



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

EN PAPPA KAN GÖRA ALLT UTOM ATT AMMA

Specialistsjuksköterskors erfarenheter av
föräldrastöd till pappor på BVC

Ulrika Johansson

Katja Loguin

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2017
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Hanna Falk

Titel (svensk):	En pappa kan göra allt utom att amma – Specialistsjuksköterskors erfarenheter av föräldrastöd till pappor på BVC
Titel (engelsk):	A father can do everything except breastfeeding – Specialist Nurses' experiences of parental support to fathers at the CHC-Centre
Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2017
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Hanna Falk
Nyckelord:	BHV-sjuksköterska, empowerment, familjecentrerad omvårdnad, föräldraskap, pappor, self-efficacy, stöd.

Sammanfattning:

Bakgrund: Enligt Socialstyrelsen ska Barnhälsovården (BHV) erbjuda föräldrastöd och skapa förutsättningar för ökad delaktighet i föräldraskapet för alla föräldrar. Forskning visar att pappor kan uppleva svårigheter i sin föräldraroll, känna sig exkluderade i kontakten med BHV och inte känna sig bemötta som en lika viktig förälder som mamman. Den här studien vill belysa frågan från BHV-sjuksköterskors perspektiv.

Syfte: Att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår.

Metod: Kvalitativ design. Datainsamlingen bestod av webbaserade enkäter med öppna frågor som besvarades av 23 BHV-sjuksköterskor från olika delar av Göteborgs kommun. Datainsamlingen skedde hösten 2016. Analysen genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre kategorier och tio underkategorier framkom vid analysen. Den första kategorin beskriver BHV-sjuksköterskornas uppfattningar kring pappors behov i sitt föräldraskap, där pappors behov av uppmuntran och behov av att bli sedda och respekterade framkom. I den andra kategorin belyser BHV-sjuksköterskorna faktorer som påverkar deras möjligheter att stärka pappor i föräldraskapet. Dessa faktorer var pappors delaktighet, relationen till pappan och jämställdheten mellan föräldrarna. Den sista kategorin handlar om vilka strategier BHV-sjuksköterskorna hade för att stärka pappor i föräldraskapet. De strategier som framkom var:

att bekräfta pappan, att lyssna, att ge konkreta råd, att se familjen som en helhet, samt att underlätta för pappor att vara delaktiga på BVC.

Slutsats: Respondenterna i studien upplevde att pappor är lika viktiga föräldrar som mammor, men att pappor kan behöva stärkas i föräldrarollen då de upplevs tvivla på sin förmåga. Ett familjecentrerat förhållningssätt genomsyrade de strategier som BHV-sjuksköterskorna i studien hade för att stärka pappor i föräldraskapet, dock framkom att BHV-sjuksköterskorna upplevde att det är svårare att skapa en relation till pappor än till mammor.

Abstract

Background: According to the National Board of Health and Welfare the Swedish Child Health Care (CHC) shall provide parental support and create conditions for increased participation in parenthood for all parents. Research shows that fathers can experience difficulties in their role as a parent, feel excluded in the contact with the CHC and not feeling that they are being treated as an equally important parent as the mother. This study aims to illustrate the topic from the perspectives of CHC- nurses.

Aim: To describe CHC-nurses' experiences of supporting fathers in parenthood during their child's first year.

Method: Qualitative research approach. Data were collected by using web-based questionnaires with open-ended questions which received answers from 23 CHC- nurses from different parts of Gothenburg. The data were collected during fall of 2016. The data were analyzed according to qualitative content analysis.

Results: Three categories and ten subcategories were identified. The first category describes the CHC- nurses' perceptions of fathers' needs in parenthood, where fathers' needs of encouragement and needs of being seen and respected were revealed. The second category describes what factors the CHC- nurses believes affect their abilities to support fathers, and these factors were fathers' involvement, the relationship towards the father, and equality amongst the parents. The last category describes strategies which the CHC-nurses used to strengthen fathers in parenthood. The strategies that were revealed consisted of: confirming the father, listening, giving concrete advices, seeing the family as a unity, and by facilitate for fathers to participate in the CHC-services.

Conclusion: The CHC-nurses in this study perceived that fathers are as important parents as mothers are, but that fathers can benefit from being strengthened in parenthood, as they appear to have doubts about their parenting skills. A family-centered approach was characteristic for the strategies that the CHC-nurses in this study used to strengthen fathers in parenthood, but the result also reveals that the CHC-nurses experienced that it is harder to form a relationship with fathers than with mothers.

Key words: CHC- nurse, empowerment, family centered care, fathers, parenthood, self-efficacy, support

Förord

Stort tack till våra respondenter för deltagande i studien. Tack till vår handledare Ulrika Bengtsson för proffsig vägledning och stöttning genom hela skrivprocessen. Tack även till våra familjer: Peter, Linus & Ingrid och Tevel, Mila & Ines!

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Föräldraskap	1
Föräldrastöd	2
Den svenska föräldraförsäkringen	2
Barnhälsovård i Sverige.....	3
Från Mjölkdroppen till BHV	3
Barnhälsovårdens uppdrag.....	3
Barnets utveckling under det första året	4
Pappors föräldraskap	5
Papparollen förr och nu.....	5
Dagens pappor	5
Pappors perspektiv på BHV	6
BHV-sjuksköterskors perspektiv på pappors föräldraskap och delaktighet inom BHV.....	6
Teoretisk referensram	7
Self-efficacy och empowerment	7
Familjecentrerad omvårdnad	8
Problemformulering.....	9
Syfte	9
Metod	9
Design.....	9
Urval	10
Deltagare	10
Svarsbortfall	11
Datainsamling	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
Resultat.....	13
BHV-sjuksköterskors uppfattningar om pappors behov i sitt föräldraskap	13

Behov av uppmuntran	14
Behov av att bli sedd och respekterad.....	14
BHV-sjuksköterskors syn på faktorer som påverkar möjligheten att stärka pappor i föräldraskapet	15
Pappors delaktighet	15
Relationen till pappan	16
Jämställdheten mellan föräldrarna	16
BHV-sjuksköterskors strategier för att stärka pappor i föräldraskapet	17
Att bekräfta	17
Att lyssna	18
Att ge konkreta råd.....	18
Att se familjen som en helhet.....	19
Att underlätta för pappor att vara delaktiga på BVC	19
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Design	20
Urval	21
Analys	21
Begränsningar	22
Förförståelse.....	22
Resultatdiskussion	23
Self-efficacy	23
Empowerment	23
Familjecentrerad omvårdnad	24
Genusperspektiv.....	25
Slutsatser	26
Implikationer för praxis	26
Vidare forskning	27
Referenslista	28
Bilagor	

Inledning

Att bli förälder för första gången kan vara en omvälvande upplevelse och innebär en stor omställning för båda föräldrarna (1). Barnhälsovården (BHV) möter dagligen nyblivna föräldrar och deras barn i sitt arbete och specialistsjuksköterskan på barnavårdscentralen (BVC) har en viktig roll i hur mammor och pappor blir bemötta och bekräftade i sitt föräldraskap. FN:s barnkonvention bygger på grundidén att samhället på alla nivåer ska verka för barnets bästa och ha ett barnperspektiv på de områden där barn är involverade (2). Barnets rätt till båda sina föräldrar är en del av barnkonventionen och Sveriges regering vill med utgångspunkt i den med sin familjepolitik öka förutsättningarna för ett jämställt föräldraskap bland annat genom att skapa goda förutsättningar att ta ut föräldraledighet för båda föräldrarna (3). Under barnets första år är det fortfarande oftast mamman som är föräldraledig (4) och pappor riskerar att under den här tiden känna sig exkluderade i föräldraskapet (5). Pappor kan även känna sig åsidosatta i kontakten med BHV och inte få det stöd de behöver för att utveckla en trygg föräldraroll (6-8). Att BHV-sjuksköterskan har ett professionellt förhållningssätt i sin relation till båda föräldrarna är av stor vikt, och enligt Socialstyrelsen ingår det i BHV:s uppdrag att skapa förutsättningar för ökad delaktighet i föräldraskapet för alla föräldrar (9).

Bakgrund

Föräldraskap

Att bli förälder är en process som startar redan under graviditeten. Rent biologiskt blir vi mammor och pappor när barnet föds men själva föräldraskapet kan beskrivas som en social konstruktion som dels påverkas av barnet, men även av våra nära relationer och vår omgivning (1). Att föräldraskapet är socialt konstruerat förklaras av att förväntningarna på hur en mamma eller pappa skall vara ligger djupt rotade i oss och påverkar hur vi blir som föräldrar. Förväntningarna på föräldrarollerna grundar sig i ett genusperspektiv där mäns och kvinnors sätt att vara och agera ses som något som i första hand skapas av samhället och de förväntningar som finns på hur en man och en kvinna bör vara. Förväntningarna handlar om allt från hur en man respektive kvinna bör klä och uttrycka sig, till vad man arbetar med. Dessa föreställningar förs vidare genom generationer (10). Föräldraskap och könstillhörighet är starkt förknippade med varandra och Elvin-Nowak (11) pekar på att kvinnlighet fortfarande skapas genom moderskap och manlighet genom arbete. Hwang (12) menar att kvinnor har ett försprång i föräldrarollen genom att de tidigt uppfostras och uppmuntras till omhändertagande och mjukhet. Kvinnan har dessutom ett fysiskt försprång till barnet genom att hon burit det i sin kropp och i de flesta fall också ammar barnet (13).

Enligt föräldrabalken (14) ska alla barn under 18 år stå under en eller två vuxna personers vårdnad. Vårdnadshavare är oftast barnets föräldrar. Det är vårdnadshavarnas ansvar att se till barnets rätt till omvårdnad, trygghet, god fostran och att barnet inte far illa. Det föreligger en

skyldighet att ansvara för och besluta i personliga frågor gällande till exempel barnets utbildning. Vårdnadshavarna har via förmyndarskap även ansvar för att sköta barnets ekonomi. Föräldrabalken anger i likhet med Barnkonventionen att barnets bästa ska komma i främsta rummet, här framförallt gällande vårdnad, boende och umgänge (14).

Föräldrastöd

Den svenska familjestödspolitikens målsättning är att alla föräldrar med barn under 18 år ska erbjudas samma stöd i sitt föräldraskap. Föräldrastödet utgår från barnrättsperspektivet där man menar att föräldrarnas kunskap kring barnets behov och rättigheter påverkar barnets utveckling och hälsa i allra högsta grad. Huvudansvaret för barnet ligger hos föräldrarna men föräldraansvaret kan kräva samhälleligt stöd vid sidan om det stöd man själv skaffar sig i sin privata omgivning, särskilt då vi i vårt moderna samhälle ofta flyttar ifrån uppväxtorten och lever separerade från ursprungsfamiljen (15).

Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård ska enligt Socialstyrelsen (16) främja samspelet mellan barn och förälder, stärka föräldra-barnrelationen samt relationen mellan föräldrarna och nå ut till alla föräldrar oavsett kön, etnisk bakgrund, civilstånd eller funktionshinder. Föräldrastödet skall ge kunskap om barnets hälsa och utveckling, och stötta föräldrars välmående och föräldraförmåga (16). Föräldrastöd ska erbjudas till alla föräldrar via mödravården och BHV, med hjälp av individuellt stöd och föräldragrupper, och vid behov ska ett förstärkt stöd ges. Vid sjukdom eller exempelvis funktionsnedsättningar ska specialistsjukvården erbjuda ett riktat föräldrastöd. Det vanligaste sättet föräldrastöd ges på är genom samtal med olika professioner i vården, det finns dock även föräldrastödsprogram som används ibland (16). Stöd till föräldrar i ett tidigt skede ger långsiktigt goda effekter på barnets och familjens hälsa och har positiva vinster ur ett folkhälsoperspektiv (17).

Den svenska föräldraförsäkringen

1974 infördes föräldraförsäkringen i Sverige och ersatte därmed den tidigare så kallade moderskapsförsäkringen. Föräldraförsäkringen gav fäderna samma lagliga rätt som mödrarna till ekonomisk ersättning för att ta hand om sina barn.

1995 infördes den första så kallade pappamånaden där 30 dagar blev öronmärkta för respektive förälder utan att kunna överlätas mellan parterna. 2002 lades ytterligare en månad till de öronmärkta dagarna och 2016 utökades de föräldradagar som inte kan överlätas till totalt 90 dagar för respektive förälder (4).

Den svenska föräldraförsäkringen är en av de mest generösa i världen genom att ge föräldrar möjlighet att stanna hemma länge med sina barn och kunna klara sig ekonomiskt på den ersättning som utdelas, och mycket har hänt sedan den infördes 1974 då endast 0,5 % av föräldradagarna togs ut av papporna (18). Under 2000-talet har skillnaden mellan män och kvinnors uttag minskat snabbare och mäns uttag av dagarna ligger nu på runt 25% (19).

