställt och etiskt rätt att döpa om mödrarrådgivning till familjerådgivning istället? Om pappan trots inbjudan

ej har möjlighet eller vill komma till rådgivningen så är hembesöket efter barnets födsel ett viktigt tillfälle att försöka få pappan att vara med på. Då kan man fråga om hans upplevelser efter förlossningen och informera båda föräldrarna om förlossningsdepression. Detta tillfälle kanske också är ganska lämpligt eftersom det i vår bakgrund kommer fram att mamman kan drabbas av förlossningsdepression under de två första månaderna medan det hos mannen är vanligast att drabbas under de tre till sex första månaderna.

## **7.2 Tolkning av resultat relaterat till bakgrunden**

Vi har jämfört vårt resultat i denna studie med bakgrunden som vi skrivit och vi tog fasta på vissa rubriker i vår bakgrund där vi verkligen hittade saker att fundera kring. Vi inleder vår bakgrund med ett stycke som vi valt att kalla den nya pappa rollen där vi nämner att kvinnans graviditet och födseln av ett barn en stor förändring även för pappan, men pappans känslor lämnas ofta åt sidan och ofta upptäcks en eventuell depression hos pappan först när mammas depression blir bättre (Kortesoja et. al.). I vårt resultat kommer det fram att många av informanterna vill ha mer information om hur man ska stötta en partner som blivit drabbad. Vi tänker då att den informationen säkert skulle vara bra för pappan att veta och också gynna sjukvården på så sätt att om pappan psykiskt orkar stötta mamman då kanske mamman tidigare kommer ur en depression och pappan får snabbare tid för att visa hans känslor kring det som den nya familjen genomgått och om pappan också drabbats av en förlossningsdepression kan även han få hjälp snabbare. Det kan förstås bli en stor fysisk utmattning som vi nämnde i bakgrunden om pappan behöver ta hand om både barnet och partnern, men med rätt hjälp och om pappan fått information om hur han ska stötta så kanske han kan klara av det lättare och utmattningen blir mindre. Vi tänker att familjen då fortare skulle få må bra och alla skulle få en bättre relation anknytning till varandra. Vi nämner också i vår bakgrund om stödformer vid förlossningsdepression men där tog vi mest upp stöd utifrån, så som stödgrupper och personer man kan vända sig till. Vi skulle kanske ha behövt funderat och söka forskning kring om hur pappan kan vara ett bra stöd åt sin partner. Nu i efterhand tänker vi att det är kanske inte så svårt som man tror, utan att man genom att hjälpa med de vardagliga sysslorna i hemmet kan underlätta enormt hos mamman och hon kan känna det största och bästa stödet enbart genom det, medan andra önskar mer närhet och närvaro av mannen. Detta beror väl helt på hurudant förhållande man haft sedan tidigare och hur krävande barnet är, är det ett barn som vill vara i famn hela tiden eller ett barn med kolik kan det vara mer påfrestande än med ett barn som är mycket lugnt och nöjt.

I bakgrunden nämner vi också om hur pappa-rollen ändrats från att vara en pappa som enbart försörjde familjen till att idag vara en pappa som är lika delaktig i barnets vård som mamman. Falk & Krupa (2016) nämner att jämställdhet har blivit allt vanligare och pappor idag ställer detta som ett krav. När vi läser detta kommer vi direkt att tänka på den nya familjeledighetsmodellen 6+6+6 som är på tapeten nu i riksdagen. Modellen går ut på att föräldraledigheten skulle förlängas så att den skulle vara i 18 månader och föräldrarna själva skall få välja hur de vill dela upp dessa månader. Exempelvis skulle mamman och pappan kunna dela jämt på veckorna så att båda är lediga 9 månader var eller så skulle man kunna ha 6 månader var och sedan själv inom familjen välja vem man vill ska ta de sista 6 månaderna. På så sätt skulle pappan ha lika mycket rätt att få vara hemma med barnet som mamman och till exempel om det skulle vara så att mamman har bättre lön så skulle hon kunna jobba och försörja familjen eller så likadant så skulle pappan kunna göra det (Pro 2016). Detta är ju en modell som verkligen stöder jämlikhet och bryter gamla normer i samhället om att kvinnan skall vara hemma med barnet. Vi kan relatera detta till vår studie där det kom fram att många av papporna ville att det skulle läggas större fokus på båda föräldrar under rådgivningsbesöken. Detta kan vi tolka som att papporna vill att det skall vara mera jämställdhet för föräldrarna och vi tycker denna modell skulle vara en bra modell att införa i vårt land bland annat för att öka jämställdhet bland mammor och pappor.

