

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2015:82

BVC-sjuksköterskors upplevelser av att stödja nyblivna mammor

- genom att använda Edinburgh Postnatal Depression Scale

Joanna Odestrand

Anna Olsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: BVC-sjuksköterskors upplevelser av att stödja nyblivna mammor – genom att använda Edinburgh Postnatal Depression Scale

Författare: Joanna Odestrand, Anna Olsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Distriktsköterskeutbildning

Handledare: Laura Darcy

Examinator: Stefan R Nilsson

Sammanfattning

Postpartumdepression är ett tillstånd som drabbar ungefär var åttonde kvinna. Forskning visar att postpartumdepression kan medföra risker för både mamma och barn, vilket påverkar hela familjen. Specialistsjuksköterskan på barnvårdscentralen (BVC) har en viktig roll avseende att upptäcka tecken på postpartumdepression hos nyblivna mammor. Screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) används för att identifiera tecken på depressiva besvär hos mamman. Med EPDS som grund har BVC-sjuksköterskan ett stödande samtal med mamman. Syftet med denna studie var att undersöka BVC-sjuksköterskors upplevelser av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex BVC-sjuksköterskor vid två olika familjecentraler. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Ur intervjuerna framkom kategorierna; *stödjer ett bra vårdssamtal, ger förutsättningar för att stödja med EPDS och BVC-sjuksköterskorna upplever utmaningar i det stödande arbetet*. BVC-sjuksköterskorna upplever en trygghet i att använda EPDS, då det fångar upp mammor som mår dåligt och underlättar det stödande samtalet, vilket möjliggör att en förtroendefull relation kan utvecklas. Ett behov av fortbildning framkommer, då BVC-sjuksköterskorna kan känna otillräcklighet avseende sin kompetens inom EPDS och det stödande samtalet. Tidsbrist ses som en utmaning för BVC-sjuksköterskorna, då det är viktigt att kunna vara närvarande och ostressad i mötet med mammorna. BVC-sjuksköterskorna möter mammor från olika kulturer, vilket ger kunskap som ökar förståelsen för dessa mammors situation. BVC-sjuksköterskorna ger även uttryck för en avsaknad av tydliga riktlinjer gällande EPDS-screening för pappor, då de uppmärksammat att depressiva besvär även drabbar dem.

Nyckelord: *BVC-sjuksköterskor, EPDS, stöd, postpartumdepression, samtal*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykisk ohälsa postpartum	1
Associerade risker med postpartumdepression	2
Barnhälsovård	3
BVC-sjuksköterskans stödjande funktion	3
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Urval	6
Datainsamling	7
Förförståelse	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Stödjer ett bra vårdsamtal	10
Öppnar upp för samtal och förtroende	10
Stärker och bekräftar mamman i föräldrarollen	10
Fångar upp de mammor som mår dåligt	10
Ger förutsättningar för att stödja med EPDS	11
BVC-sjuksköterskan upplever arbetet stimulerande och utvecklande	11
Behov av fortbildning	11
Behov av stöd från teamet	11
Medvetenhet om EPDS begränsningar	12
BVC-sjuksköterskorna upplever utmaningar i det stödjande arbetet	12
Upplevelse av tidsbrist	12
Kulturella och språkmässiga aspekter	13
Att använda EPDS som stöd även för pappor	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
EPDS underlättar för samtal	15
BVC-sjuksköterskorna känner en otillräcklighet i samband med EPDS-samtal	16
Kulturella perspektiv	16
Avsaknad av riktlinjer för pappor	17
Slutsats	18
Kliniska implikationer	18
REFERENSER	19

BILAGOR

Bilaga 1: EPDS-formulär

Bilaga 2: Informationsbrev till BVC-sjuksköterskor

Bilaga 3: Samtyckesformulär

Bilaga 4: Informationsbrev verksamhetschef

INLEDNING

Många föreställningar och förväntningar finns kring hur den första tiden med ett nyfött barn ska vara, dock stämmer inte alltid bilden med verkligheten (Jarosinski & Pollard 2014, s 192). Nedstämdhet hos nyblivna mammor är vanligt förekommande i nära anslutning till förlossning, och hos ungefär var åttonde nybliven mamma övergår symtomen till en postpartumdepression (Josefsson & Lilliecreutz 2014, s 462). Inom barnhälsovården i Sverige har specialistsjuksköterskan i uppdrag att i tidigt skede upptäcka de mammor som befinner sig i riskzonen för att utveckla postpartumdepression. Detta då studier visar att depression under nyföddhetstiden kan medföra flera allvarliga risker för både mamma och barn (Socialstyrelsen 2014, ss 94-96).

BAKGRUND

Psykisk ohälsa postpartum

Som nybliven mamma är det vanligt att uppleva övergående humörsvängningar i nära anslutning till förlossning. Cirka 40-80 procent av alla nyförlösta kvinnor drabbas av så kallad ”*maternity blues*” inom de första tre till fyra dagarna efter förlossningen, vilket innebär ett övergående tillstånd av känslomässig labilitet, sömnrubbingar, närhet till gråt samt irritabilitet. Vidare beskrivs ”*maternity blues*” med symtom som oro, konfusion och nedstämdhet. Hormonella faktorer bedöms orsaka reaktionen, men den kan även ses som en utmattningsreaktion efter förlossningen eller som en reaktion på förlorad sömn dygnet kring förlossningen. Symtomen pågår som längst i några dagar och kräver ingen behandling. I vissa fall övergår ”*maternity blues*” till *postpartumdepression* (Wickberg & Hwang 2003, s 14).

En svensk studie av Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Rådestad och Hildingsson, (2005, s 159) påvisade att cirka 12 procent av mammorna uppvisade depressiva besvär två månader efter barnets födelse. Postpartumdepression uppträder vanligtvis under de första tre månaderna efter förlossning men kan uppkomma när som helst under första året efter barnets födelse (Josefsson & Lilliecreutz 2014, s 462). Enligt Cox, Holden och Henshaw (2014, s 2) förekom postpartumdepression hos minst 10 procent av alla kvinnor under det första året efter barnets födelse. Siffran visade sig variera mellan 10-28 procent i olika studier, beroende på vilken population och tidsperiod som avses samt vilken mätmetod som använts (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 2). Symtom på postpartumdepression är sänkt stämningsläge, ångest, sömnsvårigheter, minskad självkänsla samt svårigheter att klara av vardagsysslor. Bland symtomen ses även utmattning, minskad aptit, irritabilitet, känslor av att inte vara sig själv, skuld-känslor, koncentrationssvårigheter, känslor av tomhet och hopplöshet samt brist på energi. Vissa kvinnor upplever förlust av kontroll över sin tillvaro, vilket kan orsaka panikattacker, ökad oro och vredesutbrott. En postpartumdepression innebär alltifrån en lättare depression till en egentlig depression (Wickberg & Hwang 2003, ss 14-15). Det finns inget som tyder på att varken symtom eller förlopp skiljer sig från andra depressioner som kan inträffa när som helst under livet (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 3; Josefsson & Lilliecreutz 2014, ss 462-463). Det som däremot skiljer postpartumdepression mot en ”vanlig” depression är just sammanhanget när den uppstår

och betydelsen av den. Det har visat sig att flera mammor som drabbats av postpartumdepression upplever att de gått miste om den förväntade lyckan över sitt nyfödda barn och att det således är ett betydande skede i livet som gått förlorat (Socialstyrelsen 2014, s 95).

Det har visat sig att mammor med tidigare anamnes på depression eller annan psykisk ohälsa har en högre risk att drabbas av postpartumdepression. Ytterligare riskfaktorer är om mamman varit med om allvarliga livshändelser eller vid avsaknad av socialt stöd, till följd av isolering på grund av annan kulturell bakgrund (Socialstyrelsen 2014, ss 94-95). En svensk avhandling visade att depressiva besvär hos mammor medförde att de i lägre utsträckning vände sig till sin partner för stöd, än mammor utan depressiva besvär postpartum (Seimyr 2011, s 30). Det finns även forskning som tyder på att kvinnor bosatta i socialt utsatta områden i högre utsträckning drabbades av postpartumdepression (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 2). Dahlberg och Segesten (2010, s 102) framhöll att upplevelsen av sammanhang och mening i livet var starkt kopplat till upplevelse av hälsa och välbefinnande. I likhet med detta belyste Kerstis, Engström, Edlund och Aarts (2013, s 236) att mammor med depressiva besvär tre månader efter förlossning upplevde en sämre känsla av sammanhang än mammor utan depressiva besvär. Postpartumdepression kan även drabba pappor, om än i lägre utsträckning, detta är dock inte lika väl studerat. En ökad risk för att barnets utveckling och beteende ska påverkas negativt ses även vid en postpartumdepression hos pappan (Massoudi 2011, ss 13-14).