Barnhälsovård i Sverige

Från Mjölkdroppen till BHV

1901 startade den första organiserade verksamheten som arbetade med barnhälsovård i Sverige; Mjölkdroppen. Syftet med Mjölkdroppen var att minska spädbarnsdödligheten och var en verksamhet dit fattiga kvinnor kunde komma och få mjölk till sina spädbarn.

Mammorna fick även stöd och råd om amning (20).

Grunden till den barnhälsovård Sverige har idag lades på 1930-talet (20). Det handlade vid den här tiden om populationsinriktade och primärpreventiva åtgärder; såsom att förbättra barns näringstillstånd, genom att exempelvis rekommendera fiskleverolja. Under samma tidsperiod introducerades också den första generationen vacciner för barn (21). På 1950-talet etablerades barnvaccinationerna och olycksprofylax kunde erbjudas. Under 1970-talet kom ett riksdagsbeslut om föräldrautbildning som skulle erbjudas till alla förstagångsföräldrar på BVC (20). Metoder för hälsoövervakning infördes också under 1970-talet, till exempel genom individuella tillväxtdiagram, vilket innebar ett mer sekundärpreventivt fokus. I dagens barnhälsovård är primärprevention åter aktuellt, i form av det hälsofrämjande arbete som behövs för att möta problem kring ökning av övervikt och fetma samt psykosociala problem bland barn (21).

Barnhälsovårdens uppdrag

I enlighet med FN:s barnkonvention skall BHV arbeta utifrån ett barnperspektiv och alltid se till barnets bästa (9). BHV:s övergripande mål är enligt Socialstyrelsen att bidra till att främja barns hälsa, utveckling och välbefinnande, samt att förebygga ohälsa och främja en hälsosam uppväxtmiljö. BHV ska även verka för trygga och hälsosamma relationer i familjen (9).

BHV i Sverige idag når via BVC:er och familjecentraler ut till i princip alla familjer (20).

BHV arbetar med att främja hälsosamma levnadsvanor hos familjer, ger hälsovägledning där bland annat vaccinationer ingår, samt erbjuder föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn, enligt ett nationellt barnhälsovårdsprogram (22).

Hembesök och individuella samtal är en del av det föräldrastöd som BHV kan erbjuda.

Föräldrautbildning i grupp är också en viktig verksamhet inom BHV för att stödja föräldrar, och föräldragrupper kan även bidra till bättre socialt nätverk för föräldrar. Genom hälsofrämjande samtal ska BHV ge vägledning och stöd efter individens egna förutsättningar och ta hänsyn till den specifika situation föräldern befinner sig i samt hens erfarenheter och värderingar (21). BHV ska också ha ett normkritiskt perspektiv och vara medvetna om hur man förhåller sig till genus, hur man bemöter pojkar och flickor samt hur man bemöter pappor, anger Socialstyrelsen (9).

Specialistsjuksköterskan på BVC är en nyckelperson inom BHV och utför det mesta av barnhälsovårdsarbetet. För att arbeta som sjuksköterska inom BHV krävs specialistsjuksköterskeexamen med inriktning Distriktssköterska alternativt Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (9). I kompetensbeskrivningen för Distriktssköterska framgår en bred kompetens rörande patienter i alla åldrar, vilket bland annat innefattar kunskap om

barns och familjers hälsa och deras behov av vård och omvårdnad. Vikten av hälsofrämjande och förebyggande arbete betonas (23).

Barnets utveckling under det första året

Den första tiden i barnets liv är besöken på BVC täta. Under barnets första levnadsår händer mycket i dess utveckling; barnet går från att vara en bebis som behöver hjälp med det mesta, till ett litet barn med en egen personlighet. Barnet är redan från början en social varelse som samspelar med dem som finns i dess nära omgivning och behöver lek och stimulans. Barnet växer mycket första året, motoriken utvecklas och barnet blir efterhand mer rörligt. Det är vanligt att barnet börjar gå när det är omkring ett år. Det händer även mycket med den kognitiva och språkliga utvecklingen det första året, barnet förstår och kan ofta säga några ord vid slutet av första levnadsåret (21).

Bröstmjolk är enligt WHO (24) den huvudsakliga och bästa näringen för barn de första sex månaderna, och ger fördelar som bland annat minskad risk för mag-tarminfektioner hos barnet. Amning ger även fysisk närhet för barnet. I de fall amning inte är möjlig eller av någon anledning väljs bort finns modersmjölksersättning som innehåller alla näringsämnen barnet behöver. I Sverige rekommenderas helamning i 6 månader och delamning i ett år eller mer (25). Att stödja mamman i att amma är en viktig del av BHV:s arbete med att främja hälsosamma levnadsvanor (21, 25).

Att främja en god anknytning mellan barn-förälder är också en viktig del i BHV:s arbete (21). Anknytning handlar om hur barnet kan skapa nära känslomässiga relationer till sina föräldrar. Detta är livsviktigt för barnets utveckling under det första levnadsåret. Barn har ett medfött behov av skydd och närhet, men barnets känslomässiga utveckling beror till stor del också på hur dess erfarenheter formas i den verklighet och miljö som barnet växer upp i. Hur föräldern svarar på barnets signaler, och barnets samlade upplevelser av samspelet med föräldern, bygger så kallade inre arbetsmodeller hos barnet. Hur individen knyter an som spädbarn samt innehållet och kvalitén i de inre arbetsmodellerna har betydelse för barnets kommande relationer senare i livet, även som vuxen (26). Ett barn kan knyta an till fler än en person, och från överlevnadssynpunkt är det mer rimligt att kunna aktivera flera personer för skydd. En anknytningsrelation är specifik och kvalitén i relationen kan vara olika för en mamma och en pappa till samma barn, beroende på hur lyhörd respektive förälder varit i sin kontakt med barnet och hur de svarat på barnets signaler och behov. En pappa kan alltså vara en lika viktig anknytningsperson för sitt barn som mamman (27). Studier av den tidiga relationen mellan pappa och barn, om pappan har haft stort engagemang i sitt barn, har visat sig påverka barnets kognitiva och sociala utveckling positivt, samt kunna motverka beteendeproblem och psykisk ohälsa hos barnet senare i livet (28).

Pappors föräldraskap

Papparollen förr och nu

När industrialismen slog igenom i Europa under förra sekelskiftet skedde en förändring i människors familjestrukturer. Skillnaden mot att leva i en bondekultur där hela familjen levde och arbetade under samma tak blev att männen nu delvis separerades från sina familjer för att arbeta långa dagar på annan plats än hemmet. Därmed blev skillnaden mellan mäns och kvinnors arbete tydligare, då kvinnorna på så vis blev huvudansvariga för barn och hushållsarbete, medan männen var de som utförde det avlönade arbetet (29).

Under 1960-talet blev även kvinnorna efterfrågade på arbetsmarknaden och villkoren för familjelivet ändrades återigen. I de familjer där båda föräldrarna yrkesarbetade ökade kraven på ett delat ansvar för hem och barn och förväntningarna på pappornas engagemang i föräldraskapet blev större. 70-talets så kallade velourpappa symboliserade en papparoll som ville visa att en annan typ av pappa var möjlig. Velourpappan var en mjuk, omsorgsfull man som i och med den nya föräldraförsäkringen nu kunde ta ut föräldraledighet och vara engagerad i barn och familj i ett jämställt föräldraskap. Under 1980- och 90-talet brer sig det nya pappaidealet ut i det svenska samhället och fädernas närvaro betraktas som betydelsefull och viktig för familjen och barnet. Den manliga förebilden blev istället för velourpappan vardagspappan, som hade en naturlig plats i familjelivet med ansvar för alla delar i hushållet och var en närvarande pappa till sina barn (29).

Dagens pappor

Det rådande pappaidealet kännetecknar en man som är aktiv i föräldraskapet redan under graviditet och förlossning, har en nära känslomässig relation till sina barn och ett jämställt förhållande till sin partner (12). Forskning visar att pappor kan uppleva stor skillnad i sin papparoll jämfört med deras egen pappa, att man som pappa idag lever under helt andra förutsättningar än sina egna fäder att vara närvarande, omsorgsfulla och aktiva föräldrar till sina barn (7, 30). Pappor kan därför ha svårt att finna stöd från sina egna pappor då de kan ha olika uppfattningar kring föräldraskap och bristen på goda förebilder kan försvåra utvecklingen av den egna identiteten som pappa (30). Omvårdnadspappan, en omhändertagande man, är en fadersroll som allt fler pappor identifierar sig med. Dagens pappor har ett stort familjefokus och arbetet förefaller bli mindre viktigt, till förmån för tiden med familjen (31, 32). Samtidigt anses arbetsmarknadens konstruktion av många som det största hindret för det jämställda föräldraskapet (12). De öronmärkta pappamånader som finns i föräldraförsäkringen anses av många som en självklarhet att ta ut, men i majoriteten av familjerna tar mamman fortfarande ut merparten av föräldradagarna (4, 13). Enligt Plantin (29) kan yttre och inre förväntningar på mammor och pappor påverka ansvarsfördelningen inom en familj då en kvinna förväntas vara hemma med barnet det första året och ha huvudansvaret för omsorgen kring barn och hem och pappan förväntas ansvara för familjens försörjning i första hand. Att det inte skett större förändringar i könsrollerna inom familjen kan också bero på att män och kvinnor inte är villiga att ändra dessa mönster (12).

Pappors perspektiv på BHV

Flertalet studier visar att pappor kan uppleva att BHV inte är till för dem och saknar information som är direkt riktad till nyblivna pappor. De söker istället information och råd från partner, släkt och vänner, internet eller manliga arbetskollegor i liknande livssituation (5, 30, 32, 33).

Fler mammor än pappor söker stöd från BHV (32) och forskning visar att båda föräldrar kan uppleva att det finns ett otillräckligt engagemang för pappor i mötet med barnhälsovården; att BHV-sjuksköterskan via sitt kroppsspråk och hur hon pratar visar ointresse för papporna. Pappor kan känna sig oviktiga och nonchalerade när sjuksköterskan i ett samtal bara vänder sig till mamman (6-8, 33).

Föräldragrupper upplever många pappor som något som fokuserar mestadels på mammornas behov. Att dessutom få pappor delta i dessa grupper är också en anledning till att pappor väljer att inte delta i föräldrautbildningarna (34, 35).

Pappor har i forskning beskrivit att de vill känna sig välkomna på BVC och få förklaringar och svar på sina frågor. Tillväxtkontroll, hälsokontroll och vaccination anses vara de huvudsakliga uppgifterna för BHV och barnets utveckling är det pappor mest är intresserade av. Papporna i studierna föredrog korta konkreta råd, framförallt angående barnets mat och sömn (7, 8, 32) och upplevde att det är viktigt att kunna känna att sjuksköterskan på BVC är lugn, trygg och kompetent (7, 32).

BHV-sjuksköterskors perspektiv på pappors föräldraskap och delaktighet inom BHV

Forskning visar att pappors delaktighet på BVC ökar men det förekommer fortfarande att pappor inte kommer alls vilket försvårar för BHV-sjuksköterskan att få en helhetsbild av familjen och barnets situation (36, 37). Studier visar att BHV-sjuksköterskor anser att BHV:s stöd är viktigt, särskilt för familjer med svagt socialt nätverk, men tror att pappor kan uppleva BVC som en kvinnlig miljö där de känner sig exkluderade (38).

Forskning visar att BHV-sjuksköterskor upplever att dagens pappor är välinformerade och kunniga om sina barn (36). De upplever att det är positivt att jobba med pappor och att det är viktigt för barnet och för hela familjen (37). En del BHV-sjuksköterskor anser dock fortfarande att mamman är den primära föräldern och att spädbarn endast kan knyta an till en person under det första levnadsåret. Mamman anses vara den som är viktigast för barnet i början och hon är den som sköter kontakten med BVC (38). En studie visade att sjuksköterskor äldre än 50 år är mer benägna att tycka att det finns skillnader i en mammas och en pappas förmåga att ta hand om sitt barn (37).

Teoretisk referensram

Self-efficacy och empowerment

Self-efficacy (S-E) är ett begrepp som beskriver en form av självförtroende eller tilltro till den egna förmågan att klara av olika situationer. S-E kan öka genom egna positiva erfarenheter, det vill säga att lyckas, samt genom positiva förebilder, det vill säga att se andra lyckas. Att fokusera på positiva känslomässiga och kroppsliga tillstånd, eller på förbättrad förmåga är ytterligare faktorer som kan öka en persons självförtroende eller tilltro till den egna förmågan. S-E kan också öka genom stöd eller positiv feedback (39).

S-E är ofta förknippat med benägenhet att faktiskt genomföra en förändring. Hälsosamtal i form av motiverande samtal kan användas som hjälp till förändring av exempelvis en ohälsosam levnadsvana. Syftet med sådana samtal är att bidra till ökad inre motivation och därmed även bidra till stärkt S-E (40). Att främja hälsosamma levnadsvanor hos familjer är en del i BHV:s uppdrag, där utgångspunkten är barnets bästa (21).