Falk & Krupa (2016) som vi också nämner i vår bakgrund är att många pappor känner oro under graviditeten och där började vi diskutera hur man som vårdpersonal skulle kunna lugna oron som finns hos papporna. Man kunde kanske tipsa om böcker eller broschyrer att läsa. Det finns bland annat en bok som heter Pappor som föder barn som är en bok som tar upp tips, råd och ger information åt pappor om graviditeten, förlossningen och tiden efter förlossningen. I boken medverkar tolv pappor som fått eller ska få sitt första barn om deras känslor och erfarenheter (Bergensten 2000). Vi tror denna skulle vara ett bra stöd åt de nyblivna papporna. Detta stöder även vårt resultat då det visade sig att många av papporna vill ha mer information både skriftligt och muntligt samt om pappan inte deltar skulle man kunna tipsa mamman om denna bok samt ge broschyrer från rådgivningen så hon kan ge vidare till pappan. En annan viktig sak är också att man som hälsovårdare på rådgivningen berättar om vikten med att båda föräldrarna skall gå på föräldraförberedelsekurserna som ordnas, detta är viktigt och kan lindra den oron som kan finnas hos föräldrarna och de kan då få känna sig lugnare inför den kommande förlossningen och livet därefter.

Andra viktiga rubriker som vi tagit upp i bakgrunden är riskfaktorerna och symtomen på förlossningsdepression. Det är viktigt att få ut information om förlossningsdepression men även om graviditet och förlossning eftersom en bidragande riskfaktor att drabbas är bristfällig information (Koh et. al. 2014). I vårt resultat var det flera informanter som ville veta mer om riskfaktorerna och därför är det bra att vi tagit med det i vår bakgrund men också för att hälsovårdaren skall ha mer kunskap till exempel veta att symtomen på depression hos män och kvinnor skiljer sig åt, så att man kan reagera på de olika symtomen och kanske upptäcka de som har riskfaktorer för att kunna observera dem lite extra och fånga upp dem om man misstänker att de drabbats. Ju snabbare man når fram till dessa personer som drabbats och ju fortare de får behandling desto lättare blir vårt jobb som hälsovårdare att stödja familjen och desto fortare kan familjen få en fungerande vardag och förlossningsdepressionen kanske inte hinner påverka barnet lika mycket utan en anknytningsprocess kan påbörjas.

Eftersom inte så många av våra informanter hade svarat på ett depressionsformulär tidigare så tänker vi att dessa inte används på rådgivningen som en rutin, i alla fall inte på pappor, utan endast om depression misstänks. Kanske man skulle kunna införa en regelbunden kontroll med en EPDS skala på alla nyblivna föräldrar i samband med att de besöker barnrådgivningen tillexempel för att säkerställa att man försökt hitta och/eller hittat de som kan ha drabbats. Det skulle även vara bra att använda ett mer passande screeningssystem för depression hos män, till exempel GMDS-skalan som det i forskning framkommit är bättre och speciellt anpassad för män.

Att känna till olika behandlingar och stödformer för depression är viktigt och det visar även vårt resultat att informanterna anser sig vilja veta mera om. Att sätta in en behandling i ett tidigt skede kan underlätta att depressionen blir ännu svårare. Gällande stödformer för pappor som drabbats av förlossningsdepression hittade vi inte någon specifik verksamhet om man jämför med föreningen Äimä ry som stöder förlossningsdeprimerade mammor genom kamratstöd och informationsgivning. Det skulle vara viktigt att pappor skulle ha lika möjlighet till liknade stöd. Till exempel grupper där förlossningsdeprimerade pappor skulle få träffa andra pappor i samma situation och diskutera tillsammans kring frågor och funderingar som kan uppstå.