Postpartumpsykosen är ett tillstånd som skiljer sig markant från postpartumdepression, då den innehåller tydliga psykotiska inslag och vanligtvis uppträder tidigare i efterförloppet av en förlossning. Postpartumpsykosen är därför den allvarligaste formen av psykisk sjukdom i samband med förlossning och kräver psykiatrisk vård. Postpartumpsykosen drabbar 0,1-0,2 procent av mammorna och sjukdomsdebuten sker vanligtvis inom tre veckor efter barnets födelse (Josefsson & Lilliecreutz 2014, s 463; Wickberg & Hwang 2003, s 15). Även om det rör sig om extremt få nyblivna mammor som insjuknar i postpartumpsykos är det ändå viktigt att vårdpersonal som träffar nyblivna mammor, har kunskap om att det kan inträffa och vetskap om hur det ska handläggas (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 4).

Associerade risker med postpartumdepression

Det är av stor vikt att de kvinnor som drabbats av en postpartumdepression upptäcks i tidigt skede, då flera associerade risker finns med detta tillstånd. Bland dessa ses bristande anknytningsstil, självförsummelse, försummelse av barnet samt problem i parrelationen (Ikeda, Hayashi & Kamibeppu 2014, ss 564-567; O'Higgins, Roberts, Glover & Taylor 2013, s 385). Vidare ses ökad risk för psykisk ohälsa hos barnet längre fram i livet, exempelvis genom depression i barndoms- eller ungdomsåren (Pawlby, Sharp, Hay & O'Keane 2008, s 244; Murray, Arteché, Fearon, Halligan, Goodyer & Cooper 2011, ss 463-468). Apter-Levy, Feldman, Vakart, Epstein och Feldman (2013, s 1164) belyser även en ökad förekomst av uppmärksamhets- och beteendeproblematik samt ångestbesvär hos barn vid sex års ålder, vars mammor lidit av en postpartumdepression som utvecklats till kronisk depression. En aktuell avhandling har även visat ett samband mellan depressiva besvär hos föräldrarna under

nyföddhetsperioden och separation/skilsmässa (Kerstis 2015, s 41; Cox, Holden & Henshaw 2014, s 10).

Som beskrivits ovan påverkar postpartumdepression, utöver kvinnans egen hälsa, även relationen föräldrarna emellan och kan bidra till en negativ påverkan på barnets utveckling (Socialstyrelsen 2010, s 18; Massoudi 2011, ss 13-14; Socialstyrelsen 2014, s 95; Josefsson & Lilliecreutz 2014, ss 462-463). Det är därför av stor vikt att specialistsjuksköterskan inom barnhälsovården uppmärksammar tecken på depression hos nyblivna mammor och agerar på förändringar i mammans eller barnets hälsotillstånd. Familjens resurser ska tillvaratas utifrån ett hälsofrämjande perspektiv och specialistsjuksköterskan har till uppgift att vidta åtgärder för att lindra lidande och erbjuda ytterligare hjälp och stöd, för att minimera de negativa följder som en postpartumdepression kan innebära för en familj (Socialstyrelsen 2010, s 18; Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 10).

Barnhälsovård

Barnhälsovården har som övergripande mål att främja barns utveckling och hälsa. Hälsa definieras enligt World Health Organization (WHO) (1948) som ett tillstånd av absolut psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande, inte enbart avsaknad av funktionsnedsättning eller sjukdom. Vidare ska barnhälsovården förebygga ohälsa samt i tidigt skede identifiera och vidta åtgärder rörande problem i barns utveckling, uppväxtmiljö och hälsa. Detta arbete grundar sig i Förenta Nationernas konvention om barns rättigheter och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och en av de viktigaste uppgifterna är att främja sunda relationer i familjen (Socialstyrelsen 2014, ss 7-8, 17, 25).

För att uppnå dessa mål arbetar barnhälsovården med att erbjuda alla barn och föräldrar insatser såsom bland annat hälsoövervakning av alla barn, föräldrastödjande samtal, hembesök, vaccinationer enligt basprogram samt föräldrastöd i grupp. Vidare erbjuds även speciellt inriktade insatser till barn och föräldrar med särskilda behov. Inom barnhälsovården arbetar flera olika professioner såsom exempelvis sjuksköterska, läkare och psykolog vars kompetenser kompletterar varandra och skapar förutsättningar att främja barns utveckling och hälsa. De sjuksköterskor som arbetar på barnavårdscentral (BVC) har en specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot antingen distriktssköterska eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom (Socialstyrelsen 2014, ss 17-18). Författarna kommer härnäst att använda begreppet BVC-sjuksköterska som ett övergripande begrepp för specialistsjuksköterskorna som arbetar på BVC.

BVC-sjuksköterskans stödjande funktion

En del i BVC-sjuksköterskans roll är att främja hälsa samt stärka och bekräfta föräldrarna i föräldrarollen (Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 10). Detta i enlighet med distriktssköterskans kompetensbeskrivning vilken förordar ett patientcentrerat arbetssätt i syfte att stödja och stärka individen och familjen. Vidare ska ett hälsofrämjande och förebyggande arbete bedrivas, med patientens livsvärld i fokus (Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 7). Detta framhålls även av Dahlberg och

Segesten (2010, ss 126-128) som beskriver att det patientcentrerade arbetssättet, ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, innebär att bedriva vård med livsvärlden som utgångspunkt. Detta innebär att den som vårdar fokuserar på patientens värld och önskar förstå hur hälsa, vårdande, lidande och eventuell sjukdom upplevs samt hur detta påverkar patienten i dennes livssituation. När BVC-sjuksköterskan har ett stödjande och stärkande förhållningssätt, med livsvärlden som grund, kan den nyblivna mamman och familjens egna resurser främjas och på så sätt kan hälsa och välbefinnande uppnås (Dahlberg & Segesten 2010, ss 195-197; Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 10).

Paton, Grant och Tsourtos (2013, s 197) belyser att en förtroendefull och stödjande relation gynnar förutsättningarna för att mammans egna resurser ska stärkas och att mamman ska våga lita på sin förmåga som förälder. När mamman upplever kontroll och klarar av att fatta beslut som rör barnet, kan det bidra till en förbättrad hälsosituation för hela familjen. Det är därför av stor vikt att BVC-sjuksköterskan har ett förhållningssätt som främjar både delaktighet och empowerment hos den nyblivna mamman, då detta gynnar förtroendet mellan BVC-sjuksköterskan och mamman samt stärker mammans egenmakt (Kneck 2013, ss 34-35; Paton, Grant & Tsourtos 2013, s 197; Rautio 2013, s 931). Vidare ska BVC-sjuksköterskans arbetssätt grunda sig i ett holistiskt och etiskt hälsofrämjande perspektiv. Att visa respekt för patientens självbestämmande, integritet och unika person är särskilt viktigt, i synnerhet vid hembesök då det krävs en balans mellan närhet och distans från BVC-sjuksköterskan, för att kunna hantera situationen på ett professionellt sätt (Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 7).

Det ingår även i BVC-sjuksköterskans roll att identifiera de mammor som inte mår bra och hjälpa dem att få rätt stöd och hjälp (Rush 2012, s 324). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) används för att identifiera mammor som visar tecken på postpartumdepression och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 19-22; Svensk Sjuksköterskeförening 2008, s 7).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Ett screeningsinstrument för att upptäcka postpartumdepression hos nyblivna mammor är Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS skapades i slutet av 1980-talet av psykiatern John Cox i samarbete med kollegorna Jeni Holden och Ruth Sagovsky. Det är ett validerat screeningsinstrument med självskattningsskala som används i stora delar av världen (Department of Health, Government of Western Australia 2006, s 158). EPDS är översatt till 57 olika språk i nuläget och validerat på 37 olika språk, med olika "cut-off"-poäng eller gränsvärde (Cox, Holden & Henshaw 2014, ss 27, 29-30).