Bandura (41) beskriver även S-E ur ett föräldraperspektiv (på engelska *parenting self-efficacy, PSE*). Föräldrars S-E handlar om föräldrars personliga föreställningar av vad man som förälder klarar att göra under olika omständigheter, och hur man som förälder betar sig i specifika situationer. Föräldrarna måste båda två tro på att det de gör kommer leda till önskat resultat, samt vara trygga i att utöva ett specifikt beteende för att föräldraskapet ska vara framgångsrikt (41). Individuella stödsamtal för föräldrar och föräldrautbildning i grupp är som tidigare beskrivet också en viktig del i BHV:s arbete, med syfte att stärka mammor och pappor i föräldraskapet och skall ta tillvara föräldrarnas egna förmåga att ta hand om sitt barn på bästa sätt (21).

Empowerment är ett begrepp som på svenska ofta definieras som *egenmakt* och avser individens känslor av makt och kontroll över sin egen situation (42). I kommande text refereras empowerment som en vägvisande del i det *hälsofrämjande förhållningssätt* som sjukvårdspersonal kan ha i mötet med patienter. Det hälsofrämjande förhållningssättet bygger på delaktighet, patientens medbestämmande och samspelet mellan personal och patient och målet är att stärka patienten (43). I vården kan empowerment handla om att försöka ändra maktbalansen i själva mötet mellan vårdgivare och patient. Som patient och närstående är man i beroendeställning till vårdpersonalen, som traditionellt är de som haft mest makt i mötet. Att ge mer makt till patienten i mötet kan handla om beteende och bemötande, att man till exempel visar att patienten är en viktig person, låter mötet ta tid och lyssnar (42).

Socialstyrelsen (9) använder begreppet empowerment i BHV:s kontext, genom att ange att BHV ska arbeta för att göra alla föräldrar mer delaktiga, och för att ge föräldrar tilltro till sin egen förmåga och stärka dem i sitt föräldraskap. Detta skulle även kunna ses som uttryck för att stärka föräldrars S-E. S-E och empowerment hänger således nära ihop med varandra. S-E kan ses som inre faktorer; den egna tilltron till sin förmåga, och empowerment som yttre faktorer; hur tilltron kan stärkas utifrån, när begreppet empowerment används som en del i det hälsofrämjande förhållningssättet.

Att inom BHV stärka föräldrar i föräldraskapet genom empowerment kan innebära att föräldrarna får känna sig delaktiga i mötet på BVC och i beslut som rör deras barn. På så vis tas föräldrarnas resurser tillvara och ökar deras känsla av att klara av föräldraskapet på ett bra sätt (44).

Empowerment som hälsofrämjande förhållningssätt blir ett relevant begrepp i föreliggande studie, i att beskriva hur BHV-sjuksköterskor ger stöd till pappor. S-E blir också ett relevant begrepp i att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter kring pappors föräldraskap, i relation till hur BHV-sjuksköterskor uppfattar pappors tilltro till sig själva i föräldrarollen.

Familjecentrerad omvårdnad

En familj utgörs av en självdefinierad grupp och familjecentrerad omvårdnad innebär att man inom vård och omsorg fokuserar på familjens betydelse för, i det här fallet, barnets hälsa. Att vara en familj och vad som är gemensamt för personerna inom den kan definieras på flera olika sätt (45). Termen stjärnfamilj är ett relativt nytt samlingsbegrepp för de som kallar sig familj oberoende av antal personer, kön eller biologiskt släktskap (46). Även om variationen i familjekonstellationerna har ökat så lever fortfarande majoriteten av barnen i Sverige i en traditionell kärnfamilj; runt två tredjedelar (47). Föreliggande studie ämnar undersöka pappors behov av stöd i föräldraskapet och utgår från den traditionella familjesammansättningen mamma-pappa-barn, men tanken är att termen "pappa" går att applicera även på partner; den förälder som inte burit barnet i en graviditet eller partner; den som inte är föräldraledig under barnets första år, vilket också kan innebära ett liknande utanförskap och att delar av resultatet kan gälla även i dessa familjer.

Den familjecentrerade omvårdnaden ser familjen som en helhet där varje familjemedlem är lika viktig och påverkar varandra både positivt och negativt (48). Individerna ses alltså som en del av en familj och eftersom familjens alla medlemmar påverkar varandras liv och hälsa kan det inom BHV krävas att familjen betraktas som en enhet.

I familjecentrerad omvårdnad ser man familjen som ett system som ständigt är i rörelse och står i relation till varandra. Detta kallas för systemiskt förhållningssätt där fokus ligger på gruppen och samspelet inom den istället för på individen. Man menar att helheten är mer än varje del, där en del utgör en familjemedlem och helheten är familjen med alla inom den (48). Familjen är ständigt i barnets liv, en konstant, och barnet påverkar och påverkas av dem det lever och har relationer med. Inkluderas familjen i barnets vård ökar vårdkvalitén och barnets och familjens behov tillgodoses och deras styrkor tillvaratas (49). Familjen har en hälsofrämjande funktion genom sin uppgift att stärka och skydda barnen och se till att de utvecklas genom att uppfylla deras fysiska och psykosociala behov (45).

Ur sjuksköterskans perspektiv skall den familjecentrerade omvårdnaden vara icke-hierarkisk och relationen mellan sjuksköterska och familj vara ömsesidig och lyhörd (48). Relationen mellan professionella och föräldrar ska ses som ett partnerskap, och ska inte bara handla om övervakning eller kontroll, vilket tidigare varit fokus inom BHV (9, 50). BHV-sjuksköterskans egna föreställningar om föräldraskap kan behöva utmanas och förändras eftersom familjecentrerad omvårdnad bygger på en systemisk, icke-hierarkisk relation som karaktäriseras av ömsesidighet (48). Som sjuksköterska inom BHV möter man inte bara

barnet utan även barnets föräldrar och ansvarar för hälsan inom familjen på olika nivåer (9, 21). Om pappan får det stöd han behöver i sitt föräldraskap kan det bidra till att hela familjens resurser tillvaratas och barnet får lika stor tillgång till båda sina föräldrar. BHV-sjuksköterskan kan då få en samlad bild av hela familjen och deras hälsa och relationer. Familjecentrerad omvårdnad skulle även kunna kopplas samman med empowerment som hälsofrämjande förhållningssätt, när det handlar om att stärka föräldrar i föräldraskapet, genom att innebörden i begreppen här till stor del handlar om vikten av en ömsesidig relation mellan BHV-sjuksköterska och förälder och att göra föräldrar mer delaktiga. Familjecentrerad omvårdnad blir en naturlig och självklar utgångspunkt i att beskriva hur BHV-sjuksköterskor kan stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår.

Problemformulering

Det ingår i BHV-sjuksköterskans uppdrag att ha en helhetssyn på familjen och erbjuda föräldrastöd till både pappor och mammor. Pappor och deras relation till barnet påverkar barnets hälsa och utveckling i stor utsträckning. Forskning kring pappors föräldraskap och delaktighet i BHV visar att pappor kan känna sig exkluderade i föräldraskapet och i mötet med barnhälsovården. Det har även visats att pappor inte känner sig bemötta som en lika viktig förälder som mamman. Pappor idag vill vara delaktiga i omsorgen kring sitt barn och de kan göra allt som en mamma kan, utom att amma. Det kan vara en utmaning att få pappor att känna sig delaktiga i omsorgen kring sitt barn och i kontakten med BHV då mammorna ofta är de som är föräldralediga under den första tiden. BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår är sparsamt beskrivet i den vetenskapliga litteraturen. Denna studie har för avsikt att belysa detta ämne ur BHV-sjuksköterskors perspektiv.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår.

Metod

Design

Då syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår valdes en kvalitativ ansats, eftersom den passar bra för att beskriva upplevelser och erfarenheter (51). Kvalitativ metod är också lämplig när det finns sparsamt med tidigare forskning inom fältet. Den kvalitativa forskningen är intresserad av människors verklighet så som de själva ser den och utgår från att verkligheten kan uppfattas på många olika sätt och att det följaktligen inte finns en absolut och objektiv sanning (52). Kvalitativ forskning strävar efter att belysa ett område på djupet, ur flera olika perspektiv, och syftar till att öka vår förståelse för det mänskliga beteendet. Kvalitativ

forskning bygger på mänskliga erfarenheter och handlar om att förstå snarare än att förklara, och forskningen vill ge en förståelse av helheten, då mänskliga erfarenheter är komplexa och inte kan förstås genom att analysera delar (51). Mål i kvalitativ forskning är ofta att utforska meningsinnehåll, då människor befinner sig i olika sociala och kulturella sammanhang och således har olika erfarenheter (52). Syftet med föreliggande studie var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet och då är det just BHV-sjuksköterskorna som har den kunskap, eller erfarenhet, som efterfrågas. I studien användes enkäter med öppna frågor med utrymme för fri text.

Urval

Förfrågan om deltagande i studien skickades via mail till vårdenhetschefer (se Bilaga 2) på 20 olika BVC:er i Göteborg. Göteborgs kommun delas administrativt in i 10 stadsdelsnämnder (53), och det finns 52 BVC:er i Göteborgs kommun (54). Vi valde slumpmässigt ut en privat och en offentlig BVC i varje stadsdelsnämnd. Till de vårdenhetschefer som inte svarat skickades ett påminnelsemail där de ombads att återkomma. Om fortfarande inget svar erhöles kontaktades vårdenhetscheferna via telefon. Av dessa 20 tillfrågade vårdenhetschefer tackade sju stycken ja. Då flera vårdenhetschefer valde att tacka nej till deltagande, alternativt inte svarat, gjordes en ny förfrågan efter två veckor då ytterligare 10 vårdenhetschefer på andra BVC:er i olika områden i Göteborg kontaktades, både privata och offentliga enheter. Av dessa tackade endast en ja, och därför kontaktades 14 BVC:er till, där fem vårdenhetschefer tackade ja till deltagande. Sammanlagt har 13 av totalt 44 tillfrågade vårdenhetschefer tackat ja till att delta i studien, och med dessa 13 är samtliga 10 stadsdelsnämnder representerade, varav två stadsdelsnämnder har fler än en BVC representerad. Av de 13 vårdenhetschefer som tackade ja fick vi kontaktuppgifter till sammanlagt 31 BHV-sjuksköterskor och av dessa har 25 BHV-sjuksköterskor tackat ja till deltagande i studien, vilket ger en svarsfrekvens på 80,6 %.

Urvalet gjordes strategiskt för att få en demografisk bredd med socioekonomisk och kulturell spridning. Urvalskriteriet var sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar alternativt Distriktssköterska, samt minst ett års yrkeserfarenhet inom BHV. Mailadresser till BHV-sjuksköterskorna erhöles via mail från vårdenhetschefen vid dennes godkännande av studien.

Deltagare

Tjugofem BHV-sjuksköterskor från 13 olika BVC:er inom Göteborgs kommun valde att tacka ja till att delta, och av dessa 25 har 23 slutligen besvarat enkäten. Deltagarna var verksamma på åtta offentliga och fem privata enheter. Sexton utav deltagarna hade specialistsjuksköterskeexamen inriktning Distriktssköterska och sju hade specialistsjuksköterskeexamen inriktning Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Samtliga deltagare var kvinnor. Se Tabell 1 för en sammanställning av studiens respondenter.

Tabell 1. Studiens respondenter.

Ålder	Antal BHV-sjuksköterskor
30-39 år	5
40-49 år	8
50-59 år	5
60 +	3
Antal år inom BHV	Antal BHV-sjuksköterskor
1-5	11
6-10	8
11-15	1
16 +	3

Svarsbortfall

Av de 25 BHV-sjuksköterskor som tackade ja till att delta har 23 svarat på enkäten. 23 BHV-sjuksköterskor svarade på demografiska data, varav två inte angav sin ålder. I enkäten uteblev svar på fråga ett hos tre respondenter och på fråga två hos fyra respondenter. Fullt besvarad enkät, med alla frågor besvarade, skickades in av 20 respondenter.