De nio vetenskapliga artiklar som vi valt att använda i vår studie anser vi har varit relevanta för vår studies bakgrund. Vi hittade innehållsrika artiklar som vi kunde koppla till vår teori och på detta sätt kan man lättare förstå varför vi valt just den artikeln. Speciellt studien från

Hong Kong av Koh et.al har vi haft stor nytta av eftersom den var informationsrik och betonade liknande rubriker som även vi valde i vår bakgrund. De hade i sin vetenskapliga artikel fått ett brett resultat och forskat i fler olika saker kring förlossningsdepression hos pappor. De flesta av våra vetenskapliga artiklar som vi valt styrker vårt resultat på det sättet att de ger oss information om bland annat riskfaktorer, symtom och hur vanligt det är att pappor drabbas. All denna information var sådant som väldigt många av våra informanter ville veta mer och på så vis har vi nytta av det när vi skall göra vårt utvecklingsarbete men också i vårt kommande yrke som hälsovårdare då vi kan använda oss av vetenskapliga studier med tillförlitligt svar på frågor som föräldrar kan ställa om riskfaktorer, vem som kan drabbas, symtom och så vidare.

### **7.3 Tolkning av resultat relaterat till den teoretiska utgångspunkten**

Respondenterna har valt att spegla denna kvantitativa studie mot Halldórsdóttirs teori om *"Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care"*, vårdande och icke vårdande från en patients synvinkel. Halldórsdóttirs teori baserar sig på en patientens synvinkel och det gör även vår studie. I respondenternas studie läggs fokus på hur nyblivna pappor upplever att de blivit informerade om förlossningsdepression och hurudan kunskap de har efter informationen. Personalen på rådgivningen behöver kunskap om förlossningsdepression för att kunna vårda professionellt och denna studie kan hjälpa personalen att kunna få mer kunskap och kan då ge den information papporna behöver eller anser sig vilja få.

I Halldórsdóttirs teori finns tre påståenden, den första handlar om klienten som beskriver personen som skall ta emot vården som en sårbar person som är i behov av professionell vård. Vi anser att alla pappor som svarat på vår enkät till studien på ett eller annat sätt är i en sårbar situation i livet där upplevelserna är nya. I tidigare forskning har det framkommit att när en ny familj bildas kan pappan känna sig utanför när mamman och barnet oftast har en snabbare interaktion än vad pappan och barnet har. Mamman sätter eventuellt mer tid på barnet med alla behov det nyfödda barnet har och detta kanske pappan inte hade tänkt sig. Pappan kanske känner sig obekvämt i sin nya roll och inte vet hur han ska hjälpa till hemma. Han är då i behov av professionell vård i form av rådgivning och information. Vårdaren bör ha kunskap och kompetens inom området för att ge tillförlitlig information och skapa ett lugn åt den nyblivna pappan. Vårdaren bör ge omsorg och tid åt pappan att förstå och ta till sig informationen han får samt lyssna lika mycket på den nyblivna pappan som på den nyblivna mamman trots att det är henne man fysiskt vårdar med kontroller och undersökningar.



För att den nyblivna pappan skall känna att behovet av professionell vård har uppnåtts bör vårdaren också skapa en relation till pappan, detta kräver ju dock att pappan är närvarande vid rådgivningsbesöken så att vårdaren också kan fråga efter pappans upplevelser. Ofta kan pappan ha upplevt något under förlossningen på ett helt annat sätt än mamman eller har uppfattat det som hänt fel och då kan det vara bra att han får diskutera detta med en professionell vårdare efteråt så att vårdaren kan förklara varför man gjort som man gjort. Om detta inte klargörs för pappan så kan det uppstå en bild av okunskap inom vården eller skapa en rädsla som i sin tur kan leda till pappan får en negativ uppfattning av vården och som i sin tur kommer att göra att nästa gång han söker vård kan det vara svårare att uppnå pappans behov av professionell vård.

Följande påstående i Halldórsdóttirs teori handlar om sammanhang, de kallar hon kontext, vilket kan vara pappans förväntningar, upplevelser och tidigare erfarenheter. Vi tänker att pappan kan känna sig missnöjd eller besviken om han blivit inbjuden till rådgivningen och har som förväntning att få mer information än vad han fick och om besöket var endast fokuserat på mamman. Pappan kan också ha förväntningar på hur vardagen som nybliven familj ska se ut och om dessa blir helt annat än vad han hade tänkt sig kanske pappan kan drabbas av förlossningsdepression. Man borde då som vårdare förbereda paret på att tiden efter förlossningen inte behöver vara en vacker rosa bubbla och att relation inte behöver vara den samma som innan samt informera båda om eventuella komplikationer som kan komma och berätta åt båda parterna om förlossningsdepression så att de är beredda och kan stötta varandra i detta istället för att bli arga och irriterade på varandra om de inte vet vad som orsakar symptomen en deprimerad person kan ha. I påståendet som betonar sammanhang nämns även tidigare erfarenheter och där tänker vi att det kan vara så att pappan sedan tidigare har dåliga erfarenheter av vården och därför kanske inte ens dyker upp på rådgivningsbesöken eller inte tar till sig den informationen som ges. Pappan kan även ha positiva tidigare erfarenheter som kan vara orsaken till att han tycker att han inte behöver mer information eller så kan dessa positiva erfarenheterna skapa en förhoppning om hur vården skall gå till och om det inte blir så skapas en besvikelse och en känsla av oprofessionell vård.