Nyblivna mammor informeras som regel om EPDS-screeningen vid det första hembesöket som görs av BVC-sjuksköterskan. Själva screeningen görs tidigast 6-8 veckor efter förlossning eftersom tiden dessförinnan till stor del består av att landa i den nya rollen som förälder (Socialstyrelsen 2014, s 96). Screeningformuläret består av 10 frågor (Bilaga 1) och utgår från hur mamman har mått under den senaste veckan. Varje fråga bedöms med 0-3 poäng och kan resultera i totalt 30 poäng. Ju högre poäng desto högre intensitet av depressiva symtom (Pawlby et al. 2008, s 242; Wickberg & Hwang 2003, ss 243-245). Det svenska rekommenderade gränsvärdet ligger på 11-12 poäng, det vill säga behov av en mer utförlig klinisk bedömning föreligger, om mammorna hamnar kring dessa poäng (Department of Health, Government of Western Australia

2006, s 153). Dock kan även en lägre poängsumma indikera depressiva besvär enligt Cox, Holden och Henshaw (2014, s 69). Vissa frågor väger tyngre än andra och uppmärksammar mammans mående gällande rädsla, oro, skuld eller om mamman känt sig panikslagen. Om mamman har sex poäng eller högre på dessa frågor indikerar detta att mamman kan ha ett ångestillstånd. Vid höga poäng på dessa frågor krävs konsultation av barnhälsovårdens psykolog eller läkare (Wickberg 2015). Likaså måste ett positivt svar på sista frågan, som handlar om tankar på att skada sig själv, alltid tas på största allvar och vidare konsultation är nödvändig (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 66).

Vidare betonar Cox, Holden och Henshaw (2014, s 74) att EPDS endast är ett screeninginstrument för postpartumdepression, och att det aldrig kan fastställa en diagnos eller ersätta en klinisk bedömning. EPDS ska utföras av utbildad personal som är van att ta hand mammor som visar tecken på postpartumdepression. Själva EPDS-screeningen ska genomföras utan stress och mamman ska besvara frågorna enskilt, i lugn och ro. BVC-sjuksköterskan avsätter extra tid för att diskutera frågorna och svaren med mamman efter screeningen. Vid höga poäng bokas en ny tid för bedömning snarast och ett uppföljande kliniskt samtal genomförs för att grundligare bedöma om mamman har depressiva symtom. Barnhälsovårdens psykolog har ett nära samarbete med BVC-sjuksköterskan och utför vid behov kliniska bedömningar av mammor som uppvisar tecken på postpartumdepression (Wickberg 2015).

En mamma kan få höga poäng på EPDS vid ett tillfälle, utan att detta behöver betyda att hon har en depression. Likaså kan en mamma med låga poäng på EPDS mycket väl vara deprimerad, men utan att vilja avslöja hur hon mår (Pawlby et al. 2008, s 243). Vid osäkerhet avseende mammans mående rekommenderas att göra en andra EPDS efter några veckor för att bedöma om det fortfarande rör sig om depressiva symtom (Cox, Holden & Henshaw 2014, s 72).

Om en mamma har depressiva besvär är det viktigt att även ta reda på hur den andre föräldern mår, då det föreligger en förhöjd risk att även denne är drabbad (Wickberg 2015). EPDS är även validerat för pappor med samma gränsvärde som för mammor. Däremot tycks den främst fånga upp pappornas stress, oro och känslor av att vara olycklig, snarare än en ren depression (Massoudi, Hwang & Wickberg 2013, ss 70-71; Wickberg 2015). Trots validerade bedömningshjälpmedel för båda föräldrarna, finns en kunskapslucka inom befintlig forskning avseende hur BVC-sjuksköterskor upplever EPDS och det stödjande arbetet.

PROBLEMFORMULERING

Postpartumdepression är ett tillstånd som innebär bland annat sänkt stämningsläge, sömnsvårigheter, minskad självkänsla och svårigheter att klara av vardagssysslor. Postpartumdepression förekommer hos ungefär var åttonde nybliven mamma. En postpartumdepression kan medföra risker för både mamma och barn, såsom påverkan på mammans egen hälsa, negativ påverkan på barnets utveckling, samt problem i parrelationen. Då risk finns att barnet kan påverkas negativt av mammans postpartumdepression är det viktigt att tidigt upptäcka de mammor som befinner sig i riskzonen. Specialistsjuksköterskan på BVC ska arbeta hälsofrämjande, förebyggande

och stödjande. EPDS-screening används som ett led i detta arbete för att identifiera tecken på postpartumdepression. Få studier finns angående hur BVC-sjuksköterskor upplever detta arbete. Det är därför betydelsefullt att undersöka BVC-sjuksköterskornas upplevelser av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor.

SYFTE

Att undersöka BVC-sjuksköterskors upplevelser av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor.

METOD

Föreliggande studie är baserad på analys av semistrukturerade intervjuer med BVC-sjuksköterskor. Med BVC-sjuksköterskor avses sjuksköterska med specialistutbildning till distriktssköterska eller inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, då båda dessa yrkesgrupper arbetar inom barnhälsovård. Intervjuerna analyserades med en induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008, s 111). Nedan följer en mer utförlig beskrivning av studiens metod och tillvägagångssätt.

Ansats

Inom kvalitativ forskning ligger fokus på att studera människans uppfattning och tolkning av den omgivande verkligheten (Backman 2008, s 53). Intervjuer anses vara en lämplig datainsamlingsmetod för att belysa människors upplevelser samt ger möjlighet att fokusera på det specifika område som undersöks (Dahlberg 2014, s 87). Om den tidigare kunskapen om området är begränsat eller om avsikten är att analysera mångfasetterade företeelser inom omvårdnadsområdet, rekommenderas ett induktivt tillvägagångssätt (Elo & Kyngäs 2008, ss 109, 114). Kvalitativa semistrukturerade intervjuer valdes därför som datainsamlingsmetod då författarna önskade få en djupare förståelse för informanternas egna upplevelser och perspektiv (Kvale & Brinkmann 2014, s 41).

Urval

Utifrån ett tillgänglighetsurval erbjöds sammanlagt nio BVC-sjuksköterskor från två familjecentraler inom olika stadsdelar i Jönköping, med skiftande socioekonomiska förhållanden, att delta i studien (Patel & Davidson 2011, s 59). Inklusionskriterier för att delta var minst ett års erfarenhet av arbete inom barnhälsovård samt specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska eller hälso- och sjukvård med inriktning mot barn och ungdomar även kallat barnsjuksköterska. Två BVC-sjuksköterskor exkluderades eftersom de endast tjänstgjorde halvtid på de utvalda familjecentralerna. En BVC-sjuksköterska avböjde att delta på grund av personliga skäl. Detta resulterade i sammanlagt sex BVC-sjuksköterskor som deltog i studien, varav fyra var barnsjuksköterskor och två distriktssköterskor. Informanternas ålder sträckte sig mellan 41-56 år. Antal år som BVC-sjuksköterska sträckte sig mellan 4-19 år (Tabell 1).

Tabell 1

Intervjuperson	Antal år som BVC-ssk	Utbildning	Ålder
1	6 år	Barnsjuksköterska	47
2	4 år	Barnsjuksköterska	41
3	6 år	Barnsjuksköterska	54
4	19 år	Distriktssköterska	56
5	9 år	Distriktssköterska	50
6	8 år	Barnsjuksköterska	44

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer med BVC-sjuksköterskor på deras arbetsplats, i ostörd miljö. Målet var att båda författarna skulle medverka vid samtliga intervjuer, i så stor utsträckning som möjligt, då ingen av författarna hade erfarenheter av liknande intervjusituationer. Båda författarna medverkade därför vid fyra av sex intervjuer och utförde varsin enskild intervju. Vid de gemensamma intervjuerna var en av författarna huvudansvarig för att leda intervjun. Cirka en vecka innan intervjuerna fick informanterna ett informationsbrev och samtyckesformulär (Bilaga 2, 3) via e-mail. Samtyckesformuläret undertecknades i samband med intervjun. Informanterna fick även i samband med intervjun muntlig information om studiens syfte samt hur resultatet kommer att redovisas.

Som underlag för intervjuerna upprättades en intervjuguide innehållande intervjufrågorna samt följdfrågor. Frågorna var semistrukturerade och gav informanterna möjlighet att med egna ord berätta om sina upplevelser (Polit & Beck 2013, s 290). Huvudfrågan som ställdes var "Skulle du kunna berätta om en situation där du upplevde att du gav stöd i samband med EPDS-screening?" Därefter ställdes följdfrågorna "Kan du beskriva hur stödet kan se ut?", "Hur ser du på dina möjligheter att stödja dessa mammor?" och "Hur ser dina möjligheter ut till att få någon form av eget stöd i samband med detta arbete?". För att få BVC-sjuksköterskorna att vidareutveckla sina svar ställdes sonderande frågor (Kvale & Brinkmann 2014, ss 176-177). Intervjuerna spelades in med digital hjälp och transkriberades därefter ordagrant. Texterna lästes igenom av författarna ett flertal gånger, för att få en helhetsförståelse av innehållet i intervjuerna (Elo & Kyngäs 2008, s 109). Längden på intervjuerna varierade mellan 20-45 minuter.

