



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

I skuggan av den gravida kvinnan

En RCT för att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökar pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp.

In the shadow of the pregnant woman

A RCT to examine if a Mindfulness-based Childbirth and Parenting Program increase fathers wellbeing in a greater extent than a Lamaze-class.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2020

Författare:

Evelina Lundgren

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Lisette Nordh Paananen

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Gunilla Lönnberg

PhD-candidate

Examinator:

Ewa Andersson

Senior lecture, RNM, PhD

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Studier visar att perinatal depression och stress har allvarliga och långsiktiga negativa konsekvenser för både individen, familjen och för barnets psykiska hälsa och mentala utveckling. Mindfulnessbaserade interventioner (MBI) är väletablerade inom hälso- och sjukvården för behandling av depression och stress. Antenatala MBI anses vara en lovande preventiv åtgärd i att minska perinatal depression och stress hos både kvinnor och män.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökade pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp.

Metod: En randomiserad kontrollerad studie med en aktiv kontrollgrupp. 164 pappor randomiserades till MBCP eller profylaxgrupp. Självskattningsformulär angående psykisk hälsa användes, pre- och postintervention. Data analyserades i SPSS 25 där både deskriptiv och jämförande statistik har utförts.

Resultat: Signifikant skillnad mellan grupperna påvisades i två av fyra utfallsmått. Depressiva symtom minskade för pappor i MBCP-gruppen men ökade i profylaxgruppen och positiv sinnesstämning ökade i MBCP-gruppen men minskade i profylax.

Slutsats: MBCP har visat sig ge lovande resultat hos pappor. Implementering av MBCP skulle kunna hjälpa pappor att i större utsträckning bli mer inkluderade i graviditeten, se till deras psykiska hälsa samt stödja dem i övergången till föräldrskapet.

Nyckelord: Pappor, Depression, Stress, Mindfulness, Profylax

ABSTRACT

Background: Studies show that perinatal depression and stress have serious and long-term negative consequences for both the individual, the family and for the child's mental health and development. Mindfulness-based interventions (MBI) are well established in the health care system for treating stress and depression. Antenatal MBI is considered a promising intervention in reducing depression and stress perinatally in women and in men.

Aim: The aim was to examine if a Mindfulness-based Childbirth and Parenting Program increased fathers wellbeing in a greater extent than a Lamaze-class.

Method: This randomized control trial had an active control group. 164 fathers were randomized to MBCP or a Lamaze program. Self-report questionnaires on psychological outcomes were used at baseline and post-intervention. Data was analyzed using SPSS 25 and descriptive and comparative analyses have been made.

Results: The results show significant differences in two out of four outcomes. Depressive symptoms decreased in fathers allocated to the MBCP study arm but increased in the control group and positive state of mind increased in the MBCP study arm but decreased in the control group.

Conclusion: MBCP has shown promising results in fathers. Implementation of MBCP could help fathers to become included to a greater extent in the pregnancy, ensure their mental health and support them in the transition to parenthood.

Keywords: Fathers, Depression, Stress, Mindfulness, Lamaze

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
TACK TILL	1
1 BAKGRUND	2
1.1 Att bli förälder	2
1.2 Depression och stress	2
1.2.1 Depression och stress ur ett samhällsekonomiskt perspektiv	3
1.3 Depression och stress i samband med barnafödande	3
1.4 Depression och stress hos pappor	3
1.5 Föräldrastöd	4
1.6 Mindfulness	5
1.6.1 Mindfulnessbaserad föräldrautbildning (MBCP)	6
1.7 Problemformulering	6
2 SYFTE	6
3 METOD	7
3.1 Studiedesign	7
3.2 Urval	7
3.2.1. Interventionsgrupp	9
3.2.2. Aktiv kontrollgrupp	11
3.3 Datainsamling och utfallsmått	11
3.3.1 Perceived Stress Scale (PSS)	11
3.3.2 Positive States of Mind (PSOM)	11
3.3.3 Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	11
3.3.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	11
3.4 Statistisk analys	12
4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
5 RESULTAT	13
5.1 Socio-demografiska faktorer	13
5.2 Pappornas psykologiska utfall	15
5.3 Närvaro och följsamhet	15
6 DISKUSSION	17
6.1 Metoddiskussion	17
6.1.1 Studiedesign och urval	17
6.1.2 Datainsamling och dataanalys	18
6.2 Resultatdiskussion	18
6.3 Klinisk implikation och vidare forskning	21
7 SLUTSATS	22
8 REFERENSER	23
Bilaga 1 Informationsbrev	32
Bilaga 2 Informerat samtycke	35
Bilaga 3 Sociodemografiska faktorer i baslinjeenkät	38
Bilaga 4 Postinterventionsenkät	40