Följande påstående i Halldórsdóttirs teori är professionellt vårdande, där hon beskriver att en professionell vårdare som är kompetent, ger omsorg och skapar en relation till klienten ökar känslan av välbefinnande och hälsa hos klienten. Om en vårdare på rådgivningen har kunnat vårda professionellt och skapat en relation till hela den nya familjen samt gett omsorg på ett kunnigt sätt så känner hela familjen sig mycket tryggare och detta ger en känsla av

välbefinnande och hälsa och familjen vet att det finns en professionell vårdare som de kan kontakta om de stöter på komplikationer eller frågor.

Halldórsdóttir baserar sin teori på att det finns två typer av vårdare, den professionella har vi redan nämnt flera gånger som är omtänksam och kompetent som skapar en bro ("the bridge") mellan vårdaren och klienten som i vår studie är pappan och den nyblivna familjen. En vårdare som skapar denna bro mellan sig själv och klienten har ett professionellt arbetssätt som i Halldórsdóttirs teori används som ett huvudbegrepp professionellt vårdande.

Den andra typen av vårdare är en vårdare som är inkompetent och likgiltig och därmed skapar en mur ("the wall") mellan vårdaren och klienten som i vår studie då är pappan och den nya familjen. Vi tänker att man som inkompetent och likgiltig vårdare kan skapa murar på olika sätt och på grund av olika saker. Det första vi kommer att tänka på är pappor som varit med på rådgivningsbesöken men inte anser att de fått någon information om förlossningsdepression. Där har det ju tydligt bildats en mur men frågan är hurudan och varför? Kan det vara för att personal på rådgivning endast pratat till mamman och muren har hamnat endast mellan pappan och vårdaren medan mamman upplever att hon och vårdaren har en bro mellan sig eller kan det vara så att vårdaren inte hade kunskap om förlossningsdepression och inte alls har tagit upp det till tals och/eller så har föräldrarna inte frågat om det och på så sätt har det skapats en mur mellan vårdaren och föräldrarna. Det kan också vara så att pappan inte varit med på rådgivningsbesöken och då kan man inte skylla på att det är vårdaren som är inkompetent utan då kan det vara att kommunikationen varit dålig när inbjudan även åt pappan skickats ut eller att pappan helt enkelt inte velat delta och då skapat en egen mur mot vården.

När Halldórsdóttir presenterar begreppet professionellt vårdande, nämner hon även individanpassad vård som en viktig kunskap som vårdaren ska ha. Detta håller vi med om. Om pappan redan vet vad förlossningsdepression är kanske inte fokuset alls behöver ligga där utan man bör som vårdare se vad som är just den specifika familjens behov och var vårdaren ska sätta resurserna. Hon nämner även vikten i att lära klienten att utföra uppgifter, här är det viktigt att man tänker på att båda föräldrarna ska få lära sig sköta om barnets hygien och även att pappan kanske behöver få lära sig hur han ska stötta mamman vid förlossningen och även sen i hemmiljö. Så enkla saker som att se till att mamman får vätska, mat och sömn är en viktig uppgift för pappan och detta kanske han behöver informeras eller påminnas om.

För att vara en professionell vårdare krävs mycket mod. Man ska lita på den kunskap man har och man kan inte veta allt men om man inte vet svaret på frågorna som föräldrarna har bör man i alla fall vet var man kan finna svaren så att man kan ge ut tillförlitlig information. Man bör även lita på sig själv och sin självkänsla så man vet när man behöver remittera vidare familjen till specialistsjukvård. Man ska vara personlig men professionell och skapa en relation till klienten som känns naturlig men inte för privat.