Förförståelse

Förförståelse beskrivs som den bild som forskaren har av den företeelse som studeras. Den innehåller bland annat tidigare erfarenheter och teoretisk kunskap men även förutfattade meningar (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s 197). Förförståelsen är många gånger en viktig del av forskarens motivation gällande att studera ett visst tema eller fenomen (Malterud 2014, s 48). Författarnas kunskap kring BVC-sjuksköterskors

upplevelse av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor var begränsad. Innan intervjuerna genomfördes skrev båda författarna den förståelse som fanns, i syfte att medvetandegöra den och på så sätt lättare kunna tygla den under analysprocessen (Dahlberg 2014, s 73).

Dataanalys

Data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs med induktiv ansats (2008, ss 107-114). I steg ett läste författarna igenom datamaterialet flertalet gånger för att få en helhetsförståelse av BVC-sjuksköterskans upplevelser av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor. Därefter identifierades meningar och stycken som svarade på syftet. I steg två skrevs textnära koder i marginalen på varje intervju. Därefter grupperades koderna utifrån likheter och skillnader. I steg tre analyserades koderna och mönster framträdde. Exempel från analysprocessen presenteras i Tabell 2.

Tabell 2

Meningsbärande enhet	Koder	Underkategori	Kategori
...det är jättebra att vi gör det, för det kan vara någon som verkar glad och man har inte misstänkt någonting och så fyller dem i och får <u>jättehöga</u> poäng och blir jätteledsna här och bara... så att man kan bli väldigt förvånad.	Jättebra att vi gör detta. Kan bli väldigt förvånad om mamman verkar glad och sen får jättehöga poäng.	Fångar upp de mammor som mår dåligt	Stödjer ett bra vårdsamtal

Analysprocessen resulterade i tio underkategorier och tre huvudkategorier (Elo & Kyngäs 2008, ss 110-111). De tre huvudkategorier som framkom var: *Stödjer ett bra vårdsamtal*, *Förutsättningar för att kunna ge stöd med EPDS* och *Utmaningar i det stödjande arbetet*. Underkategorier och huvudkategorier presenteras i Tabell 3.

Tabell 3

Underkategorier	Huvudkategorier
Öppnar upp för samtal och förtroende	Stödjer ett bra vårdsamtal
Stärker och bekräftar mamman i föräldrarollen	
Fångar upp de mammor som mår dåligt	
BVC-sjuksköterskan upplever arbetet stimulerande och utvecklande	Ger förutsättningar för att stödja med EPDS
Behov av fortbildning	
Behov av stöd från teamet	
Medvetenhet om EPDS begränsningar	
Upplevelser av tidsbrist	BVC-sjuksköterskorna upplever utmaningar i det stödjande arbetet
Kulturella och språkmässiga aspekter	
Att använda EPDS som stöd även för pappor	

Etiska överväganden

Enligt riktlinjer från Högskolan i Borås inhämtades ett skriftligt tillstånd avseende BVC-sjuksköterskornas deltagande i studien, från verksamhetschefen för barnhälsovården i Jönköpings sjukvårdsområde (Bilaga 4). Frånsett detta behövdes inget etiskt godkännande av föreliggande studie (Akademin för vård, arbetsliv och välfärd 2015, s 2). Grundläggande etiska överväganden gjordes ändå, enligt Vetenskapsrådets fyra övergripande etiska krav. Informanterna fick muntlig och skriftlig *information* om studiens syfte samt hur resultatet kommer att redovisas. Även information om *frivilligt* deltagande gavs, varpå ett samtyckesformulär undertecknades av informanterna i samband med intervjuerna. Avseende *konfidentialitet* upplystes informanterna om att alla uppgifter som framkommer under intervjustudien avidentifieras och kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att ingen information ska kunna härledas till en enskild informant samt att inga utomstående får ta del av uppgifterna. Personuppgifter hanteras med försiktighet och författarna har tystnadsplikt. Det fjärde kravet rörande *nyttjande* innebär att insamlade uppgifter gällande enskilda personer enbart får användas i forskningssyfte, vilket författarna klargjorde för informanterna i den skriftliga informationen (Patel & Davidson 2011, ss 62-64).

RESULTAT

Stödjer ett bra vårdsamtal

Öppnar upp för samtal och förtroende

BVC-sjuksköterskorna beskriver att EPDS kan vara början till en förtroendefull relation där BVC-sjuksköterskan och mamman kommer varandra närmare. BVC-sjuksköterskorna beskriver att EPDS-samtalet fungerar som en inkörsport till att de lär känna varandra bättre. Detta mycket på grund av att mer tid är avsatt och att mamman själv fick fylla i formuläret och berätta med egna ord. Vidare upplever BVC-sjuksköterskorna i studien att mammorna vågar öppna upp och anförtro sig samt att mammorna blir lättade av att få prata av sig. Bara genom att lyssna och finnas där för mammorna, upplever BVC-sjuksköterskorna att de gör nytta. BVC-sjuksköterskorna uttrycker även en tillfredsställelse över att mammorna känner förtroende för dem. De lägger stor vikt vid att vara mottagliga för det som kommer upp i EPDS-samtalet, både relaterat till mammans mående men även lyhörddhet gällande exempelvis hur mycket hjälp mammorna vill ha.

Stärker och bekräftar mamman i föräldrarollen

Med EPDS som grund upplever BVC-sjuksköterskorna att de kan stärka och bekräfta mammorna i deras föräldraroll. BVC-sjuksköterskorna ser det som en av barnhälsovårdens främsta uppgifter att stärka mammor i deras föräldraroll. BVC-sjuksköterskorna beskriver att de kan lugna mammorna genom att förklara att deras känslor är normala och på så sätt dämpa mammornas känsla av otillräcklighet i samband med föräldrarollen.

” [...] Och kanske också att man kan säga att, så här kan det vara. Det behöver inte vara att man är sjuk eller att det är onormalt, utan det kan vara såhär... men oftast går det över men att man behöver få prata, antingen med mig eller nån annan då. Och det kan kännas lugnande tror jag, att veta det.”

Vidare upplever BVC-sjuksköterskorna att det är viktigt att få mammorna att känna att det är okej att tycka att det är jobbigt att vara mamma ibland. BVC-sjuksköterskorna lägger stor vikt vid att vara tillåtande och ger bekräftelse på att de inte är dåliga mammor bara för att de känner att det är jobbigt ibland. BVC-sjuksköterskorna berättar att de till stor del stärker och bekräftar mammorna, med utgångspunkt i screeningfrågorna, genom att få dem att själva reflektera över deras egen situation. På detta sätt kan de lyfta mammorna genom att få dem att fokusera på det som är positivt.

Fångar upp de mammor som mår dåligt

BVC-sjuksköterskorna beskriver vidare att det känns tryggt att använda EPDS som hjälpmedel eftersom de är tveksamma till om de hade fångat upp mammans mående annars. BVC-sjuksköterskorna beskriver att EPDS underlättar själva samtalet och får dem att ställa frågor de aldrig skulle ha ställt annars, med följderna att mammans mående inte skulle ha uppdagats. Ytterligare en fördel med EPDS, som framkommer i intervjuerna, är att det hjälper till att fokusera enbart på mammans mående, istället för

barnets. På så sätt kan mammans mående tydliggöras på ett bättre sätt, då det blir mer ”svart på vitt” när mamman själv skrivit ner svaren.

BVC-sjuksköterskorna beskriver att EPDS fångar upp de mammor som mår dåligt, både dem som BVC-sjuksköterskorna redan misstänkt men även de mammor som utåt sett har verkat glada. Detta kan ibland komma som en överraskning för BVC-sjuksköterskorna.

”[...] det var ett sånt där klassiskt fall som jag sa, där jag absolut inte förväntade mig höga poäng, utan det här var en mamma som utåt sett var väldigt välfungerande och...glad och så, men det visade sig att det inte alls var så.”