INLEDNING

Under vår praktik på en barnmorskemottagning upplevde vi att fokus var riktat på kvinnan, barnet i magen och på medicinska kontroller. En reflektion utifrån detta var att det inte fanns några riktlinjer för att inkludera papporna och deras mående under graviditeten. Blivande pappors medverkan, stöd och engagemang uteblev många gånger. Kan mödrahälsovården bli bättre på att se pappor?

I denna studie valde vi att synliggöra pappor och deras mående och fick möjlighet att göra detta genom data från ett större forskningsprojekt.

TACK TILL

Tack till Gunilla Lönnberg, vår handledare som ödmjukt guidat oss genom arbetet.

Tack till Johan Broman som varit hemma med sjuka barn.

Tack till Mattias Lundgren för intensivkurs i statistik samt granskning av arbetet.

1 BAKGRUND

1.1 Att bli förälder

Övergången till föräldraskap är för många människor den största och viktigaste omställningen i livet (Deave & Johnson, 2008). Denna övergång är utvecklingsmässig och livslång med viktiga konsekvenser för föräldrar och barns hälsa (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000; Saxbe, Rosin-Slater, & Goldenberg, 2018). För de flesta är det en glädjande och spännande livsomställning, men under en övergång tenderar människor att vara mer sårbara inför hälsorisker som i sin tur kan påverka den psykiska hälsan (Meleis et al., 2000). Negativa tankar är vanligt förekommande i övergången till föräldraskap, men får de för mycket plats så kan depressionssymtom uppkomma och självkänslan inför föräldraskapet minska (Wroe, Campbell, Fletcher, & McLoughland, 2019).

1.2 Depression och stress

En av de vanligaste formerna av psykisk ohälsa är depression där mer än 300 miljoner människor i världen drabbas varje år, vilket gör den till en av de främsta orsakerna till den globala sjukdomsburden idag (World Health Organization [WHO], 2017). Depression kännetecknas av nedstämdhet, trötthet, ihållande sorg, brist på intresse eller nedsatt koncentrationsförmåga. Orkeslöshet, störd sömn eller förändrad aptit är också vanliga symtom (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2017). Vid en allvarlig depression kan tankar om att inte vilja finnas, inte orka finnas, suicidtankar eller -planer uppstå (Rickert-Olsson, 2019). Orsaken till depression är komplex då den interagerar mellan sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Stora livshändelser, exempelvis en jobbig barndom, förlust eller arbetslöshet kan utlösa en depression (WHO, 2020) såväl som att bli att förälder (Wong et al., 2015).

Stress är en reaktion där kroppens fysiska och psykiska handlingsberedskap är som störst (Stressmottagningen, 2020). Vid en stressreaktion svarar kroppen med ökade nivåer av kortisol och adrenalin samt minskad nivå av kroppens lugn och ro-hormon, oxytocin (Rickert-Olsson, 2019). Det autonoma nervsystemet mobiliseras genom att sympatikus ökar pulsen, andningen, blodtrycket och muskelspänningen vilket förbereder kroppen för kamp eller flykt (Rickert-Olsson, 2019; Stressmottagningen, 2020). Vad som orsakar stress är individuellt och upplevelsen av stress varierar från person till person (Rickert-Olsson, 2019), men en långvarig stressreaktion leder till slitage på kroppens nervsystem med ohälsa som följd (Folkhälsomyndigheten, 2019; Stressmottagningen, 2020). Stress kan utlösa depression såväl som att depression kan utlösa stress (Rickert-Olsson, 2019).