## 7.4 Kritisk granskning

Respondenterna har kritisk granskat sitt arbetssätt och val av metod i denna studie. För att utföra kritiska granskning av vårt arbete har vi använt oss av Henricson (2017) och Eliasson (2010). Vi tror att genom en kvantitativ metod gav det mer informanter som deltog än om studien skulle ha gjorts som en kvalitativ studie med intervjuer och i och med frågeställningarna i studien gav en kvantitativ metod med enkätsvar en större bild och ett tillförlitligare resultat än om intervjuer med några informanter skulle ha gjorts.

Det som skulle ha varit bättre ifall vi skulle ha gjort en studie med intervjuer skulle ha varit det att vi skulle ha fått mer detaljerade svar, genom att få höra papporna berätta och själv säga deras åsikter istället för de fasta svarsalternativen i enkäten. Genom intervjuer så skulle det ha varit lättare att tolka svaren relaterat till vår valda teoretiska utgångspunkt och då skulle vi kunnat få reda på och vetat mer om en mur eller bro bildats och varför, som vår studie är nu kan det ha bildats en bro och/eller en mur på så många olika sätt som vi inte kan få exakt svar på varför det blivit så.

Med en frivillig och anonym enkät har vi inte träffat våra informanter därför kan vi heller inte säkerställa att de uppfyller våra inklusions- och exklusionskriterier men vi har gjort allt vi kan med kontrollfrågor i början för att kunna ta bort de som ej passat våra kriterier och då får vi lita på att de övriga informanterna svarat ärligt och på så vis har vi endast analyserat de svar som uppfyller kriterierna och detta stärker validiteten och reliabiliteten i vår studie. (Henricson 2017, s.415)

Vi anser att vi skulle kunnat omformulerat enkäten och tillagt en fråga gällande hur många barn pappan har, för att få en större uppfattning om hurdan erfarenhet pappan hade sedan tidigare. I resultatet sågs att frågorna kunde tolkas på olika sätt vilket skulle ha kunnat ändras och gjort det mer lätt förståeligt. Att frågan kan tolkas på olika sätt gör att risken för

missförstånd ökas (Eliasson 2010). Eftersom enkäten kunde uppfattas på olika sätt av olika personer så sänker detta reliabiliteten på vår studie.

När vi valde och sökte samt granskade våra vetenskapliga artiklar till denna studie gjordes detta av oss båda och vi gick båda igenom alla artiklar och granskade dem. Detta stärker reliabiliteten i vår studie. Dock var våra artiklar både kvantitativa och kvalitativa för att vi valde använda artiklarna i bakgrunden som teori för vårt ämne. Vi skulle kunnat ha valt endast artiklar som var kvantitativa för att stärka validiteten för vår studie. Validiteten skulle då ha stärkts på grund av att vår studie och artiklarna då skulle ha haft samma design, men vi ansåg att de artiklar vi till slut valde var till stor nytta och gav oss trovärdiga fakta till vår bakgrund i studien. För att styrka reliabilitet och validitet i vår studie när vi valde vilka artiklar vi skulle använda hade vi som kriterier att de ej skulle vara äldre än 2010, trots det hittade vi en studie som var äldre än det som vi valde att ta med. Vi har också valt att enbart använda artiklar som är vetenskapliga. Vi hade inget specifikt antal artiklar som max- eller minimigräns utan tog med så många som vi tyckte att behövdes för att uppnå syfte. Vi jämförde också svaren vi fick ut från artiklarna med andra artiklar och annan teori så att de stämde överens, detta för att stärka validiteten på artiklarna. (Henricson 2017, s.414)

Som vi nämner senare i vår slutledning kan vi dra nytta av denna studies resultat i vårt kommande yrkesliv och detta tyder på att studien uppfyllt validitet och reliabilitet (Henricson 2017, s.415)

## **8 Slutledning**

Genom att ha gjort denna studie har vi fått betydande kunskap och större förståelse om pappors kunskap om förlossningsdepression och vad de skulle vilja veta mer om och på vilket sätt. Detta ger oss en bra grund att stå på med tanke på vårt kommande yrke där vi kommer att möta på familjer, både mammor och pappor drabbade av förlossningsdepression och då skall vi kunna ge bästa möjliga individuella stöd åt dem.