Ger förutsättningar för att stödja med EPDS

BVC-sjuksköterskan upplever arbetet stimulerande och utvecklande

BVC-sjuksköterskorna upplever att EPDS är en givande och intressant del i arbetet. De uppger att de gillar samtalet och att de är genuint nyfikna på hur mammorna mår. BVC-sjuksköterskorna ger även uttryck för att EPDS är spännande, roligt och rent av jättekul. De beskriver vidare att de får en härlig känsla när de märker att mamman mår bättre, en form av tillfredsställelse. Vidare upplevs EPDS som både utmanande och stimulerande för BVC-sjuksköterskorna. De berättar att de upplever att det är utvecklande samt beskriver att de hela tiden lär sig nya saker, framför allt om mammorna de möter. EPDS-samtalet upplevs berikande eftersom de träffar många olika kvinnor och lär sig mycket om deras sätt att tänka och fungera.

Behov av fortbildning

BVC-sjuksköterskorna uppger att de ibland kan känna sig otillräckliga i samband med EPDS och stödjande samtal, avseende sin yrkesmässiga kompetens. De berättar att det var svårt att göra EPDS-screening och det efterföljande samtalet i början, men att det blivit lättare sedan de fått mer erfarenhet. Det upplevs då lättare på grund av att de fått ökad kunskap kring hur frågorna ska ställas, samt att de blivit bättre på att läsa mellan raderna och öppna upp samtalet kring hur mammorna har fyllt i svaren. BVC-sjuksköterskorna berättar att det finns uppföljande utbildningar att gå på gällande EPDS och samtalsmetodik, dock hinns detta inte alltid med. Detta är något de känner behov av, i syfte att diskutera vad de gör och varför.

Behov av stöd från teamet

Det upplevs som en trygghet att kunna slussa mammorna vidare till andra professioner när den egna kompetensen känns begränsad.

”[...] Vi har ju en backup om jag känner att jag inte räcker till [...] och då känns det ju inte så jobbigt...skulle allt vila hos mig, skulle jag känna...det skulle ju kännas jättejobbigt...”

BVC-sjuksköterskorna har ett nära samarbete med de socionomer som finns på familjecentralerna, men även ett gott samarbete med barnhälsovårdens psykolog och spädbarnsenheten. BVC-sjuksköterskorna ser emellertid sina egna kollegor som sitt

främsta bollplank och stöd. Både när det kommer till hur de hanterar EPDS rent praktiskt men också gällande att få prata av sig samt få kollegornas syn på situationen. Däremot finns ingen avsatt tid för detta, vilket gör att detta ibland får prioriteras bort.

Medvetenhet om EPDS begränsningar

BVC-sjuksköterskorna beskriver att de ibland kan undra om mammans svar verkligen stämmer, och upplever att en del mammor inte är helt ärliga i sina svar. BVC-sjuksköterskorna berättar att de litar på hur mammorna har skattat sitt mående men den fullständiga bedömningen av mammans mående, grundar sig även på den kliniska bedömning som BVC-sjuksköterskan utför.

"[...] en del kanske inte alltid fyller i som dom känner...och då är det ju svårt också... Mmm ja för man måste ju ändå lita på det som står där men ibland kan man känna att "är det verkligen så här bra?" och då får man ju försöka fråga och följa upp ändå, och man går lite på magkänslan och inte bara går strikt efter pappret".

BVC-sjuksköterskorna upplever att de ibland går mer på magkänslan än på poängsumman, och betonar att de nästan blir mer orolig när mamman bara kryssat i nollor, eftersom detta väcker funderingar kring om det verkligen är så bra som mamman ger uttryck för.

BVC-sjuksköterskorna upplever utmaningar i det stödjande arbetet

Upplevelse av tidsbrist

BVC-sjuksköterskorna upplever tidsbrist som ett hinder för att kunna samtala med och stödja mammorna i tillräckligt hög grad. Den avsatta tiden för EPDS har minskat jämfört med hur det var tidigare, och BVC-sjuksköterskorna upplever att besöken måste "klämmas ihop" för att hinna med. Det blir då tidspressat eftersom de ska hinna göra kontrollerna på barnet också. Vidare betonar BVC-sjuksköterskorna vikten av att kunna vara "här och nu" i samtalet och att inte ge ett stressat intryck, vilket upplevs svårt när tiden för besöket inte räcker till.

"[...] men jag hade nog önskat det där vi pratade om med luft i schemat, det kan man ju ha under vissa perioder, men ibland så har man ingen luft och då är det inte så lätt. Då blir det ju lätt att man kanske nallar på sin rast eller på sin lunch, men det får... det ska vi ju egentligen inte. För jag måste ju också må bra...för att kunna möta dom här kvinnorna".

Flexibilitet i schemat är ett önskemål som BVC-sjuksköterskorna ger uttryck för, exempelvis för att kunna göra ett extra hembesök hos en familj som behöver särskilt stöd. En ökad flexibilitet skulle kunna ge större möjligheter att fokusera på och avsätta mer riktad tid till dem som verkligen behöver det.

Kulturella och språkliga aspekter

EPDS-samtalet kan ge BVC-sjuksköterskan insikt om andra kulturers syn på hur det är att bli mamma och vilka förväntningar som kan finnas angående praktisk hjälp och stöttning under den första tiden. BVC-sjuksköterskorna kan känna en frustration över exempelvis en partners oförmåga att inse mammans behov av stöttning och upplever att nyblivna mammor från andra kulturer kan känna sig ensamma och utlämnade.

"[...] Men om man till exempel kommer från, nu säger jag Syrien men det kan vara lite var som helst, så kanske man har mamma, farmor, alltså att de här kommer och stöttar upp, men här kan du vara helt själv."

BVC-sjuksköterskorna beskriver att det i vissa fall kan vara svårt att förstå varandra när mamman ska ge uttryck för sina känslor på svenska, då detta inte är hennes modersmål. Detta kan medföra en ökad risk att missa att mamman mår dåligt. Vidare kan screeningfrågorna uppfattas som relativt lika, och skillnaderna mellan de olika frågorna fångas inte alltid tillräckligt bra i de översatta versionerna, enligt BVC-sjuksköterskorna. Detta medför att BVC-sjuksköterskan ofta får förklara och förtydliga innebörden av frågorna. Något som också kan upplevas som svårt är när det finns tolkbehov i samband med EPDS-samtal. Det blir då svårare för mamman att uttrycka vad hon känner när en tolk finns närvarande som tredje part och direktkontakten går förlorad.

Att använda EPDS som stöd även för pappor

BVC-sjuksköterskorna upplever att det känns fel att endast fråga efter mammans välmående eftersom de är lika måna om båda föräldrarna. De är därför noga med att fråga pappan om hans mående, antingen i samband med hembesöket eller vid besök på BVC. De upplever även att det kan kännas konstigt att be pappan att gå ut med barnet i samband med mammans EPDS, då det kan signalera att pappan inte är lika viktig. BVC-sjuksköterskorna beskriver situationer där pappor mått dåligt, och för att ha något att utgå från har ibland EPDS-screening gjorts även på dem. BVC-sjuksköterskorna uttrycker därför att det skulle vara bra om det fanns tydliga riktlinjer och ett bedömningshjälpmedel motsvarande EPDS även för pappor, då deras upplevelse är att nedstämdhet och depressionsbesvär även drabbar pappor. På en av familjecentralerna har denna fråga lyfts på utvecklingsenheten, efter önskemål från BVC-sjuksköterskorna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Till denna studie valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats, eftersom det gav möjlighet att undersöka BVC-sjuksköterskornas upplevelser utifrån deras eget perspektiv. Då den tidigare forskningen gällande BVC-sjuksköterskors upplevelser av att använda EPDS för att stödja nyblivna mammor var begränsad, bedömdes den induktiva ansatsen vara lämplig, enligt Elo och Kyngäs (2008, ss 109, 114). Då båda författarna var ovana vid att genomföra intervjuer bearbetades litteratur angående

intervjuteknik och ämnesområdet för att vara bättre förberedda (Kvale & Brinkmann 2014, ss 31-32; Dahlberg 2014, s 88).