1.2.1 Depression och stress ur ett samhällsekonomiskt perspektiv

Depression leder till negativa konsekvenser för den enskilda individen, familjen och även för samhället i stort (Statens offentliga utredningar [SOU], 2018:90). I Sverige fördubblades den totala samhällskostnaden mellan åren 1997–2005, från 16,1 miljarder kronor per år till 32,9 miljarder kronor per år (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström, & Runesons, 2007) och beräknas att fortsätta öka under kommande år (SOU 2018:90). Folkhälsomyndigheten (2017) understryker att depression är ett stort folkhälsoproblem, men att det är ett problem som kan förebyggas och behandlas.

1.3 Depression och stress i samband med barnafödande

Perinatal depression definieras enligt Earls, Yogman, Mattson och Rafferty (2019) som perioden från befruktningstillfället upp till ett år efter förlossning och vidare menar de att det som skiljer mellan perinatal depression och generell depression, är när i livet depressionen uppkommer.

Perinatal depression är lika vanligt förekommande som en postpartumdepression, med samma symtom och lika mycket lidande (Rubertsson, Wickberg, Gustavsson, & Rådestad, 2005; Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017).

Riskfaktorer för att utveckla perinatal depression är bland annat ångest, stress, bristande socialt nätverk eller tidigare depression (Ramchandani et al., 2008). Specifika riskfaktorer för stress i samband med barnafödande är negativa känslor kopplat till graviditeten, förlossningen och första veckorna postpartum (Philpott, Leahy-Warren, FitzGerald, & Savage, 2017). Perinatal depression hos föräldrar ger långsiktiga negativa konsekvenser för barnets psykiska hälsa och mentala utveckling (Paulson, Keefe, & Leiferman, 2009; Psychogiou, Russel, & Owens, 2020; Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005; Ramchandani et al., 2008; Stein et al., 2014).

1.4 Depression och stress hos pappor

Det är lika viktigt att fokusera på pappans psykiska välbefinnande under den perinatala perioden som på mammans (Glasser & Lerner-Geva, 2019). Risken för män att drabbas av perinatal depression är högre än att drabbas av depression under någon annan period i livet (Paulson & Bazemore, 2010). I en metaanalys beräknas prevalensen vara 9,76 procent (Rao et al., 2020) även om den varierar stort. Detta kan bero på brist på konsensus angående definitioner om vilken tidsperiod som ska gälla, brist på enhetligt screeningformulär för pappor (Psouni, Agebjörn & Linder, 2017) samt att män inte är lika benägna att söka vård för depressiva symtom som kvinnor (Earls et al., 2019).

Riskfaktorer för att utveckla perinatal depression hos pappor är stress, ångest, trötthet (Philpott et al., 2017), tidigare depression, att vara flerbarnsförälder (Ramchandani et al., 2008), ha låg utbildningsnivå (Goodman, 2004; Massoudi, Hwang, & Wickberg, 2016), samt att depression hos mammor har visat sig ha ett starkt samband med depression hos deras partner (Goodman, 2004; Massoudi et al., 2016; Paulson & Bazemore, 2010; Ramchandani et al., 2005).

Att screena pappor för perinatal depression har visat sig vara både kostnadseffektivt och medföra positiva hälsoeffekter (Asper et al., 2018). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är ett självskattade screeningformulär för depression som främst riktar sig till mammor (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2016) men under de senaste åren har EPDS även rekommenderats i screening av depression hos pappor (Asper et al., 2018; Edward, Castle, Mills, Davis, & Casey, 2015; Glasser & Lerner-Geva, 2019; Psouni et al., 2017). Perinatal depression hos pappor är associerat med negativa långsiktiga konsekvenser för barnet (Ramchandani et al., 2008; Stein et al., 2014; Velders et al., 2011). I studien av Ramchandani et al. (2008) där 10 975 deprimerade pappor och deras barn från USA deltog, framkom att pappors depression har ett starkt samband med psykiatriska diagnoser (exempelvis beteende- och uppförandeproblematik) hos barnen när de var sju år gamla. Vidare rapporterar Stein et al. (2014) ett samband mellan perinatal depression hos pappor och depression hos barnet när det är 16 år gammalt. Flera forskare understryker att fokus bör riktas på utveckling av effektiva perinatale interventioner för att främja pappors mentala hälsa (Massoudi et al., 2016; Rao et al., 2020; Stein et al., 2014).