De finns forskning kring att pappor kan drabbas av förlossningsdepression men det skulle behövas mer forskning kring hur en förlossningsdeprimerad pappa känner sig och hurudant stöd som skulle vara bra att ge honom. Det skulle förstås också vara viktigt se hur man inom vården på bästa sätt skulle kunna fånga upp de pappor som är förlossningsdeprimerad detta för att ens kunna ge ett tidigt stöd åt pappan och hela familjen. Därför skulle det vara viktigt

att man skulle använda ett screeninginstrument passande för män, exempelvis GMDS-skalan. Samtidigt skulle det även vara viktigt att man regelbundet skulle screena män för förlossningsdepression för att på så sätt förebygga och lägga in tidiga stödformer för mannen och hela familjen.

Ett förebyggande arbete är viktigt som hälsovårdare också i frågor gällande förlossningsdepression. Viktigt att vi som hälsovårdare förbereder familjen på bästa sätt, detta för att bland annat underlätta för familjen, genom att ge dem information om förlossningsdepression innan så att de är har en större möjlighet till en förståelse och medvetenhet ifall de eller någon i deras omgivning skulle drabbas och vart de i sådant fall skall vända sig för att få stöd och hjälp. För att kunna ge den informationen betyder också att vi som hälsovårdare behöver en bred kunskap om ämnet för att kunna informera föräldrarna med rätt information. Som det framkom i studien är det viktigt att vi som hälsovårdare lägger fokus på båda föräldrarna, att få båda föräldrar att känna sig jämlika och bemöta dem på ett respektfullt sätt är viktigt med tanke på att stärka föräldraskapet och parrelationen samt anknytningen till barnet.

## Källförteckning

Andersson Höglund, I. & Hedman-Ahlström, B. (2014). *Psykiatri: 2*. Stockholm: Sanoma utbildning.

Bengtsson, K. (2017). *Depression i samband med att du får barn* <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Forlossningsdepression/#section-1> [Online] [Hämtat:12.10.18]

Bergensten, G. (2000). *Pappor som föder barn*. Malmö: Richter

Bergström, M. (2013). *Lyhört föräldraskap – Barns utveckling och anknytning de första fyra åren*. Lettland: Livonia print.

Boman, C. 23.11.2014 Jakakaa hoitovastuu – anna isän hoitaa vauvaa <https://www.kaksplus.fi/perhe/vanhemmuus/jakakaa-hoitovastuu-anna-isän-hoitaa-vauvaa/>. [Online] [Hämtat:09.10.18]

Davis, N., Davis, M., Freed, G. & Clark, S. Pediatrics 2011, *Fathers' Depression Related to Positive and Negative Parenting Behaviors With 1-Year-Old Children* <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/03/14/peds.2010-1779> [Online] [Hämtat:11.10.18]

Eliasson, A. (2010) *Kvantitativ metod från början* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Etene - Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, Social- och hälsovårdsministeriet. (2011). *Den etiska grunden för social- och hälsovården*. I: ETENE-publikationer 33. Helsingfors. [Online] [Hämtat: 18.5.2018]

Falk, S. & Krupa Syllner, T. (2016) *Det är inte du det är dom! En peppbok för föräldrar*. u.o.: Massolit Förlagsgrupp AB

Gross, C. (2017). Postpartum Depression in Mothers and Fathers: The Role of Parenting Efficacy Expectations During the Transition to Parenthood. *Sex Roles*, 76(5), pp. 290 - 305. [Online] [Hämtat:11.10.18]

Halldórsdóttir, S., (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care - developing a theory*. Linköping: Linköping University.