Författarna såg både för- och nackdelar med att båda hade medverkat vid flertalet av intervjuerna. Fördelen var att en ökad förståelse av intervjun och känslan i samtalet erhöles, samt att det ingav en trygghet i form av stöd från medförfattaren. Nackdelar som ses med valt intervjuförfarande var, att det blev tidskrävande men framförallt att den uttalade gängse normen i kvalitativa intervjuer, är att det endast är två personer närvarande, en intervjuare och en informant (Kvale & Brinkmann 2014, s 77). Även Dahlberg (2014, s 93) konstaterar att den bästa förutsättningen för koncentration och känsla av närvaro i intervjusituationen, ges då endast två personer är närvarande. Vidare menar Dahlberg (2014, s 87) emellertid att samarbete i intervjusituationen kan vara ett gott alternativ, i en studie baserad på intervjuer. Avsikten var att båda författarna skulle medverka vid samtliga intervjuer, detta föreföll sig inte vara möjligt, varpå varsin enskild intervju genomfördes. För att minimera risken att informanten skulle uppleva sig vara i underläge och därmed obekvämt, var endast en av författarna aktiv under intervjun och den som ställde frågorna. Detta i likhet med Dahlberg (2014, s 90) som beskriver att det är viktigt att intervjuaren får informanten att känna sig bekväm och trygg under intervjun för att denne ska vilja berätta öppet och dela med sig av egna erfarenheter. Trots att båda författarna medverkat vid flertalet av intervjuerna, uppfattades inga tecken på att informanterna skulle känna sig obekväma eller på annat sätt vara ovilliga att dela med sig av sina erfarenheter.

Inom kvalitativ forskning används begreppen tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet och delaktighet, för att ta reda på resultatets trovärdighet (Lundman och Hällgren Graneheim 2012, ss 197-198). Författarna har arbetat gemensamt genom hela analysprocessen, samt varit väl insatta i samtliga intervjuer för att undvika att viktig information förbises. I de fall då texten upplevts tvetydig har författarna gemensamt resonerat kring vad som avses, för att försöka finna den egentliga innebörden. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s 198) bör detta öka tillförlitligheten i resultatet. De underkategorier och kategorier som presenteras i resultatet överensstämmer med datamaterialet, vilket stärker resultatets giltighet då resultatet beskriver det som är ämnat att beskrivas. Gemensam reflektion samt granskning av koder, underkategorier och kategorier gjordes upprepade gånger för att försäkra sig om att datamaterialet tolkats på ett så riktigt sätt som möjligt, efter författarnas förutsättningar. Även handledaren har följt processen och förvissat sig om att analysen och det slutgiltiga resultatet är baserat på datamaterialet. Likaså har tillvägagångssättet gällande urval av informanter betydelse för resultatets giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss 197-198).

Ett tillgänglighetsurval gjordes utifrån två familjecentraler, belägna i två socioekonomiskt olika stadsdelar. Inom ramen för en magisteruppsats bedömdes ett tillgänglighetsurval vara lämpligt då de ekonomiska eller tidsmässiga förutsättningarna begränsar möjligheten att välja individer helt fritt. Viktigt att ha i beaktande med denna form av urval är att forskaren då inte kan utgå från att resultaten gäller för andra grupper än de som undersökts (Patel & Davidson 2011, s 59). Urvalet i denna studie speglar dock ett bredare perspektiv då familjecentralerna var belägna i stadsdelar med skiftande socioekonomisk kontext.

Resultatet i denna studie påvisar BVC-sjuksköterskors upplevelser kring användning av EPDS, inom svensk barnhälsovård. Resultatet illustrerar det stödjande arbete som BVC-sjuksköterskorna utför, med EPDS som utgångspunkt, och vilka förutsättningar och utmaningar som finns i samband med detta arbete. Då EPDS är ett validerat instrument, som är översatt till många olika språk och används i ett stort antal länder, kan resultatet vara överförbart även utanför Sverige. Oavsett om det är BVC-sjuksköterskor eller annan vårdpersonal som utför EPDS-samtalet och det efterföljande stödjande arbetet, borde denna studies resultat vara användbart. Detta kan anses stärka denna studies överförbarhet. Den slutgiltiga bedömningen av överförbarheten gör dock läsaren, genom att granska den beskrivning som finns avseende urval, datainsamling, analys samt de omständigheter som omger studien (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s 198).

Slutligen påverkas studiens trovärdighet även av huruvida författarna är delaktiga i studien. Då detta är en intervjustudie är delaktigheten given genom att det blir ett samspel under intervjuerna, där författarna är med och skapar texten. Det kan inte helt uteslutas att författarnas egna kroppspråk och verbala reaktioner kan ha inverkat som antingen positiv eller negativ förstärkning av informanternas svar (Kvale & Brinkmann 2014, s 214). Resultatet kan därför inte betraktas som oberoende av författarna (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s 199).

Resultatdiskussion

EPDS underlättar för samtal

I resultatet framkommer att BVC-sjuksköterskorna i vissa fall blir överraskade av en hög poängsumma, när de i själva verket hade uppfattningen att mamman mår bra. Detta gör att de känner trygghet i att använda EPDS, då de annars riskerar att missa en del mammor som håller skenet uppe trots att de mår dåligt. Att BVC-sjuksköterskorna ibland blir förvånade över resultatet bekräftar att EPDS är en hjälp i det stödjande arbetet och kan även tyda på att BVC-sjuksköterskorna har ett öppet och följsamt förhållningssätt. Detta förhållningssätt handlar, enligt Dahlberg och Segesten (2010, s 186), om en förmåga att kunna bli överraskad i samtalet. Därav är ett öppet och följsamt förhållningssätt mot andra människor och deras livssituation betydelsefullt i det stödjande arbetet.

Vidare upplever BVC-sjuksköterskorna att EPDS underlättar samtalet med mammorna, då det hjälper till att öppna upp samtal som kan beröra svåra och jobbiga områden för mamman. Denna uppfattning delas av Rush (2012, s 325), som beskriver att EPDS upplevs som användbart då det hjälper till att inleda en dialog med mamman, och ger mamman tillfälle att berätta hur hon mår och hur hon har det. BVC-sjuksköterskorna lägger även stor vikt vid att vara mottagliga för det som mammorna berättar, men också vid att vara lyhörda för hur mycket hjälp eller stöd mammorna vill ha. I en studie av Jarosinski och Pollard (2014, s 194) framkommer att nyblivna mammor kan uppleva det som påträngande att BVC-sjuksköterskor exempelvis ringer hem och vill komma på besök. I kontrast till detta menar Rautio (2013, s 930) att stöd i tidigt skede i form av hembesök är betydelsefullt, eftersom BVC-sjuksköterskan besitter en bred kunskap inom föräldraskap och barnrelaterade frågor samt har en önskan att lyssna och ge stöd.

Att vara lyhörd inför hur mycket stöd en mamma behöver och vill ta emot, framhålls av BVC-sjuksköterskorna i denna studie som en viktig aspekt i deras stödjande arbete. I likhet med detta beskriver Cox, Holden och Henshaw (2014, s 43) att mammor känner sig bekräftade och de depressiva symtomen minskade när de kände att de blev lyssnade på och när de kunde prata i förtroende med BVC-sjuksköterskan. Detta bekräftas i resultatet då BVC-sjuksköterskorna upplever att de gör nytta enbart genom att lyssna och vara mottagliga för det som mamman berättar, då detta gör att mamman känner sig lättad.

BVC-sjuksköterskorna känner en otillräcklighet i samband med EPDS-samtal

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna kan känna sig otillräckliga i samband med EPDS-samtal, gällande sin yrkesmässiga kompetens. Det kan betyda stor skillnad för mammornas välbefinnande om de får tillräckligt med stöd, då stödjande samtal från BVC-sjuksköterskor har visat sig ha god effekt på depressionsbesvär hos nyblivna mammor (Glavin, Smith, Sørum & Ellefsen 2010, s 1323). Massoudi belyser (2011, s 25) att de sjuksköterskor som har regelbunden tillgång till handledning ger stödjande samtal i högre utsträckning, än de som inte har denna möjlighet. BVC-sjuksköterskorna berättar att de känner behov av att medverka vid uppföljande utbildningar som erbjuds gällande EPDS, men att det kan vara svårt att hinna med. BVC-sjuksköterskorna upplever även tidsbristen som ett hinder för att kunna samtala med och stödja mammorna i tillräckligt hög grad. I tillägg till detta beskriver BVC-sjuksköterskorna att den avsatta tiden för EPDS-samtal har minskat de senaste åren, vilket enligt författarna kan bidra till en pressad arbetssituation. Vidare utgör tidsbristen ett hinder för att BVC-sjuksköterskorna ska kunna vara närvarande i samtalet utan att ge ett stressat intryck. Rush (2012, s 326) beskriver i likhet med detta att tidsbrist kan försämra möjligheterna att stödja mammorna, då tiden för varje besök är begränsad. Detta blir speciellt påtagligt om en mamma oväntat bryter samman under ett besök.