Datainsamling

Insamlingen av data skedde genom enkäter med öppna frågor med utrymme för fri text. Enkäten skickades till deltagarna som en länk via mail och bestod förutom frågor om demografiska data av fem frågor (se Bilaga 3). Frågorna utformades för att ge svar på studiens syfte att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår samt för att ge största möjliga chans till uttömmande svar. Ordningen på frågorna valdes också med omsorg då detta är av vikt för att behålla deltagarnas intresse och energi genom hela enkäten (55). Frågorna formulerades så att de skulle vara enkla och kortfattade för att minska risken att de tolkades fel. Frågor i en enkät skall inte heller vara ledande eller innehålla flera frågor i en fråga (55, 56). Deltagarna fick två veckor på sig att svara på frågorna och skickades ett påminnelsemail när halva tiden gått, samt en extra påminnelse dagen innan svarstiden gick ut. Datainsamlingen skedde hösten 2016.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (57) valdes för att analysera enkätsvaren utan några i förväg bestämda mallar, då författarna ville få fram BHV-sjuksköterskornas egna tankar och erfarenheter. Endast det manifesta textinnehållet analyserades. Detta innebär att man beskriver det textnära innehållet och inte några underliggande budskap (57). Först lästes alla enkät svar flera gånger av båda författarna. Meningsbärande enheter identifierades och klipptes sedan ut, kondenserades, och blev tilldelade en kod. Kondensering gjordes endast delvis då enkät svaren i sig redan var mer

koncentrerade än vad exempelvis transkriberade intervjusvar oftast är (57). Koder som ansågs höra ihop grupperades sedan på dator via olika färgmarkeringar och bildade preliminära kategorier och underkategorier, utefter likheter och skillnader som visade olika mönster, vilket är fokus i kvalitativ innehållsanalys (58). En tolkning gjordes av innehållet i koder och kategorier och sedan skrevs en sammanfattande resultattext till varje underkategori. För exempel på analysprocessen, se tabell 2. Efter diskussion författarna emellan samt med handledare, sammanfördes sedan innehållet i resultattexterna ytterligare till tre kategorier och tio underkategorier.

Tabell 2. Utdrag ur den kvalitativa innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Dom behöver bekräftelse på att de är en bra förälder. Den bekräftelsen kan ges genom att visa på att barnet utvecklas fint, går upp bra i vikt, att det de gör fungerar bra	Behöver bekräftelse att de är en bra förälder, vilket kan ges genom att visa hur barnet utvecklas	Pappa duger som förälder	Bekräfta	BHV-sjuksköterskors strategier för att stärka pappor i föräldraskapet
Att de förstår anknytningsmönster, att barn kan knyta an till flera personer...	Att de förstår hur anknytning fungerar	Information om anknytning	Ge konkreta råd	

Forskningsetiska överväganden

Examensarbete på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning, men etiska principer och riktlinjer skall ändå följas. Enligt Vetenskapsrådet (59) finns det fyra grundläggande krav som alltid skall tillgodoses vid forskning. *Informationskravet* innebär att forskaren ska informera deltagarna om deras uppgift och vilka villkor som gäller för den studie som de tillfrågas om att delta i. Detta tillgodosågs genom att deltagarna via forskningspersonsinformation (se Bilaga 1) fick utförlig skriftlig information om studien. *Samtyckeskravet* innebär att forskaren ska inhämta deltagarnas samtycke, samt att deltagarna har rätt att själva bestämma om, eller när, de inte längre vill vara med. Samtycke till att delta i studien inhämtades via mail från deltagande BHV-sjuksköterskor innan enkäten skickades till dem. Informerat samtycke är mycket viktigt i forskning; att deltagarna verkligen har förstått vad de tackar ja till (60). *Konfidentialitetskravet* innebär att uppgifter om deltagare skall behandlas konfidentiellt och personuppgifter ska förvaras så att inga obehöriga kan komma åt dem. Det kommer inte att vara möjligt att veta vem som svarat vad på enkätfrågorna, då deltagandet var anonymt. I enlighet med Göteborgs Universitets regler kommer allt insamlat material att förstöras efter

att uppsatsen är godkänd av examinator. Under arbetets gång har enbart författarna och handledare tillgång till materialet.

Slutligen innebär *nyttjandekravet* att insamlade uppgifter om personer bara får användas för forskningsändamål (59). Uppgifter kommer inte användas i andra syften än till denna studie, och författarna har ingen avsikt att publicera materialet annat än för själva uppsatsen.

Bedömning gjordes att det inte fanns några risker för BHV-sjuksköterskorna att delta men att det kunde ta tid ifrån deras ordinarie arbete. Då deltagandet var anonymt borde det inte lett till att deltagarna känt sig obekväma med att diskutera ämnet utifrån sin profession.

Resultat

Sammantaget visade analysen av de 23 enkäterna att BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår kan beskrivas genom tre kategorier och tio underkategorier. Se tabell 3 för en översikt av dessa. Resultatet presenteras i löpande text med illustrativa citat och de BHV-sjuksköterskor som var respondenter i studien benämns hädanefter i texten som sjuksköterskor.

Tabell 3. Sammanställning av kategorier och underkategorier.

BHV-sjuksköterskors uppfattningar om pappors behov i sitt föräldraskap
Behov av uppmuntran
Behov av att bli sedd och respekterad

BHV-sjuksköterskors syn på faktorer som påverkar möjligheten att stärka pappor i föräldraskapet
Pappors delaktighet
Relationen till pappan
Jämställdheten mellan föräldrarna

BHV-sjuksköterskors strategier för att stärka pappor i föräldraskapet
Att bekräfta
Att lyssna
Att ge konkreta råd
Att se familjen som en helhet
Att underlätta för pappor att vara delaktiga på BVC

BHV-sjuksköterskors uppfattningar om pappors behov i sitt föräldraskap

Kategorin handlar om BHV-sjuksköterskornas uppfattningar kring pappors roll i familjen, i relation till sin partner och till sitt barn och de svårigheter och behov som specifikt kan kopplas till faderskapet. Kategorin är tilldelad två underkategorier: behov av uppmuntran, samt behov av att bli sedd och respekterad.

Behov av uppmuntran

Pappor behöver höra och känna att de är lika viktiga för sitt barn som mamman även under den första tiden. Sjuksköterskorna beskrev att pappor behöver bekräftelse på att de är en bra förälder, känna att de är viktiga och att de kan ge barnet omvårdnad, kärlek och närhet på sitt eget sätt. Pappor behöver höra att de kan och att de duger, att de fyller en funktion och kan tillgodose alla barnets behov förutom att amma. Sjuksköterskorna beskrev även att vissa pappor kan upplevas som vilsna och att de tvivlar på sin egen förmåga som förälder.

"Många gånger behöver man påminna båda föräldrarna om pappans förmåga att svara på barnets behov. Av det lilla barnets många basala behov är det endast just amningen som endast mamman kan erbjuda. Allt annat kan partnern med göra". Respondent 15

Sjuksköterskorna beskrev att pappor berättat för dem att de upplever att barnet föredrar bara mamman i perioder och att de själva inte kan trösta barnet. Detta kan kännas svårt att hantera för papporna och göra att de känner sig bortvalda och inte behövda av sitt barn.

Förutsättningar för att pappor ska kunna utvecklas som föräldrar var enligt sjuksköterskorna att mammorna vågade släppa taget om ansvaret för barnet genom att papporna tilläts prova att trösta barnet. Det upplevdes att mammor ofta tar på sig hela ansvaret för barnet under den första tiden. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av pappor som kommit själva till BVC men ställt frågor som kommit från mamman och att det kunde förekomma att de fick samtal från mammor även när papporna var föräldralediga och att mamman primärt var den som skötte telefonkontakten med BVC. Sjuksköterskorna beskrev att även papporna själva har ansvar i detta och att de ibland behöver uppmuntran från BHV-sjuksköterskan till att ta initiativ att ta hand om barnet. Pappor behöver våga ta plats som förälder från början, och kräva sin plats i familjen.

"En del pappor behöver stöttning i att "få komma till" då kvinnan gärna vill ta på sig allt ansvar". Respondent 19

Behov av att bli sedd och respekterad

Sjuksköterskorna uttryckte att det finns vissa grundläggande likheter i vad för stöd som pappor respektive mammor behöver, att båda är föräldrar och har lika stort behov av stöd i sitt föräldraskap. Sjuksköterskorna beskrev dock att pappor kan kännas mer avvaktande i mötet på BVC och håller sig i bakgrunden, och att mammor generellt ställer fler frågor. Det uttrycktes att det var lättare att stödja de pappor som är öppna för kontakt och samtal. Generellt erfors att pappor behöver bli sedda och bemötta med respekt och uppriktigt intresse från BHV-sjuksköterskan.

"Jag upplever att pappor behöver bli sedda med sina frågor och funderingar vid besöken på bvc, att de inte känner att de bara följer med som en "bifigur" ". Respondent 5

En annan iakttagelse var att många pappor inte visar specifikt att de behöver stöd riktat till dem. Att de inte ger uttryck för sina egna behov. De tillfällen då utökat stöd kunde behövas

för pappor beskrevs exempelvis vara vid en separation och tätare besök bör då erbjudas för pappan och barnet ensamma.

Det beskrevs också som viktigt att känna in hur mycket rådgivning varje pappa behövde så att man bara gav råd om behovet fanns. Det kunde ibland upplevas som att pappor inte ville ha rådgivning i samma utsträckning som mammorna.

"Det kan ibland kännas som att man trampar på ömma tår om man informerar för mycket. Man måste vara lyhörd så att man inte ger för mycket information, om den inte efterfrågas".
Respondent 16

BHV-sjuksköterskors syn på faktorer som påverkar möjligheten att stärka pappor i föräldraskapet

I kategorin ingår underkategorierna; pappors delaktighet, relationen till pappan och jämställdheten mellan föräldrarna och dessa beskriver förutsättningar som på olika sätt påverkar BHV-sjuksköterskors möjligheter att stärka pappor i föräldraskapet.

Pappors delaktighet

Sjuksköterskorna i studien beskrev att de ofta träffar papporna på det första hembesöket, som BHV-sjuksköterskan gör när familjen nyss skrivits ut från BB, samt vid de första tillväxtkontrollerna på BVC som sker under barnets två första veckor. Deltagandet beskrivs därefter som varierande då många hade erfarenheter av att papporna efter de 10 föräldralediga dagarna i samband med barnets födelse återgick till sitt arbete och knappt sågs till på BVC efter det under de första 8-12 månaderna. De besök som prioriterades av papporna under den tiden var ofta vaccinationer och läkarbesök. Sjuksköterskorna pekade dock på att pappors delaktighet på BVC generellt ökar.

Sjuksköterskorna uttryckte att då de träffar pappor mer sällan än mammor så bidrar det till att det är svårare att skapa en god kontakt med papporna. Sjuksköterskorna beskrev att ibland träffar de inte pappan överhuvudtaget. Orsaker till detta kunde bero på att föräldrarna bor på skilda platser, pappor som är kriminella, som lämnat kvinnan, eller som av annan anledning inte aktivt är en del av familjen. Upplevelser av att pappor ibland kan känna att de inte är tillräckligt kompetenta som föräldrar och därför inte heller deltar i BHV:s verksamhet uttrycktes också.

"Svårigheten är när partnern ändå inte kommer- när han från början "räknat bort sig själv" som kapabel att ta hand om och sköta sin bebis. När partnern och många gånger även hans kvinna fallit under normen hur "det ska vara" i ett förhållande med mamma, pappa, barn".
Respondent 15

Utlandsfödda pappor beskrevs besöka BVC mer sällan än pappor med svensk bakgrund. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att många utlandsfödda pappor inte tar ut någon föräldraledighet alls. Orsaker till detta beskrevs kunna bero på att ansvarsfördelningen i dessa

familjer kan se annorlunda ut samt att pappor från andra länder inte tror eller tycker att BVC är till för dem. Erfarenheter av ett ökat deltagande bland pappor med invandrarbakgrund som varit i Sverige en längre tid beskrevs dock.

"Vi har på vårt BVC ganska många familjer med utländsk bakgrund och för vissa är det fortfarande kvinnans uppgift att ta hand om barnen medan mannen försörjer familjen".

Respondent 7

Det beskrevs att högutbildade pappor med stabil ekonomi är de som är mest engagerade på BVC. De pappor som har stort ansvar för familjens ekonomi kunde dock ibland prioritera sitt arbete istället för familjen. Det framhölls emellertid att en frånvarande pappa på BVC inte nödvändigtvis innebär en frånvarande pappa i föräldraskapet.

"Delaktigheten kan se ut på olika sätt. Vad förväntar vi oss? Våra föreställningar spelar in. Vi möter familjer från olika länder och socialgrupper. Papporna är inte alltid med på BVC men kan ju delta på andra sätt. Kanske sköter de saker runt omkring". Respondent 8

Relationen till pappan

Sjuksköterskorna beskrev att de i sitt stödjande arbete använder sig själva som verktyg, vilket innebär att de behöver skapa en god relation till papporna för att kunna utläsa vilken typ av stöd som behövs. De beskrev att det ibland är svårt att få pappor att öppna sig och få dem att känna förtroende för BHV-sjuksköterskan. Svårigheten att få en närmare relation med pappor än med mammor beskrevs kunna bero på könsskillnader och att det är lättare att identifiera sig med någon av det egna könet, både för pappan och för BHV-sjuksköterskan själv.