- Hansson, J. (2008). *Trygga små barn*. u.o: Ica bokförlag, Forma publishing Group AB
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johannesson K., (2016). *Depression efter förlossning*. [https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/barn-och-familj/att-bli-foralder/depression\\_efter\\_forlossning](https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/barn-och-familj/att-bli-foralder/depression_efter_forlossning) [Online] [Hämtat: 16.05.2018]
- Jussila, T. Iltalehti 31.08.2016 Isän babyblues [https://www.iltalehti.fi/perhe/200608315023164\\_pr.shtml](https://www.iltalehti.fi/perhe/200608315023164_pr.shtml) [Online] [Hämtat: 09.10.18]
- Järvinen, L. 16.10.2015 *Isän synnytyksen jälkeinen masennus on luultua yleisempää*. <https://www.kaksplus.fi/raskaus/synnytys/isan-synnytyksen-jalkeinen-masennus-on-luultua-yleisempaa/> [Online] [Hämtat:09.10.18]
- Klemetti, R., Hakulinen-Viitanen, T., Tallberg-Nygård, M. & Ingvall, A. (2017). *Handbok för mödrarådgivningen: Nationell rekommendation*. [Helsingfors]: Institutet för hälsa och välfärd.
- Koh, Y. W., Chui C. Y., Tang C. S. K. & Lee A. M. (2014). The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the Relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*. (2014) [Online] [Hämtat:04.10.18]
- Kortesoja, R., Sääksniemi, L-E., Mäenpää, P. & Paananen, U. (u.å.) *Isi on nyt vähän väsynyt* [Online] [Hämtat:09.10.18]
- Lund, I. 01.03.2019 *Antidepressiva läkemedel*. <https://depression.se/antidepressiva-lakemedel/> [Online] [Hämtat:17.04.19]
- Mao, Q. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), p. 645. [Online] [Hämtat:04.10.18]
- Marinovic, M. & Seiffge-Krenke, I. (2016). Depressive Väter. *Psychotherapeut*, 61(6), pp. 499-506. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-016-0132-1> [Online] [Hämtat:13-10.18]
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2014). *Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården*. I:

Metodhandbok. *Institutet för hälsa och välfärd*. Pp. 135. Tammerfors: Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab. [Online] [Hämtat: 18.5.2018]

Nordenmark, L. & Hyllander, K.. 2018. *Maskulinitet och psykisk hälsa, strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*. <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-608-7.pdf> [Online] [Hämtat: 25.04.2018]

Okun, M. (2016). Disturbed Sleep and Postpartum Depression. *Current Psychiatry Reports*, 18(7), pp. 1-7. [Online] [Hämtat: 16.5.2018]

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Persson, T., Internetmedicin (2009). *Graviditetspsykiatri*. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2107> [Online][Hämtat: 16.05.2018]

PPSS - Pacific Post Partum Support Society, 2018, *For dads*. <http://postpartum.org/services/dads/> [Online] [Hämtat:09.10.18]

PPSS - Pacific Post Partum Support Society, 2018, *Signs of Postpartum Depression and Anxiety in Men*. <http://postpartum.org/services/dads/signs-of-ppd-anxiety-in-men/> [Online] [Hämtat:09.10.18]

Pro – fackförbund. (2016) *Vad avses med 6+6+6?* <https://www.proliitto.fi/sv/nyheter/arbetsmarknad/vad-avses-med-666> [Online] [Hämtat: 11.4.2019]

Psouni, E., Agebjörn, J. & Linder, H. (2017). Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), pp. 485-496. <https://doi.org/10.1111/sjop.12396> [Online] [Hämtat:13.10.18]

Sigurdardóttir, S., Halldórsdóttir, S. & Sóley, B. (2012). Deep and almost unbearable suffering: Consequences of childhood sexual abuse for men's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), pp. 688-697

Soininen, M. (2010). *Kunpa isi jaksaisi*. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kunpa-isi-jaksaisi-5308/> [Online] [Hämtat: 04.10.18]



Stein, A., Evans, J. & O'Connor, TG. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*,1;365(9478):2201-5. "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Stein%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=15978928" [Online] [Hämtat:11.10.18]

Tarnanen, K., Isometsä E., Kinnunen, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M. & Tuunainen, A. (2016). *Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, masennus)*, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044> [Online] [Hämtat 14.05.2018]

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). *Mödra- och barnrådgivning*. <https://thl.fi/fi/web/barn-unga-och-familjer/basservice/modra-och-barnradgivning> [Online] [Hämtat: 16.05.2018]

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2017). *Blanketter för arbetet vid rådgivningar*. <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/stodmaterial/blanketter/blanketter-for-arbetet-vid-radgivningar>. [Online] [Hämtat: 18.5.2018]

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

Yle, (2014). *Syntymä voi masentaa myös isän* <https://yle.fi/uutiset/3-7243543> [Online] [Hämtat:12.10.18]

Äimä ry, u.a. *Förlossningsdepression – från krisen ut till ljuset*. <https://aima.fi/synnytysmasennus/> [Online] [Hämtat: 18.05.2018]

### **Finlands författningssamling**

Hälsa- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 16.05.2018].