I föreliggande studies resultat framkommer önskemål om flexibilitet i schemat, exempelvis för att kunna göra extra hembesök hos familjer i behov av särskilt stöd. Detta då en ökad flexibilitet skulle kunna ge större möjligheter att fokusera på och avsätta mer riktad tid till dem som verkligen behöver det. Flexibilitet framhålls av Belle och Willis (2013, s 158) som önskvärt, då tidsbristen i samband med inbokade besök ställer krav på kreativa lösningar för att stödja och hjälpa mammorna i tillräckligt hög utsträckning. Även Rush (2012, ss 324-325) belyser värdet av att ha flexibilitet i planeringen eftersom uppföljningssamtal eller eventuella extra hembesök kan behöva göras med kort varsel.

Kulturella perspektiv

I resultatet framkommer att EPDS-samtalet ger BVC-sjuksköterskorna en djupare kunskap om andra kulturers syn på hur det är att bli mamma. Då BVC-sjuksköterskorna möter mammor från många olika kulturer ökar förståelsen för de olika förväntningar mammorna kan ha gällande stöd och hjälp under nyföddhetstiden. I resultatet framgår att det finns en diskrepans mellan förväntningar angående praktisk hjälp och stöttning under den första tiden och den faktiska situationen för mammorna i Sverige. Detta är något som bekräftas i Goyal, Ta Park och McNiesh (2015, s 260) studie, där resultatet

visar att om mammorna fått barn i sitt hemland, hade de fått mer stöd och hjälp från familj och vänner. Även Leahy-Warren, McCarthy och Corcoran (2012, s 393) betonar betydelsen av stöd från den egna familjen i samband med nyföddhetstiden, och framhåller att lägre grad av socialt stöd innebär ökad risk för postpartumdepression.

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskorna upplever att nyblivna mammor från andra kulturer kan känna sig ensamma och utlämnade. Detta bekräftas i en aktuell studie av Shafiei, Small och McLachlan (2015, s 673) där nyanlända afghanska mammor i Australien, beskriver känslor av ensamhet och isolering, som de huvudsakliga orsakerna till att de känner sig deprimerade. Vidare beskriver Shafiei, Small och McLachlan (2015, s 674) att mammorna saknar socialt och känslomässigt stöd. Även Socialstyrelsen (2014, s 95) framhåller isolering till följd av annan kulturell bakgrund, avsaknad av socialt stöd samt traumatiska händelser i mammans liv som risker kopplade till depressiva besvär. BVC-sjuksköterskorna behöver vara medvetna om dessa faktorer då avsaknad av socialt stöd beskrivs som en stor bidragande faktor till nyblivna mammors nedstämdhet (Belle & Willis 2013, s 157). I likhet med detta beskriver Haga, Lynne, Slinning och Kraft (2012, s 461) att stöd från nära familj och vänner kan bidra till välbefinnande hos den nyblivna mamman. Resultatet visar vikten av att få stöd av sin familj och vara del i ett sammanhang, för att minska känslor av ensamhet och isolering. Detta kan kopplas till att mammor med depressiva besvär efter förlossningen upplever en sämre känsla av sammanhang (Kerstis et al. 2013, s 236).

I kontrast till detta, belyser Shafiei, Small och McLachlan (2015, s 674), att det kan upplevas stressande i de fall då nära släktingar finns tätt inpå den nyblivna familjen. Även Lam, Wittkowskic och Fox (2012, s 111, 113) beskriver konflikter kopplade till närståendes engagemang i familjen, i synnerhet om de nyblivna föräldrarna är mer integrerade i det nya samhället och kulturen än de nära släktingarna. Kulturella attityder och traditioner kan således medföra meningsskiljaktigheter mellan den nyblivna mamman och de närstående, vilket kan öka påfrestningen för mamman. Detta belyses även av Dahlberg och Segesten (2010, s 121), då närstående i vissa fall kan ha en negativ inverkan på mammans välmående istället för den positiva effekten som det sociala stödet kan utgöra. I likhet med detta visar denna studies resultat att närvaro av familj inte nödvändigtvis utgör ett gott stöd för mamman.

Avsaknad av riktlinjer för pappor

Resultatet påvisar att BVC-sjuksköterskorna upplever en avsaknad av tydliga riktlinjer gällande att upptäcka nedstämdhet hos pappor, då de uppmärksammat att depressionsbesvär även drabbar dem. EPDS är validerat för pappor men med vissa begränsningar, då det i dagsläget inte finns tillräckligt med erfarenhet för att rutinemässigt screena papporna. Dock kan EPDS-frågorna ligga till grund för ett samtal med papporna (Socialstyrelsen 2014, s 96; Massoudi, Hwang & Wickberg 2013, ss 70-71). Kerstis (2015, s 56) framhåller vikten av att göra screening på båda föräldrarna, då mammans och pappans depressiva symtom ofta är förknippade med varandra. BVC-sjuksköterskor behöver ha kunskap om att depression kan drabba båda föräldrarna under nyföddhetsperioden, då detta kan påverka hela familjen (Letourneau et al. 2012, s 74). Trots att BVC-sjuksköterskorna träffar papporna sällan, lägger de stor vikt vid att fråga hur papporna mår när de väl träffas. Detta visar att BVC-sjuksköterskorna är

intresserade av och lyhörda för pappans mående och behov, vilket Dahlberg och Segesten (2010, ss 184-185) lyfter fram som en förutsättning för att kunna ha ett öppet och följsamt förhållningssätt. Detta kan ur ett vårdvetenskapligt perspektiv tyda på att BVC-sjuksköterskorna i denna studie har ett öppet förhållningssätt gentemot båda föräldrarna och ser till familjens bästa.

Slutsats

EPDS är användbart på flera sätt för att stödja nyblivna mammor. Det fångar upp mammor som mår dåligt, underlättar ett stödjande samtal och kan bidra till att en förtroendefull relation utvecklas mellan BVC-sjuksköterskan och mamman. BVC-sjuksköterskorna upplever EPDS som en stimulerande och lärorik del av arbetet, och kan vara till hjälp i det hälsofrämjande, förebyggande och stödjande arbetet. En förutsättning för att genomföra arbetet, är dock att erhålla stöd från teamet samt fortbildning inom EPDS. Detta är inte alltid möjligt på grund av tidsbrist. Tidsbrist kan tillsammans med kulturella och språkmässiga aspekter ses som utmaningar i BVC-sjuksköterskornas stödjande arbete. Slutligen ses ett behov av riktlinjer kring hur BVC-sjuksköterskorna kan upptäcka och stödja pappor som visar tecken på depressiva besvär.

Kliniska implikationer

- EPDS är ett fungerande hjälpmedel i BVC-sjuksköterskans stödjande arbete, dock ersätter det inte en klinisk bedömning. Behovet av fortbildning och tillräckligt med avsatt tid bör tas i beaktande.
- I takt med att samhället blir mer mångkulturellt, ses ett ökat behov av kunskap kring olika kulturers syn på föräldraskap och vilka förväntningar som finns under nyföddhetsperioden, för att kunna stödja mammorna på bästa sätt. Genom att exempelvis skapa forum där BVC-sjuksköterskor från olika familjecentraler kan mötas, ges möjlighet att diskutera dessa frågor samt utbyta kunskap och erfarenheter med varandra. Detta kan även bidra till en hållbar samhällsutveckling då det kan leda till både ny kunskap och ökad förståelse för varandra och samhället i stort.
- Vidare forskning behövs gällande riktlinjer avseende upptäckt av depressiva symtom hos pappor.

REFERENSER

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. (2015). *Riktlinjer för examensarbete på magisternivå - i huvudområdet vårdvetenskap*: Högskolan i Borås. 10 s.

Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R.P & Feldman, R. (2013). Impact of Maternal Depression Across the First 6 Years of Life on the Child's Mental Health, Social Engagement, and Empathy: The Moderating Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry* 170(10), ss. 1161-1168.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur. 212 s.

Belle, M.-J. & Willis, K. (2013). Professional practice in contested territory: Child health nurses and maternal sadness. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 43(2), ss. 152-161.

Cox, J. L., Holden, J. & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health : the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: RCPsych Publications. 191 s.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur. 203 s.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur. 319 s.

Department of Health, Government of Western Australia. (2006). *Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Translated into other languages than english*. Perth, Western Australia. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Gov%20Western%20Australia%20Dept%20Health.pdf>. [2015-09-04].

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), ss. 107-115.

Glavin, K., Smith, L., Sørum, R. & Ellefsen, B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartumdepression. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), ss. 1317-1327.

Goyal, D., Van Ta, P. & McNiesh, S. (2015). Postpartumdepression. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* 40(4), ss. 256-261.

Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci* 26(3), ss. 458-466.

Hälso- och sjukvårdslag. (1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

Ikeda, M., Hayashi, M. & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartumdepression. *Attachment & Human Development* 16(6), ss. 557-572.