"Upplever att jag inte har samma kontakt med papporna som med mammorna- kan bero på att många fäder kommer in senare i bilden samt att jag inte generellt träffar fäderna lika ofta?! Alt. kan det givetvis ligga hos mig som person. Kanske fäderna hade känt sig tryggare med en manlig BVC-sköterska?". Respondent 11

Sjuksköterskorna beskrev att de var mer vana att arbeta med mammor och att pappor ofta kommer in senare i bilden, när BHV-sjuksköterskan redan skapat en relation med mamman.

"Det kan vara svårare då jag själv är kvinna och mer kan identifiera mig med henne. Kan vara lättare att "ta kvinnans parti"." Respondent 19

Jämställdheten mellan föräldrarna

Sjuksköterskorna menade att fördelningen av föräldraledigheten börjar bli mer jämlik vilket ökar pappors behov av kontakt med BHV och stöd i sitt föräldraskap. Det uttrycktes att ett jämställt föräldraskap är viktigt, men att jämställdhet många gånger är svårt för familjer att efterleva i verkligheten. Erfarenheter av hur en del pappor hade svårt att få förståelse från sin arbetsgivare i att faktiskt få ta ut sin föräldraledighet beskrevs också.

En erfarenhet, som skiljde sig mot de andra i studien, var att jämställdheten inte alls gått framåt och att det är svårt att få till en förändring.

"Föräldraskapet är inte alltid något som fungerar utan svårigheter. Samhället har stora krav på hur vi ska vara och inte vara. Det finns mycket man ska leva upp till. Det är inte sällan det upplevs svårt att få ihop allt". Respondent 18

Även om sjuksköterskorna till stor del ansåg att jämställdhet är viktigt så uttryckte de att varje familj måste få bestämma själva vad som passar just deras familj bäst, efter vilka möjligheter just den familjen har. Sjuksköterskorna trodde inte på kvotering eller tvång som en lösning på att öka jämställdheten mellan föräldrar.

Uppfattningar där man var kritiska till jämställdhet beskrevs också, när man ansåg att det var på barnets bekostnad.

"Jag märker av att en del föräldrar vill vara "jämställda i allt", dvs lägger ner en anning för att pappa också skall kunna ta lika mycket ansvar i tidigt skede. Ur barnets perspektiv känns det olyckligt, dock ur ett jämställdhetsperspektiv så kan pappan vara mer involverad på ett annat sätt. Vad som är viktigast, det får varje enskild familj bestämma!?". Respondent 11

Några av sjuksköterskorna hade på sina arbetsplatser nyligen börjat med ett projekt som heter "En förälder blir till" som bland annat handlar om hur man inom mödra-och barnhälsovården kan arbeta för ett mer jämställt föräldraskap och för att förbättra tillgängligheten för alla föräldrar. I detta arbetsmaterial diskuteras bland annat bemötande, samt hur inbjudningar och väntrum ser ut. Projektet beskrevs som värdefullt och viktigt, och en av sjuksköterskorna beskrev att det kan leda till förändring bara genom att man börjar reflektera och blir medveten om sitt beteende. På en del BVC skulle man efter detta börja med särskilda pappa-samtal.

BHV-sjuksköterskors strategier för att stärka pappor i föräldraskapet

Den sista kategorin beskriver vad BHV-sjuksköterskan specifikt gör i sitt arbete för att stärka pappor i föräldraskapet i underkategorierna: att bekräfta, att lyssna, att ge konkreta råd, att se familjen som en helhet och att underlätta för pappor att vara delaktiga på BVC.

Att bekräfta

Sjuksköterskorna reflekterade över att de ibland bemöter mammor och pappor olika och att det är viktigt att ha ett medvetet förhållningssätt som BHV-sjuksköterska.

De ansåg att det är viktigt att pappor aktivt involveras i möten och i samtal på BVC när båda föräldrarna är med, för att de ska känna sig sedda och bekräftade. Att vända sig till båda föräldrar kunde göras genom indirekt kommunikation, som att BHV-sjuksköterskan uppmärksammade sitt kroppsspråk och var vänd mot och hade ögonkontakt med båda föräldrarna. Att ställa frågor direkt till pappan, fråga hur han mår och upplever föräldraskapet är viktigt för att få pappor att känna sig delaktiga. Genom att visa genuint intresse, och att fråga efter hans funderingar, kan man få pappan att känna sig som en betydelsefull och viktig förälder. Pappan behöver bekräftelse på att det är en stor omställning även för honom att bli förälder, och sjuksköterskan kan bland annat genom sitt förhållningssätt ge denna bekräftelse.

"Viktigt är också att samtala om den stora livsuppgiften man fått när man fått barn och hur det påverkar oss människor psykiskt. Att livet kan kännas ganska "svajigt" den första tiden".
Respondent 3

Sjuksköterskorna förklarade att också pappor kan drabbas av förlossningsdepression. De informerar föräldrar om att pappor kan höra av sig om de mår dåligt och att de då kan erbjuda samtal med sig själv som BHV-sjuksköterska eller med BHV-psykolog. Pappor screenades för att upptäcka förlossningsdepression, om papporna deltog vid besöket vid 8-veckorskontrollen när screeningen på mammor brukar utföras. Det framkom dock att det på några enheter inte fanns någon uppsökande verksamhet vare sig för hur pappan mår eller hur han upplever föräldrarollen.

Sjuksköterskorna beskrev att bekräftelse på att pappan är en bra förälder kan ges genom att positivt bekräfta det BHV-sjuksköterskan ser när hon möter familjen på BVC.

"Genom att vända oss till papporna visar vi att de är viktiga. Genom att positivt bekräfta det de gör t.ex. "se så bra du håller ditt barn", se vilken kontakt du får när barnet ler mot dig o.s.v." ". Respondent 8

Bekräftelse kunde även ges genom att visa att barnet gick upp i vikt och utvecklades som det skulle. Detta i sig ansåg respondenterna kunna vara ett kvitto på gott föräldraskap genom att visa att barnet får den omvårdnad det behöver.

Att lyssna

Stöd till pappor kunde också ges genom att lyssna aktivt och låta pappornas frågor och behov styra vad de samtalade kring. Genom att vara lyhörd för de funderingar som kom upp kunde sjuksköterskorna utläsa var behovet av stöd var som störst. Att lyssna beskrev sjuksköterskorna som viktigare än att ge råd och pekpinningar.

"Stöd tycker jag innebär att fråga hur vardagen fungerar. Då får papporna chansen att själva berätta och då framkommer också ofta det som fungerar bra och mindre bra. Det som fungerar betonas och bekräftas. När det inte fungerar bra, uppmuntras pappa att själv fundera på lösningar". Respondent 16

Att ge konkreta råd

Stöd genom att ge tips och råd om hur man kan umgås med sitt barn var ett annat sätt som sjuksköterskorna ansåg stärka pappan i hans föräldraroll och relation till barnet.

Sjuksköterskorna beskrev att de gav råd som att ha hud- mot- hudkontakt, bada barnet och även tips om öppna förskolor och liknande ställen där man kan träffa andra föräldrar och umgås med sitt barn gavs. Sjuksköterskorna gav också rådgivning i hur papporna kan hitta sätt att trösta sitt barn.

Även praktisk information kring skötsel av barnet och information kring hur barn utvecklas var något som ansågs vara viktigt att ge till pappor, för att minska deras osäkerhet som

förälder. Att informera om anknytning och hur barnet kan knyta an till flera personer redan från början var också ett sätt att hjälpa papporna att ta plats och förstå att de behövs.

"De behöver få tips på hur de kan umgås med det lilla barnet och information om hur viktiga de är redan från början. Att det är nu man börjar bygga upp den relation man sen ska ha hela livet". Respondent 9

Att se familjen som en helhet

Sjuksköterskorna menade att de försöker ha ett medvetet förhållningssätt i mötet med familjen, så att alla i familjen ska känna att de behövs och är viktiga för varandra. Det framhölls att för att barnet ska må bra, krävs att hela familjen mår bra.

Att båda föräldrar är med i barnets omvårdnad från början är viktigt då de på så sätt får förståelse för den andres situation och då även blir ett stöd för varandra i föräldraskapet. Att arbeta familjecentrerat ansågs vara en förutsättning för BHV-sjuksköterskan i mötet med barn och föräldrar.

"Då familjen kommer till BVC börjar jag oftast med fråga som inkluderar båda föräldrarna: Hur mår denna familjen idag? Är det något ni har funderat på sen sist?". Respondent 3

Sjuksköterskorna beskrev att de uppmuntrade pappor att vara föräldralediga och ville förmedla hur givande det är att på heltid vara delaktig i sina barns uppväxt och hur viktig och hur kort tiden är som man kan ha tillsammans med barnen när de är små. Sjuksköterskorna beskrev att delad föräldraledighet kunde leda till ökad samhörighet, och att det i sig kunde stärka föräldrarnas relation. En bra relation mellan föräldrarna beskrevs i sin tur gynna barnet.

Sjuksköterskorna beskrev också pappans viktiga roll i att stötta mamman under den första tiden. Råd kring hur han kan bidra för att underlätta amningen gavs och det framkom att fokus från BVC under den första tiden till största delen ligger på hur amningen fungerar och att det då riktas mest frågor till mamman. Pappans stöd till mamman beskrevs som otroligt betydelsefullt för mammans välmående. Om mamman mådde dåligt försökte sjuksköterskorna involvera pappan mer kring barnets omvårdnad.

Att underlätta för pappor att vara delaktiga på BVC

För att underlätta för icke föräldralediga pappor att ändå vara med på BVC-besöken försökte sjuksköterskorna att anpassa besökstiderna så de passade med pappans arbetstider. Ibland erfors det dock vara svårt att erbjuda tider så det passade både för pappan och med BHV-sjuksköterskans övriga arbete.

Det första hembesöket beskrevs som mycket viktigt, eftersom papporna ofta är närvarande då. Under hembesöket kan BHV-sjuksköterskan samtala med föräldrarna om föräldrarollen och vad det innebär för både mammor och pappor, samt ge information om att BVC är till för båda föräldrarna. Sjuksköterskorna beskrev att de aktivt bjuder in papporna att delta i hembesöket. Sjuksköterskorna påpekade även att de bjuder in båda föräldrar till föräldragrupperna. Erfarenheterna hos sjuksköterskorna gällande pappors delaktighet i föräldragrupper var varierande. Erfarenheter av att många pappor deltog i föräldragrupperna

förekom. Men majoriteten av sjuksköterskorna beskrev att det är få pappor som kommer, och där uttrycktes förståelse för att det är pappornas arbete som är det största hindret för att kunna delta i gruppverksamheten. Sjuksköterskorna beskrev att de försökte lägga sina föräldragrupper sent på eftermiddagen för att fler pappor skulle ges möjlighet att kunna vara med.

Särskilda pappa-grupper på BVC förekom, som i något fall hölls av en manlig psykolog, men oftast fanns inga speciella pappaträffar alls. Sjuksköterskorna upplevde dock att det fanns ett behov av det.

"...Jag tror många pappor tycker det är skönt att träffa andra pappor och prata om hur de har det". Respondent 18

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår. Kvalitativ design bedömdes vara den mest relevanta metoden då den är lämplig för att beskriva människors upplevelser och erfarenheter (51). Användningen av enkäter med öppna frågor med utrymme för fri text istället för intervjuer baserades på tanken om att erhålla kvalitativt material med en utökad bredd i urvalet. Utgångspunkten var att inkludera BVC:er från samtliga 10 stadsdelsnämnder i Göteborg för att få ett representativt innehåll för stadens BVC:er, vilket också uppnåddes. En bredd och variation i urvalet ökar studiens trovärdighet (51).

Svårigheter kan uppstå i att rekrytera deltagare till magisteruppsatser på grund av hög arbetsbelastning samt att vårdenhetschefer inom BHV får många förfrågningar från studenter om deltagande. Detta var också en anledning till att enkäter ansågs vara ett bra alternativ för att undersöka syftet. Flera vårdenhetschefer ville ändå inte ge sitt godkännande, och flertalet av de vårdenhetschefer som tackade nej gjorde det med motiveringen att de inte hade tid eller redan hade fått många förfrågningar från studenter. Av de BHV-sjuksköterskor vi slutligen fick kontaktuppgifter till var sedan svarsfrekvensen ändå hög. Utgångspunkten var att det skulle vara lättare för de deltagande BHV-sjuksköterskorna att svara på enkätfrågorna vid den tidpunkt som passade dem bäst, istället för att boka tid för en intervju. Med enkäter kan de välja om de vill svara på frågor vid ett eller flera tillfällen, samt att de kan använda så mycket eller lite tid som de själva känner att de behöver, för att svara på frågorna. Ett deltagande tar oavsett metod tid från det ordinarie arbetet men då deltagarna själva kunde välja tidpunkt för när de fyllde i enkäten uppskattades inverkan varit liten. En annan fördel ansågs vara att webbenkäter skulle kunna ge mer ärliga svar tack vare den totala anonymiteten. Nackdelar med enkäter är dock att svaren riskerar att bli ytliga då inga möjligheter finns för forskaren att ställa följdfrågor för att fördjupa sig i deltagarnas svar. Detta kan även leda till att frågorna

misstolkas då deltagaren inte kan ställa frågor direkt till forskaren för att klargöra frågeställningarna. Deltagarnas förmåga att uttrycka sig i skrift kan också vara av varierande kvalitet (51, 52). Eventuellt skulle intervjuer kunnat leda till en djupare kunskap i ämnet men hade inneburit färre deltagare i studien. Fokusgruppintervjuer hade kunnat vara ett annat alternativ för att inkludera fler deltagare än vid vanliga intervjuer, men hade kanske varit svårare att få deltagare till, och eventuellt svårare att administrera inom ramen för en magisteruppsats.