1.5 Föräldrastöd

Mödrahälsovården (MHV) ger vård i samband med graviditet och förlossning, stöd i föräldraskap samt erbjuder föräldragrupper- och föräldraförberedelse (SFOG, 2016). Målsättningen med arbetet inom mödra- och barnhälsovård är att främja barns hälsa och utveckling genom att uppmärksamma och stärka föräldraskapet och således föräldrarnas förmåga att vårda det nyfödda barnet (Socialstyrelsen, 2015; SOU, 1997:161; SFOG, 2016).

Föräldrastöd erbjuds kostnadsfritt via fortlöpande enskilda möten med föräldrarna, i grupp och genom samverkan med andra verksamheter som bäst svarar mot den enskilda familjens behov (SFOG, 2016). Att stödja blivande föräldrar till att bli kompetenta vårdnadshavare kan vara det viktigaste sättet att säkerställa en hälsosam utveckling hos barn och således skydda dem från potentiella risker och komplikationer (Saxbe et al., 2018). En form av föräldrastöd som erbjuds till pappor är enskilda pappagrupper där syftet är att stärka dem i sin föräldraroll med hjälp av en samtalsledare som är man och pappa där gruppen samtalar om erfarenheter och upplevelser (Folkhälsomyndigheten, u.å).

I en studie av Andersson och Rhonda (2017) jämfördes förstagångspappors upplevelse av gruppträffar jämfört med vanlig standardvård. Resultatet visade att pappor som fick gå i gruppträffar hade högre närvaro, upplevde mer stöd från barnmorskan samtidigt som de lärde känna andra föräldrar.

Dagens mödravård riskerar trots detta att misslyckas med att tillgodose blivande föräldrars behov då fokus oftast riktas på det medicinska behovet (Widarsson, Kertis, Sundquist, Engström, & Sarkadi, 2012) och där pappor enligt studier ofta upplever sig som osynliga eller helt exkluderade (Deave & Johnson, 2008; Wells, 2016; Widarsson et al., 2012).

1.6 Mindfulness

Mindfulness, även kallat medveten närvaro, definieras enligt dess grundare, den amerikanske medicinprofessorn Jon Kabat-Zinn som förmågan att bli medveten om nuet och sig själv med ett ickedömmande- och öppet sinne enligt dess. Medveten närvaro har ursprung i buddismen men är applicerbar för alla då den inte är beroende av trosuppfattning eller ideologi. Detta gör medveten närvaro till ett kraftfullt verktyg för både självinsikt och läkning (Kabat-Zinn, 1990).

Mindfulnessbaserade interventioner (MBI) används bland annat inom hälso- och sjukvården för behandling av smärta och psykiska besvär såsom stress, ångest och depression (Khoury et al., 2013). I den generella populationen har MBI visat sig reducera depressiva symtom och stress i kombination med ökat välmående (Abbass-Dick et al., 2020; Alexander, 2018; Jones, Ebert, & Hazelton, 2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) och Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) är de två främsta evidensbaserade och implementerade MBI-metoderna för att behandla och reducera depression och stress inom hälso- och sjukvården (Alexander, 2018). MBCT är framtagen för patienter som har tillfrisknat från en depression men som har en hög risk för återfall (Kuyken et al., 2016). MBSR är ett MBI-program under åtta veckor som innehåller både teori och praktik. Övningarna innefattar yoga, kroppskänning och meditation, i kombination med praktiska övningar i hemmet (Kabat-Zinn, 1990). MBI anses även vara en lovande preventiv åtgärd för att minska depression och stress perinatalt hos både kvinnor och män (Alexander, 2018; Hicks, Dayton, & Victor, 2018; Jones et al., 2017; Khoury et al., 2013; Warriner, Crane, Dymond, & Krusche, 2018).