Jarosinski, J. M. & Pollard, D. L. (2014). Postpartumdepression: Perceptions of a Diverse Sample of Low-Income Women. *Issues in Mental Health Nursing* 35(3), ss. 189-197.

Josefsson, A. & Lilliecreutz, C. (2014). Psykisk sjukdom i samband med graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Maršál K. & Westgren, M. (red). *Obstetrik*. Lund, Studentlitteratur, ss. 457-463.

Kerstis, B. (2015). *Depressive symptoms among mothers and fathers in early parenthood*. Diss: Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. urn:nbn:se:uu:diva-237060.

Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(3), ss. 233-239.

Kneck, Å. (2013). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur, ss 17-39.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. 412 s.

Lam, E., Wittkowski, A. & Fox, J. R. E. (2012). A qualitative study of the postpartum experience of Chinese women living in England. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 30(1), ss. 105-119.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs* 21(3-4), ss. 388-397.

Letourneau, N., Tryphonopulos, P. D., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Benzies, K., Dennis, C.-L. & Jaschko, J. (2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartumdepression. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 26(1), ss. 69-80.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund, Studentlitteratur, ss. 187-201.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur. 286 s.

Massoudi, P. (2011). *Support by Swedish child health nurses to distressed mothers and fathers - methods, practicoices and attitudes*. Lic.-avh. University of Gothenburg.

Massoudi, P., Hwang, C. P. & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 149(1-3), ss. 67-74.

Murray, L., Arceche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(5), ss. 460-470.

O'Higgins, M., Roberts, I., Glover, V. & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health* 16(5), ss. 381-389.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur. 145s.

Paton, L., Grant, J. & Tsourtos, G. (2013). Exploring mothers' perspectives of an intensive home visiting program in Australia: A qualitative study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 43(2), ss. 191-200.

Pawby, S., Sharp, D., Hay, D. & O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders* 107(1-3), ss. 241-245.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins. 473s

Rautio, S. (2013). Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(4) 927-934 928p.

Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad I. & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 23(2), ss. 155-166.

Rush, P. (2012). The Experience of Maternal and Child Health Nurses Responding to Women with Postpartumdepression. *Maternal & Child Health Journal* 16(2), ss. 322-327.

Seimyr, L. (2011). *Depressiva reaktioner hos blivande och nyblivna mödrar: kvinnors och mäns upplevelser av föräldraskap första året efter barnets födelse*. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm. <http://hdl.handle.net/10616/40559>.

Shafiei, T., Small, R. & McLachlan, H. (2015). Immigrant Afghan women's emotional well-being after birth and use of health services in Melbourne, Australia. *Midwifery* 31(7) 671-677.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010– stöd för styrning och ledning*: Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
[2015-09-04].

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*: Socialstyrelsen
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
[2015-09-15].

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen Distriktssköterska*: Svensk Sjuksköterskeförening.
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterksa.kompbeskr.webb.pdf> [2015-09-11].

Wickberg, B. (2015). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/> [2015-09-03].

Wickberg, B. & Hwang, P (2003). *Post partum depression: nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
<http://www.narhalsan.se/upload/PVTV%20S%C3%B6dra%20C3%84lvsborg/BHV%20i%20S%C3%B6dra%20C3%84lvsborg/Dokument%20o%20rutiner/2003-59-Post-partum-depression%20%281%29.pdf>.

World Health Organization (WHO). (1948). *WHO definition of health*.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [2015-12-06].

EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale

Namn.....

Födelseår.....

Eftersom du är gravid/nyligen fått barn, så skulle vi vilja veta hur du mår.
Var snäll och stryk under det svar som bäst stämmer överens med hur du känt dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur du mår idag.

Här är ett exempel som redan är ifyllt.

Jag har känt mig lycklig:

Ja, hela tiden

*Ja, för det mesta

Nej, inte särskilt ofta

Nej, inte alls

Detta betyder: Jag har känt mig lycklig mest hela tiden under veckan som gått.

Under de senaste 7 dagarna:

1. Jag har kunnat skratta och se tillvaron från den ljusa sidan:

Lika bra som vanligt

Nästan lika bra som vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:

Lika mycket som vanligt

Något mindre än vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Nej, inte så ofta

Nej, aldrig

4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:

Nej, inte alls

Nej, knappast alls

Ja, ibland

Ja, mycket ofta

5. Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning:

Ja, mycket ofta
Ja, ibland
Nej, ganska sällan
Nej, inte alls

6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:

Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt

7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova:

Ja, mesta tiden
Ja, ibland
Nej, sällan
Nej, aldrig

8. Jag har känt mig ledsen och nere:

Ja, för det mesta
Ja, rätt ofta
Nej, sällan
Nej, aldrig

9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:

Ja, nästan jämt
Ja, ganska ofta
Ja, då och då
Aldrig

10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:

Ja, rätt så ofta
Ja, ganska ofta
Ja, då och då
Aldrig

Datum:

Barnmorska/BVC-ssk:

.....

Tfn:

Informationsbrev till BVC-sjuksköterskor inför intervju

Vi är två sjuksköterskor, Joanna Odestrand och Anna Olsson, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå/magisteruppsats.

Bakgrund

I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka vilka upplevelser BVC-sjuksköterskor har av att stödja nyblivna mammor med förhöjd risk att utveckla postpartumdepression. Vi syftar på de mammor som fått förhöjda poäng på EPDS-screeningen (>10p) och bedöms vara i behov av vidare uppföljning och stöd.

Studiens genomförande

Examensarbetet kommer att ha en kvalitativ ansats, baserad på semistrukturerade intervjuer. Datainsamling kommer att ske genom inspelade intervjuer med BVC-sjuksköterskor inom barnhälsovård. Vi vänder oss till BVC-sjuksköterskor med minst 1 års erfarenhet inom yrkesområdet. Intervjuerna kommer att pågå under veckorna 38-40 och kan gärna ske på arbetsplatsen på lämplig avskild plats, eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknar vi till mellan 30-60 minuter.

Frivillighet

Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och när examensarbetet är färdigt kommer ingen att veta vad just du har svarat. Uppgifterna som framkommer kommer endast att användas i forskningssyfte.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Vi ser fram emot att ses!

Hälsningar

Joanna Odestrand, telefon: xxxx, mailadress: xxxx

Anna Olsson, telefon: xxxx, mailadress: xxxx

Handledare:

Laura Darcy, Universitetslektor

Institutionen för vårdvetenskap

Högskolan i Borås, telefon: xxx

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studien och samtycker till att delta.
Jag är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta intervjun utan förklaring.

Underskrift:.....

Ort/datum:.....

Telefon/E-post:.....

Samtyckesformuläret undertecknas vid intervjutillfället.

Till verksamhetschef för godkännande av datasamling

Vi är två sjuksköterskor, Joanna Odestrand och Anna Olsson, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete. Vi avser att undersöka vilka erfarenheter BVC-sjuksköterskor har av att stödja nyblivna föräldrar med hög risk att utveckla postpartumdepression. Förhoppningen är att hitta 6 BVC-sjuksköterskor totalt sett, exempelvis från Familjecentralen XXX och Familjecentralen XXX.

I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka vilka erfarenheter BVC-sjuksköterskor i svensk barnhälsovård har av att stödja nyblivna föräldrar med hög risk att utveckla postpartumdepression. Dels de föräldrar som har en verifierad depression men även de som fått förhöjda poäng på EPDS-skattningen men inte klassats som deprimerade.

Metoden i examensarbetet kommer att vara kvalitativ innehållsanalys baserad på semistrukturerade intervjuer. Datasamling kommer att ske genom inspelade intervjuer med BVC-sjuksköterskor inom barnhälsovård. Vi vänder oss till BVC-sjuksköterskor med minst 2 års erfarenhet inom yrkesområdet och som arbetar med hälsofrämjande samtal. Intervjuerna kommer att ske hösten 2015, under vecka 37-38 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknar vi till mellan 40 och 60 minuter. Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

För att underlätta för oss att komma igång med våra intervjuer uppskattar vi svar om deltagande senast 12 juni. Bifogat formulär om godkännande skickas till angiven adress så snart som möjligt.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Hälsningar

Joanna Odestrand,
telefon: xxx, mailadress: xxx

Anna Olsson,
telefon: xxx, mailadress: xxx

Handledare:

Laura Darcy, Universitetslektor

Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, Telefon: xxx

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Joanna Odestrand** och **Anna Olsson** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Jönköping / 2015

Namn