Enkäterna innehöll frågor vilka utformades och diskuterades noga med handledare. Risken fanns att svaren inte skulle bli tillräckligt uttömmande (51), vilket fanns i åtanke tillsammans med en medvetenhet om att frågekonstruktionen eventuellt skulle behöva ändras. Efter genomläsning av de första enkätsvaren bedömdes ändring av frågorna dock inte vara nödvändig. Svaren var av varierande längd och djup men tillräckligt uttömmande för att få ett givande resultat som svarade på studiens syfte.

Urval

Förfrågan om deltagande ställdes i störst utsträckning av författarna till studien men i ett par fall ställdes förfrågan direkt från vårdenhetschefen till BHV-sjuksköterskorna då denne själv ville försäkra sig om att sjuksköterskorna ville delta innan författarna fick tillgång till kontaktuppgifterna. Den ursprungliga intentionen var dock att förfrågan om deltagande skulle komma från författarna till studien då deltagarna annars skulle kunna ha svårare att tacka nej till en förfrågan som kom från deras chef (56).

Studiens urval är en av dess främsta styrkor, då variation fanns i deltagarnas ålder, utbildning och yrkeslivserfarenhet samt att både offentliga och privata BVC:er representerades. Samtliga deltagare var kvinnor vilket kan anses vara ett representativt urval, då kvinnliga specialistsjuksköterskor generellt bedöms vara i majoritet inom BHV (61). Bredden i urvalet ökar studiens giltighet då syftet blivit belyst utifrån olika erfarenheter och möjligheten till variationer i resultatet på så sätt ökat (58).

Resultatet bedöms kunna vara överförbart till att gälla sjuksköterskor inom BHV i andra större städer i Sverige då urvalet gjorts i samtliga stadsdelsnämnder och studien därmed inkluderar BHV-sjuksköterskor med praktik i upptagningsområden med olika socioekonomiska och kulturella förutsättningar.

Analys

Kvalitativ innehållsanalys valdes för att analysera enkätsvaren. Analysmetoden ansågs lämplig då den går att genomföra på olika typer av texter på olika nivåer, beroende på forskarens erfarenhet. I denna studie gjordes analysen av det manifesta innehållet, så textnära som möjligt, då detta anses vara en lämplig analysmetod när de personer som genomför analysen har ringa erfarenhet av forskning (58). Analysen utfördes av båda författarna. Kategorier och underkategorier diskuterades även med handledare, för att minska risken för feltolkning och för att öka studiens tillförlitlighet (51, 58). Analysprocessen är noggrant redovisad och en tabell med utdrag ur analysprocessen redovisas i studien för att öka läsarens

chanser att bedöma tolkningarnas giltighet (58). Flera citat användes i resultattexten för att stärka trovärdigheten (57).

Begränsningar

Alla sjuksköterskor svarade inte på alla frågor i enkäten. Anledningen till svarsbortfallet är oklar, då sjuksköterskorna inte behövt redogöra för eventuellt avbrytande av deltagande i studien. En tänkbar orsak att sjuksköterskor inte svarat på alla frågor kan ha varit att man ansett att frågan redan besvarats genom svar på tidigare fråga i enkäten. Deltagarna i studien var fler än vad författarna hade som minimigräns vilket gjorde att bortfallet betraktades som mindre betydelsefullt.

I och med att sjuksköterskorna visste om ämnet innan de tackade ja till att delta riskerar resultatet att bara innehålla svar från de sjuksköterskor som tycker att detta är ett intressant ämne, och att de som inte deltog eventuellt kan ha tackat nej för att de inte håller med eller inte anser att detta är viktigt. Det kan även finnas risk att sjuksköterskor skrivit de svar som de tror att studien ville få fram, då forskningspersons informationen som skickades ut tog upp forskning kring att pappor kan känna sig exkluderade på BVC och att pappor önskar ett bättre bemötande, men förhoppningsvis ger svaren en tillförlitlig bild av hur det ser ut idag inom BHV i Göteborg.

Författarna har ingen tidigare erfarenhet av enkätstudier eller kvalitativ innehållsanalys vilket kan ses som en svaghet i studien. Detta kompenseras delvis genom diskussion med handledare angående kategorisering av resultaten och kan anses öka trovärdigheten då kvalitativ forskning kräver en väl genomförd analys för att vara tillförlitlig (51, 58).

Förförståelse

Författarna till studien hade förförståelse i ämnet då båda är småbarnsföräldrar med egna erfarenheter av att ingå i en familj samt av att vara besökare hos barnhälsovården. Författarna är även sjuksköterskor och har därför känt till innebörden av att vara vårdgivare och de utmaningar det kan innebära. Däremot fanns ingen tidigare professionell erfarenhet av barnhälsovård, utöver det som ingår i utbildningen till Distriktssköterska. Nämnda förförståelse kan ha påverkat författarna som forskare men har mestadels varit en tillgång. Polit & Beck (51) beskriver att förförståelse kan vara en positiv drivkraft då forskaren har stort intresse i ämnet. Strävan har dock varit att hålla denna förförståelse i bakgrunden genom hela skrivprocessen för att inte gå miste om betydelsefulla delar i -eller feltolka- data. Förförståelse finns hos alla men forskarens uppdrag är att inte låta den styra arbetets riktning så att den sätter sig över den kunskap som forskningen handlar om (51).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde att pappor behöver uppmuntran i att våga tro på sin egen förmåga att ta hand om barnet och att de behöver bli sedda och respekterade som förälder. Det sjuksköterskorna konkret gör för att ge stöd till pappor handlar om att på olika sätt bekräfta, lyssna på, ge konkreta råd till pappan och underlätta för honom att vara delaktig på BVC genom att se familjen som en helhet. Hembesöket sågs som en viktig arena där BHV möter båda föräldrar i föräldraskapets början. Sjuksköterskorna i studien framhöll att ett familjecentrerat förhållningssätt är viktigt men resultatet visar samtidigt att sjuksköterskorna upplever det svårare att skapa en relation till pappor än till mammor. Man menade även att faktorer som påverkade deras möjligheter att stärka pappor i föräldraskapet inkluderade pappornas delaktighet och jämställdheten mellan föräldrarna. Resultatet diskuteras nedan utefter den teoretiska referensramen; begreppen self-efficacy, empowerment och familjecentrerad omvårdnad, samt ur ett genusperspektiv.

Self-efficacy

Sjuksköterskorna beskrev erfarenheter av pappor som tvivlar på sin egen förmåga som förälder, som inte vågar ta plats och inte tror att de är lika bra för sitt eget barn som mamman är. Resultatet kan indikera att sjuksköterskorna har en uppfattning om pappors self-efficacy som lägre i rollen som förälder, jämfört med mammor. Denna uppfattning överensstämmer med tidigare forskning om föräldrars self-efficacy, där det framkommit att pappor upplevde sig ha sämre förmåga som förälder än mammor (62). I studien av Salonen et al framkom även att råd och stöd från sjukvårdspersonal kan öka föräldrars self-efficacy (62).

Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde att pappor behöver uppmuntras att ta initiativ till att våga trösta barnet själva, och att göra det på sitt sätt. Pappor behöver också få veta om att det de gör är bra för barnet, samt känna sig trygga i det. Pappor kunde upplevas som vilslna och mer avvaktande i mötet med BHV-sjuksköterskan, genom att till exempel hålla sig i bakgrunden när båda föräldrarna var med vid besök. Sjuksköterskornas erfarenheter var att pappor behöver bekräftelse på att de gör rätt, att de är en bra förälder. Forskning har visat att hög self-efficacy i föräldraskapet är betydelsefullt för det egna välmåendet och att pappors self-efficacy som förälder även påverkas av hur de mår psykiskt (63). Sjuksköterskornas erfarenheter skulle kunna tolkas som uttryck för pappors behov av positiv feedback och stöd från BHV-sjuksköterskan, för att kunna öka sin self-efficacy i föräldrarollen.

Empowerment

Sjuksköterskorna beskrev flera konkreta sätt som de menade kan stärka pappor i föräldraskapet. De strategier som beskrivs i resultatet kan ses som uttryck för ett förhållningssätt präglat av empowerment. Sjuksköterskornas strategier hade som syfte att stärka pappor i deras roll som förälder, få dem att känna sig betydelsefulla, att de kan påverka sin roll i familjen samt vara med i beslut som rör deras barn. Att som sjuksköterska stärka och stötta genom empowerment är mycket betydelsefullt för föräldrar (64). Vourenmaa et al (44)

visade i sin studie att BHV-sjuksköterskan kan använda sig av empowerment i mötet på BVC, så att alla i familjen får känna sig delaktiga och kan känna att beslut är något som tas av familjen och BHV-sjuksköterskan tillsammans.

Genom att ge information om bland annat utveckling, anknytning och konkreta råd om hur man praktiskt sköter ett litet barn, kan pappor bli tryggare i att ta hand om barnet, enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie. Att pappor vill ha konkreta råd om barnets och dess utveckling stämmer överens med vad man sett i tidigare studier (7,8, 32). Genom att bekräfta att pappa gör "rätt" när han är på BVC och genom att tillsammans till exempel titta på att barnet utvecklas som det ska, kan man öka hans känslor av att vara tillräckligt bra som förälder, och att han har kontroll över situationen.

Sjuksköterskorna beskrev också att de frågar hur pappan mår och hur han upplever föräldraskapet. Detta är av stor vikt för att pappan också ska känna att han tas på allvar och att han är betydelsefull. Några sjuksköterskor screenade pappor för förlossningsdepression, vilket enligt forskning (65, 66) är viktigt, men svårt, då man inte har utarbetade rutiner kring detta samt att många som arbetar inom barnhälsovården är ovana att samtala med pappor om deras psykiska hälsa. Hammarlund et al samt Musser et al's studier (65, 66) samt föreliggande, indikerar dock att det börjar bli vanligare att pappors psykiska mående diskuteras inom BHV och även att screening av pappor blir vanligare. Resultatet visar på att det är viktigt att bekräfta pappor i deras föräldraskap, att det är en stor omställning i livet att bli förälder och att även pappor kan bli påverkade av det på liknande sätt som mammor.

Genom att visa uppriktigt intresse och aktivt involvera pappan i mötet med BHV, vända sig till honom och prata direkt till honom försökte sjuksköterskorna i föreliggande studie få pappor att känna sig betydelsefulla. Detta resultat visar en tydlig skillnad i förhållningssätt och attityd jämfört med vad pappor upplevt i tidigare studier, där pappor känt sig oviktiga, nonchalerade och exkluderade (6-8, 33). Resultatet speglar förhoppningsvis en rättvis bild av situationen inom BHV i Göteborg idag, där man blivit mer medveten om pappor och deras betydelse för barnet och familjen, och också om sitt eget förhållningssätt som BHV-sjuksköterska gentemot pappor.

Familjecentrerad omvårdnad

BHV i Sverige idag ska arbeta familjecentrat för att ge barnet de bästa förutsättningarna i livet och därför sörja för alla familjemedlemmars välmående (9). Sjuksköterskorna i studien beskrev hur viktigt det är att alla i familjen får bli hörda och känna att de är viktiga, och att en del i det är att stötta pappor i föräldraskapet och öka deras tilltro till sin förmåga som förälder. Det erfors att det är nödvändigt att hela familjen mår bra, för att barnet ska må bra.

Att föräldrar delar på föräldradigheten och därmed delar på ansvar för barnets omsorg ansåg sjuksköterskorna vara viktigt. De beskrev att föräldrarna då lättare får mer förståelse för varandra och även kan vara ett stöd för varandra. Sjuksköterskorna upplevde att pappor har en viktig roll i att stödja mamman i amningen och att pappors stöd till mammor är mycket betydelsefullt den första tiden. Sjuksköterskorna beskrev dock att mycket fokus ligger på kvinnan och amningen den första tiden. Detta stämmer överens med tidigare forskning där

pappor upplevde att BHV bara fokuserar på mamman och därför söker information från annat håll (5, 30, 32, 33). Men det handlar alltså inte om att man nu ska förminska mammans roll eller amningens betydelse, utan att börja inkludera papporna mer, för barnets bästa. Mer förståelse för varandra ansågs stärka relationen föräldrarna emellan vilket också blir positivt för barnet. Tidigare forskning visar att om föräldrarna stöttar varandra, framförallt att mamman stödjer pappan i att engagera sig i barnets omsorg, så kan det hjälpa pappor att övervinna svårigheter i föräldraskapet (67) Om mamman stöttar pappan i föräldraskapet, och inte bara tvärtom, så bidrar det också till att öka pappors self-efficacy i föräldraskapet (63).