1.6.1 Mindfulnessbaserad föräldrautbildning (MBCP)

Mindfulness-Based Childbirth Parenting (MBCP) baseras på MBSR och är specifikt utvecklad för blivande föräldrar och har visat på minskade stress- och depressionssymtom perinatalt hos gravida (Bardacke, 2012; Lönnberg et al., 2020). MBCP består av nio träffar á tre timmar, en heldags- ”retreat” samt en återträff. Vid varje gruppträff övar deltagarna mindfulness meditation. Övningar utförs även i hemmet under kursens gång, innefattande 30 minuter meditation per dag, sex dagar i veckan, med hjälp av guidad meditation på ljudfil. Vidare ges information om psykologiska- och biologiska processer som sker under graviditet, förlossning, postpartum och amning, barnets behov samt strategier för att hantera smärta under förlossning. Under varje kurstillfälle inkluderas en femton minuters fikapaus i syfte att uppmuntra blivande föräldrar till gemenskap för att minska eventuell risk för social isolering (Duncan & Bardacke, 2010).

I Duncan och Bardackes (2010) studie där de använt en mixad metod (både kvalitativ och kvantitativ) med 27 gravida kvinnor i tredje trimestern visade de kvantitativa resultatet att kvinnorna signifikant minskade sina depressiva symtom samt ökade sin nivå av medveten närvaro och sitt välmående. I den kvalitativa delen framkom att kvinnorna upplevde att MBCP främjade det känslomässiga välmåendet och att relationen med partnern stärktes.

1.7 Problemformulering

Stora livshändelser som att bli förälder kan orsaka psykisk ohälsa som depression och stress. Perinatal depression och stress hos pappor har negativa konsekvenser för individen, relationen och barnets psykiska hälsa och mentala utveckling. MBI anses vara en lovande preventiv åtgärd för att minska depression och stress perinatalt hos kvinnor. Enligt vår vetenskap finns det lite forskning på MBI för pappor, varför denna studie anses vara av värde.

2 SYFTE

Syftet med studien var att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökade pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp.