## Undersökning: Nyblivna pappors kunskap om förlossningsdepression

Denna undersökning görs av två Hälsovårdsstuderande på Novia i Vasa som skriver sitt slutarbete om vilken kunskap nyblivna pappor har om förlossningsdepression samt vilken information de anser att de fått om förlossningsdepression från barn- och mödrarådgivningen.

Våra informanter bör alltså vara pappor med barn under 2 års ålder.  
Det tar ca. 5-10 min att svara på vår enkät som innehåller 17 korta frågor med svarsalternativ.

Deltagandet är frivilligt och anonymt.  
Svaren kommer analyseras konfidentiellt.

Har ni frågor gällande undersökning kan ni kontakta oss:  
Alexandra Nyroos: [alexandra.nyroos@edu.novia.fi](mailto:alexandra.nyroos@edu.novia.fi)  
Emilia Niemi: [emilia.niemi@edu.novia.fi](mailto:emilia.niemi@edu.novia.fi)

TACK för att du tar dig tid och fyller i vår undersökning! Ha en bra dag!

\*Obligatorisk

### 1. Kön \*

Markera endast en oval.

- Man  
 Kvinna  
 Annat

### 2. Ålder? \*

\_\_\_\_\_

### 3. I vilket land är du bosatt? \*

Markera endast en oval.

- Finland  
 Sverige  
 Övrigt: \_\_\_\_\_

### 4. Har du barn som är yngre än 2 år? \*

Markera endast en oval.

- Ja  
 Nej

### 5. Har du varit med på rådgivningsbesök före barnets födsel? \*

Markera endast en oval.

- Ja  
 Nej

**6. Har du varit med på rådgivningsbesök efter barnets födsel? \****Markera endast en oval.*

- Ja  
 Nej

**7. Har du fyllt i ett depressionsformulär tidigare? \****Markera endast en oval.*

- Ja, på rådgivningen  
 Ja, på internet  
 Ja, någon annanstans  
 Nej, har inte fyllt i

## Kunskap

**8. Vet du vad förlossningsdepression är? \****Markera endast en oval.*

- Ja, mycket  
 Ja, något  
 Ytterst lite  
 Nej, inget

**9. Vem kan drabbas av förlossningsdepression? \****Markera alla som gäller.*

- Mamman  
 Pappan  
 Barnet

**10. Har någon i din omgivning drabbats av förlossningsdepression? \****Markera alla som gäller.*

- Jag själv  
 Partner  
 En vän  
 Nära anhörig  
 Vet ej  
 Ingen  
 Övrigt: \_\_\_\_\_

**11. Vet du vad en EPDS blankett är? Välj det alternativ du tror är rätt.***Markera endast en oval.*

- En skala som mäter depressionssymptom efter förlossningen  
 En skala som mäter depression hos ett barn  
 En skala som mäter upplevelsen av förlossningen

**12. Vad skulle du vilja veta mer om angående förlossningsdepression?***Markera alla som gäller.*

- Allmänt om förlossningsdepression
- Riskfaktorer
- Symptom
- Vem som kan drabbas
- Vården för den som blivit drabbad
- Skillnaden mellan förlossningsdepression hos mamma och pappan
- Hur man kan stötta och hjälpa en anhörig med förlossningsdepression
- Övrigt: \_\_\_\_\_

**Information****13. Har du fått information om förlossningsdepression? \****Markera endast en oval.*

- Ja
- Nej

**14. Varifrån fick du information om förlossningsdepression? \****Markera alla som gäller.*

- Personal på barn- och/eller mödrarådgivning
- Annan vårdpersonal
- Egen erfarenhet
- Anhörig som drabbats
- Internet, böcker, tidningar
- Har inte fått information om förlossningsdepression
- Övrigt: \_\_\_\_\_

**15. Anser du att den information du fått var tillräcklig? \****Markera endast en oval.*

- Ja
- Nej
- Har inte fått information

**16. På vilket sätt skulle du velat få informationen? \****Markera alla som gäller.*

- Mer muntlig information på rådgivningen
- Broschyr med information
- Personal på rådgivningen skulle ha frågat mer om min psykiska hälsa
- Mer fokus på båda föräldrarna under rådgivningsbesöken
- Vill inte ha någon information
- Övrigt: \_\_\_\_\_

**17. Övriga kommentarer**

---

---

---

---

---