Att mamman behöver och vågar släppa taget och låta pappa få vara med i omsorg och beslut som rör barnet var något som sjuksköterskorna, i likhet med tidigare forskning (36, 68) också ansåg som viktigt. Sjuksköterskorna såg detta som en förutsättning för att pappor skulle kunna utvecklas i föräldrarollen och kunna känna tilltro till att de duger och räcker till som förälder. Sjuksköterskorna betonade också sin egen roll i att påminna båda föräldrar om att pappor faktiskt också kan ta hand om sitt barn.

Sjuksköterskorna förde fram att ett medvetet förhållningssätt är viktigt i mötet för att inkludera alla i familjen, och att arbeta familjecentrerat beskrevs som en förutsättning för BHV-sjuksköterskan när hon möter barn och dess föräldrar. Detta indikerar att familjecentrerad omvårdnad är en integrerad del i sjuksköterskornas arbete.

Genusperspektiv

Resultatet visar att sjuksköterskornas erfarenheter av relationen mellan dem själva och papporna var att de ibland hade svårt att nå fram till varandra. Sjuksköterskorna trodde att det kunde bero på könsskillnaden mellan BHV-sjuksköterskan och pappan.

Detta resultat är intressant då vi i Sverige idag har en tydlig och stark jämställdhetstanke där skillnaderna mellan könen får allt mindre fokus. I en annan vårdkontext skulle resonemanget om könsskillnaden mellan sjuksköterska och patient troligtvis inte uppstå. Elvin Nowak (13) ger ett perspektiv på sjuksköterskornas uttryck för könsskillnad i sitt resonemang om att föräldrar behöver förebilder som liknar dem själva och att könstillhörighet är starkt kopplat till föräldraskap och identitet. Vidare menar Elvin Nowak (11) att föräldraskapet är det mest könsspecifika vi har i vårt samhälle och att förväntningarna på en mamma och en pappa fortfarande ser helt olika ut. Dock har, som redovisats i bakgrunden, pappors föräldraskap genomgått stora förändringar. Haavind (69) menar att det i Europa, framförallt i de nordiska länderna, har skett en stor förändring i hur föräldraskap utförs, att kunskapen om det lilla barnets behov och känslighet ökat, och på så vis även det aktiva, lyhörda föräldraskapet hos både män och kvinnor. Haavind pekar på att dagens pappor bryter gamla mönster av fadersrollen och ser inte deras omsorg och omvårdnad av sina barn som något hinder för deras manlighet (69).

Några av de BVC:er där sjuksköterskorna arbetade bedrev så kallade pappagrupper. Enligt Elvin Nowak (13) finns risken att man fortsätter att förstärka gamla mönster av mannens position som "den andra föräldern" om gruppledaren i sig endast leder gruppen i egenskap av

pappa och man. Forskning visar att BHV-sjuksköterskor upplever att de behöver mer utbildning i att leda föräldragrupper som överensstämmer med dagens föräldrars behov (70) och ökad kunskap hos BHV-sjuksköterskor behövs för att anpassa föräldragrupperna till pappors behov (8, 30, 34). Om gruppleddaren är professionellt utbildad i att leda pappagrupper ur ett jämställdhetsperspektiv, och kan fungera som en förebild genom att presentera ett manligt föräldraskap med ett stort ansvarstagande är chanserna större att fler pappor tar efter och bryter gamla mönster av vad en tillräckligt bra pappa är (13).

Handboken "En förälder blir till" från Kunskapscentrum för jämlik vård (71) var något som flera utav deltagarna arbetade med. Handboken tar upp att man inom BHV har makt att påverka men kan behöva vägledning. Resultatet visar att sjuksköterskorna delar synsättet att pappor är lika viktiga föräldrar som mammor, de anser att föräldraledighet bör tas ut av båda föräldrar så jämt som varje familj förmår, och att de genom att anpassa sina arbetstider försöker göra sig tillgängliga för arbetande pappor. Sjuksköterskorna hade också ett medvetet förhållningssätt kring hur de skall bemöta pappor genom sin kommunikation, för att inte bidra till att pappor känner sig utanför, i likhet med tidigare forskning (6–8). I sjuksköterskornas reflektioner kring jämställdhet och föräldraskap kan utläsas att deras attityder generellt är positiva till pappor som föräldrar, till skillnad från andra studier där BHV-sjuksköterskor ansett att pappor inte har samma förmåga som mammor i omsorgen kring sitt barn (37, 38, 65). Även om sjuksköterskorna är positiva till pappor som föräldrar och arbetar för att inkludera pappor mer i BHV:s verksamhet så verkar gamla könsroller till viss del fortfarande påverka deras föreställningar om skillnader mellan kvinnor och män.

Slutsatser

Resultatet i studien visar att sjuksköterskorna upplevde att pappor är lika viktiga föräldrar som mammor, att de kan göra allt utom att amma. Sjuksköterskorna upplevde dock att pappor kan vara i större behov av att bli stärkta i sin föräldraroll då deras erfarenheter var att pappor kan uttrycka att de inte duger eller kan lika mycket som mammor. Resultatet visar att ett familjecentrerat förhållningssätt genomsyrade de strategier som sjuksköterskorna i studien hade för att stärka pappor i föräldraskapet, dock framkom att sjuksköterskorna upplevde det svårare att skapa en relation till pappor än till mammor. Genom sjuksköterskornas beskrivningar av sitt förhållningssätt gentemot pappor och pappors föräldraskap, kan resultatet indikera att BHV i Göteborg genomgår en förändring mot att inkludera pappor i verksamheten på ett självklart sätt.

Implikationer för praxis

Studiens resultat kan användas för att belysa BHV:s arbete med att ge stöd till pappor, genom att ge ökad medvetenhet i ämnet och leda till reflektion kring det professionella bemötandet. BHV-sjuksköterskors uppfattningar kring föräldraskap och kön kan behöva utmanas för att inte ytterligare cementera stereotypa könsroller. Genom att stärka pappans position i mötet med BHV och även hans position som förälder så kanske BHV kan påverka

de underliggande könsnormerna inom familjer och bidra till ett föräldraskap på mer jämställda villkor.

Att sjuksköterskorna uttryckte olika erfarenheter kring huruvida de erbjöd stöd till pappor i form av enskilda samtal, pappagrupper eller screening för förlossningsdepression kan tyda på att BHV behöver tydliggöra vad som ingår i deras uppdrag i att ge föräldrastöd till pappor. Arbetsmaterialet "En förälder blir till" ansåg sjuksköterskorna vara ett bra verktyg i arbetet att stärka pappor i föräldrarollen och är enligt författarnas mening något som borde användas av alla inom BHV. Vidare så borde pappasamtal vara något som erbjuds till alla pappor, och kanske vara en punkt i barnhälsovårdsprogrammet, för att vara en del i att ge stöd och stärka pappor i föräldraskapet.

Vidare forskning

Det verkar finnas en tilltro hos sjuksköterskorna i studien att de i egenskap av att vara kvinnor inte kan ge pappor det fulla stöd de behöver i sitt föräldraskap. Kvalitativ forskning kring hur genus påverkar bemötande och attityder inom BHV kan vara ett intressant ämne för vidare forskning.

Referenslista

1. Körner E. Föräldraskapets (o)möjligheter. Göteborg: Risbergs Information & Media AB; 2009.
2. UNICEF Sverige. Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter [Internet]. Stockholm: UNICEF Sverige; 1989 [citerad 2016-11-16]. Hämtad från www.unicef.se/barnkonventionen
3. Socialdepartementet. Reformerad föräldra-försäkring – Kärlek, omvårdnad, trygghet. (SOU 2005:73) [Internet]. Stockholm: Regeringen; 2005 [citerad 2016-11-15]. Hämtad från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2005/09/sou-200573-/>
4. Statistiska centralbyrån. På tal om kvinnor och män: Lathund om jämställdhet 2016 [Internet]. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2016 [citerad 2016-11-18]. Hämtad från http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/LE0201_2015B16_BR_X10BR1601.pdf
5. Fägerskiöld A. A change in life as experienced by first time fathers. Scand J Caring Sci. 2008; 22: 64-71.
6. Edvardsson K, Ivarsson A, Eurnius E, Garvare R, Nystrom ME, Small R, et al. Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. BMC Public Health. 2011; 11: 936-942.
7. Fägerskiöld A. Support of fathers of infants by the child health nurse. Scand J Caring Sci. 2006; 1: 79-85.
8. Hallberg AC, Beckman A, Håkansson A. Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. J Child Health Care. 2010; 09 (14):296-303.
9. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. [citerad 2016-11-16]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>
10. Hirdman Y. Gösta och genusordningen. Feministiska betraktelser. Stockholm: Ordfront; 2007.
11. Elvin-Nowak Y. Att göra kön. Stockholm: Albert Bonniers förlag; 2003.
12. Hwang P. Faderskap i tid och rum. Stockholm: Natur och kultur; 2000.
13. Elvin-Nowak Y. Finns det några pappor i din mammagrupp? Lund: Studentlitteratur; 2011.
14. Föräldrabalk (SFS 1949:381) [Internet]. Stockholm: Justitiedepartementet [citerad 2017-02-14]. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381.
15. Socialdepartementet Ett stärkt föräldrastöd – för barnens rätt till trygga uppväxtvillkor [Internet]. Skr.2013/14:87. Stockholm: Socialdepartementet; 2013[citerad 2017-01-15]. Hämtad från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/skrivelse/2014/02/skr.-20131487-/>

16. Socialstyrelsen. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015 [citerad 2016-11-13]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-38>
17. Socialdepartementet. Föräldrastöd - en vinst för alla: Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap (SOU 2008:131) [Internet]. Stockholm: Regeringen [citerad 2016-11-14]. Hämtad från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2009/01/sou-2008131/>
18. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport 2011:13. Föräldrapenning - båda föräldrarnas försäkring? [Internet]. Stockholm: Försäkringskassan; 2011. [citerad 2017-02-15]. Hämtad från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/c18218dc-3d5f-4721-b1dc-a800f7e9d713/socialforsakringsrapport_2011_13.pdf?MOD=AJPERES.
19. Statistiska centralbyrån. På tal om kvinnor och män: Lathund om jämställdhet 2014 [Internet]. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2014 [citerad 2016-12-02]. Hämtad från http://www.scb.se/Statistik/ Publikationer/LE0201_2013B14_BR_X10BR1401.pdf
20. Blair M, Stewart-Brown S, Hjern, A, Bremberg S, redaktörer. Barnhälsovetenskap. Lund: Studentlitteratur; 2013.
21. Magnusson M, Blennow M, Hagelin E, Sundelin, C. Barnhälsovård- att främja barns hälsa. Stockholm: Liber; 2016.
22. Rikshandboken Barnhälsovård [Internet]. Barnhälsovårdsprogrammet [citerad 2016-12-02]. Hämtad från www.rikshandboken-bhv.se
23. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning Distriktssköterska [Internet] Danagårds; 2008 [citerad 2017-03-27]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>.
24. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere [Internet]. Statement 15 January 2011. Geneva: World Health Organization [cited 2016-11-16]. Available from http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
25. Livsmedelsverket. Bra mat för barn 0–5 år - handledning för barnhälsovården [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket; 2015 [citerad 2016-11-16]. Hämtad från <http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/spadbarn/bra-mat-for-barn-0-5-ar---handledning-for-barnhalsovarden.pdf>
26. Havnesköld L, Risholm Mothander P. Utvecklingspsykologi. Malmö: Liber AB; 2009.
27. Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T, Risholm Mothander P. Anknytningsteori- betydelsen av nära känslomässiga relationer. Stockholm: Natur & Kultur; 2006.
28. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatrica. 2008; 97(2):153–158.
29. Plantin L. Män, familjeliv och föräldraskap. Umeå: Boréa Bokförlag; 2001.

30. Deave T, Johnson, D. The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *J Adv Nurs*. 2008; 63 (6): 626-33.
31. Johansson T. *Faderskapets omvandlingar. Frånvarons socialpsykologi*. Göteborg: Diadalos; 2004.
32. Halle C, Dowd T, Fowler C, Rissel K, Hennessy K, Macnevin R, Nelson MA. Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemp Nurse*. 2008; 31:57–70.
33. Salzmänn-Eriksson M, Eriksson H. Fathers sharing about early parental support in health-care – virtual discussions on an Internet forum. *Health Soc Care Community*. 2013; 21(4):381–390.
34. Premberg Å, Hellström AL, Berg M. Experiences of the first year as a father. *Scand J Caring Sci*. 2008;22: 56-63.
35. Benzies K, Magill-Evans J, Harrison MJ, MacPhail S, Kimak C. Strengthening New Fathers' Skills in Interaction With Their 5-Month-Old Infants: Who Benefits From a Brief Intervention? *Public Health Nurs*. 2008; 25 (5): 431-439.
36. Alehagen S, Hägg M, Kalén-Enterlöv M, Johansson AK. Experiences of community health nurses regarding father participation in child health care. *J Child Health Care*. 2011; 15(3): 153-162.
37. Massoudi P, Wickberg B, Hwang CP. Father's involvement in Swedish child health care – the role of nurses, practices and attitudes. *Acta paediatrica*. 2010;100: 396-401.
38. Wells MB, Varga G, Kerstis B, Sarkadi A. Swedish child health nurses' views of early father involvement: a qualitative study. *Acta Paediatrica*. 2013; 102 (7):755-761.
39. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977; 84 (2):191-215.
40. Holmqvist R. Reflekterande och stärkande samtal. I: Herting A, Kristenson M, redaktörer. *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur; 2012. s.71-85.
41. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. Basingstoke: W. H. Freeman; 1997.
42. Jerdén L. Empowerment som grund. I: Herting A, Kristenson M, redaktörer. *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 57-69.
43. Insulander L, Björvell H. Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. I: Klang Söderkvist B, redaktör. *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur; 2013. s.135-157.
44. Vourenmaa M, Halme N, Perala M, Kaunonen M, Austedt-Kurki P. Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children. *Scand J Caring Sci*. 2016; 30: 290–302.
45. Kirkevold M, Strömsnes-Ekern K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber AB; 2001.
46. RFSU. Regnbågs-och stjärnfamiljer- Ingrid skapade stjärnfamiljen [Internet] RFSU.se; 2011 [citerad 2016-11-16]. Hämtad från <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Relationer/Regnbags--och-stjarnfamiljer/Ingrid-skapade-stjarnfamiljen/>

47. Bäck-Wiklund M, Johansson T. Nätverksfamiljen. Stockholm: Natur & Kultur; 2012.
48. Benzein E, Hagberg M, Saveman. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
49. Harrison TM. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *J Pediatr Nurs.* 2010; 25: 335-343.
50. Hallberg AC, Lindbladh E, Petersson K, Rådstam L, Håkansson A. Swedish child health care in a changing society. *Scand J Caring Sci.* 2005;19: 196-203.
51. Polit DF, Tatano Beck C. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
52. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 2014.
53. Göteborgs stad. Stadsdelsnämnder [Internet] Göteborgs stad; 2017 [citerad 2017-03-23]. Hämtad från http://goteborg.se/wps/portal/start/kommun-opolitik/kommunfakta/stadsdelsnamnder/!ut/p/z1/hY5NC4JAFEV_jdt5z8aPqd20MFJJgyibTWhMo6CO6NRAvz5bBkV3d7nnwgEBBYi-fDSqNI3
54. Västra Götalandsregionen. 1177 Vårdguiden. Sök mottagning [Internet] Västra Götalandsregionen; 2017 [citerad 2017-03-23]. Hämtad från <https://www.1177.se/Vastra-Gotland/Hitta-vard/?o=40&l=20&q=bvc&m=g%C3%B6teborg>
55. Trost J. Enkätboken. Lund: Studentlitteratur; 2012.
56. Forsman B. Forskningsetik – en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1997.
57. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24: 105-112.
58. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Studentlitteratur; 2012. s.187-201.
59. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Vetenskapsrådet [citerad 2016-11-16] Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
60. Forsman B. Etik i biomedicinsk forskning- en orientering. Lund: Studentlitteratur; 2005.
61. Statistikdatabas för hälso-och sjukvårdspersonal [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen;1995-. [citerad 2017-02-06]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal>
62. Salonen AH, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Järvenpää AL, Isoaho H, Tarkka MT. Parenting self-efficacy after childbirth. *J Adv Nurs.* 2009; 65(11): 2324–2336
63. Pinto TM, Figueiredo B, Pinheiro LL, Canário C. Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *J Reprod Infant Psychol.* 2016; 34 (4): 343-355.
64. Coleman CL. Empowered by Nurses. *Paediatr Nurs.* 2016; 42(4):193-6.
65. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler J. We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *BMC pregnancy childbirth.* 2015; 1 (292). DOI: 10.1186/s12884-015-0726-6

66. Musser A, Ahmed A, Foli K, Coddington J. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2013; 27(6): 479-485.
67. Thomas JE, Boner AK, Hildingsson I. Fathering in the first months. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25, 499-509.
68. Zvara JB, Sullivan SJ, Dush KC. Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Fam Relat*. 2013; 62(4): 649-661.
69. Haavind H. Loving and caring for small children: Contested issues for everyday practices. *Nord Psycol*. 2011; 63(2):24-48.
70. Lefe`vre A, Lundqvist P, Drevenhorn E, Hallstrom I. Managing parental groups during early childhood: new challenges faced by Swedish child health-care nurses. *J Child Health Care*. 2015; 19 (1): 381-391.
71. Kunskapscentrum för Jämlik vård. En förälder blir till- ett verktyg för jämlikt föräldraskap genom utbildning och reflektion [Internet]. Västra Götalandsregionen; 2014 [citerad 2017-02-08]. Hämtad från <http://jamlikvard.vgregion.se/upload/NYA%20KJV/Metoder,%20Material/En%20f%C3%B6r%20A4lder%20blir%20till/1/Verktyget%20En%20f%C3%B6r%20A4lder%20blir%20till.pdf>.

Bilagor

Bilaga 1. Forskningspersonsinformation



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår

Bakgrund och syfte

Det har på senare år framkommit i forskning att pappor riskerar att känna sig utanför i kontakten med BHV, att de önskar bli mer delaktiga i omsorgen kring sitt barn och vill känna sig bemötta som en lika kompetent förälder som mamman. Vi vill med bakgrund av detta undersöka hur upplevelserna kring att arbeta med denna fråga ser ut hos BHV-sjuksköterskor i Göteborg. Hur tänker man i frågan, vad är bra, vad kan bli bättre, vilka svårigheter och möjligheter finns? Vi vill veta vad Du som sjuksköterska har för tankar kring hur BHV kan stötta pappor för att de ska ges lika stor möjlighet som mammor att få en nära relation till sitt barn och få en bra start i sitt föräldraskap. Det kan under barnets första levnadsår vara en utmaning att göra pappor delaktiga då mamman, framförallt på grund av amning, är den som oftast är föräldraledig och sköter kontakten med BHV.

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår.

Förfrågan om deltagande

Vi har kontaktat verksamhetschefer på utvalda BVC i samtliga stadsdelar i Göteborg och har via dessa fått kontaktuppgifter till Dig BHV-sjuksköterska som har specialistsjuksköterskeexamen med inriktning barn och unga, alternativt distriktsköterska, med minst ett års arbetslivserfarenhet, vilka är kriterierna för vårt urval.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras med hjälp av en webbenkät som innehåller 3-5 frågor med öppna svarsalternativ. Öppna svarsalternativ gör att du har möjlighet att svara helt med dina egna ord, då det är dina subjektiva upplevelser som BHV-sjuksköterska vi efterfrågar.

Från det att enkäten skickats ut har du som deltagare två veckor på dig att svara på frågorna. Det går att besvara hela enkäten i ett svep eller en del i taget beroende på vad som passar dig bäst. Länk till enkäten skickas till dig via mail. Under studiens gång är du välkommen att kontakta oss studenter via nedanstående kontaktuppgifter om frågor uppstår.

Enkäten besvaras anonymt och resultaten kommer sedan att analyseras och jämföras mot varandra i förhoppning att kunna urskilja både likheter och skillnader i svaren. Materialet kommer slutligen att redovisas i en magisteruppsats i omvårdnad vid Göteborgs universitet.

Eventuella risker med deltagandet

Vi är medvetna om att arbetsbelastningen på BVC kan vara hög och risken finns att deltagandet tar tid ifrån ditt ordinarie arbete. Därför har vi valt att använda oss av en webbenkät där du själv kan avgöra vilken tid det passar dig bäst att svara på frågorna.

Eventuella fördelar med deltagandet

Att delta innebär möjligheten att få reflektera över vad det här ämnet betyder för dig och hur du/ni arbetar med frågan på er BVC. Vår förhoppning är att deltagandet kan hjälpa till att lyfta frågan och i slutändan eventuellt bidrar till diskussion och förbättringsarbete på din arbetsplats.

Hantering av data och sekretess

Enkäten besvaras anonymt och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem enligt Personuppgiftslagen SFS1998:204. Ansvarig för dina uppgifter är Göteborgs Universitet. Efter avslutad uppsats kommer enkäterna att raderas och återstoden är endast den färdiga uppsatsen. Den enda information kring deltagarna som kommer att finnas i uppsatsen är ålder, kön, antal år inom barnhälsovården samt vilken vidareutbildning deltagaren har.

Frivillighet

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan särskilda skäl.

Du kommer att meddelas när uppsatsen är klar och hur du kan ta del av den om du önskar det.

Samtycke

Genom att svara på detta mail godkänner du ditt deltagande i studien.

Ansvariga för studien

Student: Ulrika Johansson

Leg. Sjuksköterska

gusulri42@student.gu.se

Mobil: xxxxxxxxxxx

Student: Katja Loguin

Leg. Sjuksköterska

gusloguk@student.gu.se

Mobil: xxxxxxxxxxx

Handledare vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa:

Ulrika Bengtsson, Spec. sjuksköterska, Universitetslektor, Fil. Dr.

ulrika.bengtsson@gu.se

Bilaga 2. Brev till Verksamhetschef



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Till Verksamhetschef BVC

Göteborg, 2016-09-22

Hej, vi heter Ulrika Johansson och Katja Loguin och läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning Distriktssköterska. Den här hösten skriver vi vår magisteruppsats där vi har valt att skriva om BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår. Vi är intresserade av att veta hur ni arbetar med detta på er BVC, vilka svårigheter och möjligheter ni ser samt höra era tankar kring föräldraskap och kön. För att få svar på detta behöver vi komma i kontakt med BHV-sjuksköterskor som kan tänka sig svara på en enkät online med ett fåtal öppna frågor som rör detta ämne. Deltagandet kommer vara helt anonymt. De BHV-sjuksköterskor vi söker skall ha Specialistsjuksköterskeexamen med inriktning Barn och Ungdom alternativt Distriktssköterska samt ha minst ett års arbetslivserfarenhet från BHV.

Vi har kontaktat verksamhetschefer på utvalda BVC: er i Göteborg och behöver ditt skriftliga tillstånd för att genomföra studien på er arbetsplats. Du kan godkänna genom att svara på detta mail.

Vi vore väldigt tacksamma om ni i er verksamhet vill dela med er av era erfarenheter i detta ämne! Vid ditt tillstånd behöver vi erhålla mailadresser till tilltänkta BHV-sjuksköterskor för att ge ytterligare information samt skicka länk till själva enkäten. Deltagandet är givetvis helt frivilligt och upp till varje BHV-sjuksköterska att ta ställning till om hon/han vill delta.

Vi bifogar även allmän information från institutionen angående examensarbeten.

Med vänliga hälsningar,

Ulrika Johansson
Leg. Sjuksköterska
gusulri42@student.gu.se
Mobil: xxxxxxxxxx

Katja Loguin
Leg. Sjuksköterska
gusloguk@student.gu.se
Mobil: xxxxxxxxxx

Handledare vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa:

Ulrika Bengtsson
Spec. sjuksköterska, Universitetslektor, Fil. Dr.
ulrika.bengtsson@gu.se

Bilaga 3. Enkätfrågor



SAHLGRENSKA AKADEMIN

BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att stödja pappor i föräldraskapet under barnets första levnadsår

Kön:

Ålder:

Specialistsjuksköterskeexamen- Distrikt/Barn-Ungdom (ange vilket):

Antal år som sjuksköterska inom BHV:

Utgå ifrån dig själv och dina egna tankar och reflektioner kring följande frågor och utveckla gärna dina svar. Dina svar kommer vara helt anonyma, även för oss som är ansvariga för studien.

1. Hur upplever du att pappors delaktighet är på BVC under barnets första år?
2. Vad upplever du att pappor behöver för stöd i sitt föräldraskap?
3. Beskriv hur Du gör för att ge stöd till pappor under barnets första levnadsår. Ge gärna exempel på olika situationer.
4. Beskriv vilka möjligheter respektive svårigheter Du upplever i ditt arbete att stödja pappor i deras föräldraskap?
5. Hur tänker du kring föräldraskap och jämställdhet?

Finns det något mer du vill tillägga?