3 METOD

3.1 Studiedesign

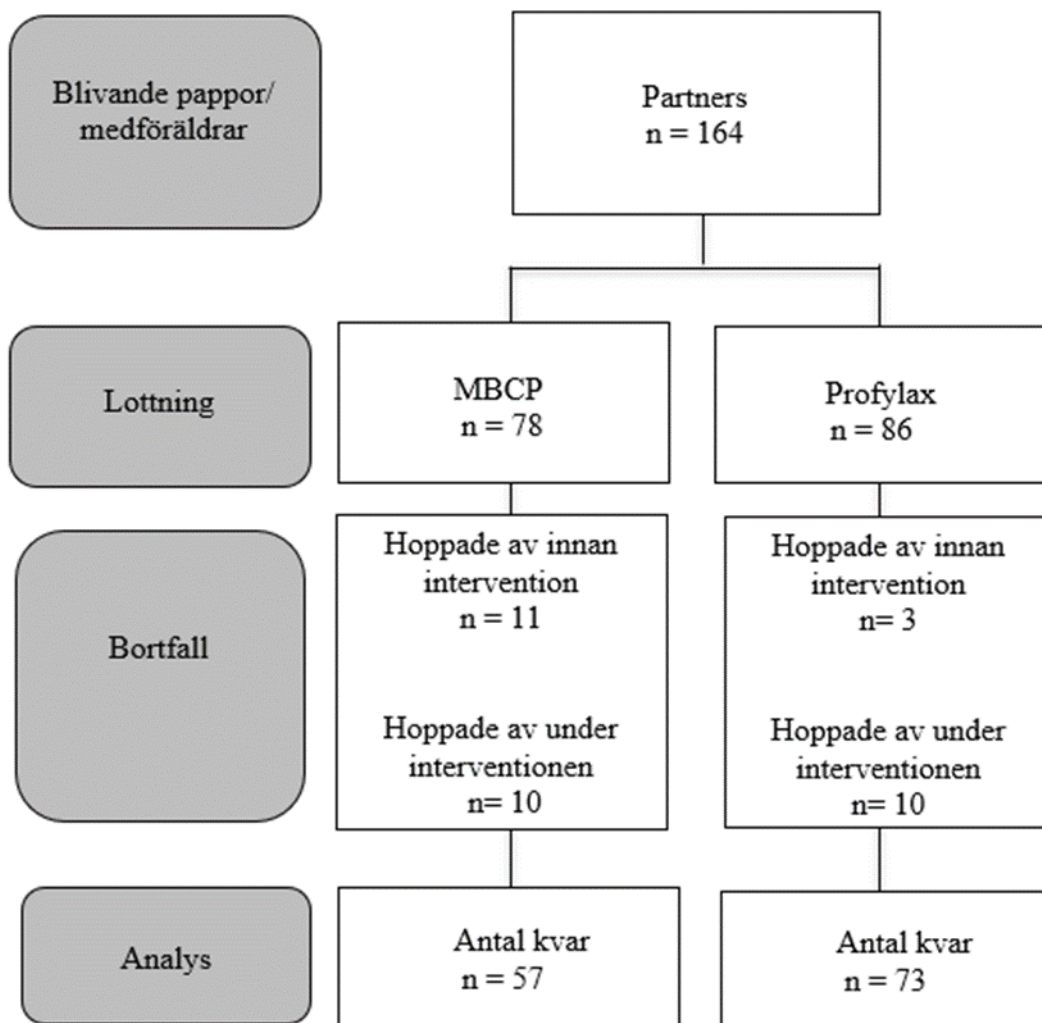
En randomiserad kontrollerad studie (RCT) med en aktiv kontrollgrupp. RCT är en jämförande, kvantitativ studie vilken utförs under kontrollerade förhållanden med slumpmässig fördelning av deltagare till en interventionsgrupp och en kontrollgrupp (Bhide, Shah, & Acharya, 2018). En aktiv kontrollgrupp gör det möjligt att avgöra om den specifika interventionen i interventionsgruppen gör större nytta jämfört med det som är konstant i både interventionsgrupp och kontrollgrupp (Mohr et al., 2009). Enligt Bhide et al. (2018) är en RCT den säkraste forskningsmetoden för att avgöra om det finns ett samband mellan ett resultat och en intervention. Alla steg i processen följde CONSORT-guiden, vilken är en checklista för utformande av RCT-studier (Schulz et al., 2011).

3.2 Urval

Initialt utförde Lönnberg et al. (2020) en studie där syftet var att utvärdera hur effektivt MBCP minskar stress och förebygger depressiva symtom hos förstagångsgravida kvinnor som hade en förhöjd risk för perinatal stress och/eller depression. Kvinnorna och deras partners rekryterades via åtta barnmorskemottagningar (BMM) i Stockholm under 2014–2016. Kvinnorna screenades för psykisk ohälsa och forskarna inkluderade kvinnor som tidigare lidit av psykisk ohälsa, ångest och/eller hög stressnivå. Totalt tackade 193 kvinnor ja till att delta i Lönnberg et al. (2020) studie. Av dessa var det 164 som hade en deltagande partner vilka således var de som kom att inkluderas i denna studie där 1 av 164 var kvinna (medmamma). Författarna är medvetna om att familjer ser olika ut, med olika konstellationer såsom samkönade par eller familjer med en eller fler föräldrar. Då övergripande data som använts i studien involverade män, används fortsättningsvis ordet pappa och pappor.

Studien hade inga exklusionskriterier för papporna. En administratör som inte deltog i forskningsteamet randomiserade deltagarna i SPSS, till antingen interventionsgrupp eller aktiv kontrollgrupp där 78 pappor blev allokerade till MBCP-gruppen och 86 till profylaxgruppen. Deltagarna var blindade inför studiens hypotes. Detta innebär att de inte vet om de är lottade till den intervention som är knuten till hypotesen eller ej (Bhide et al., 2018).

Powerberäkningen som ligger till grund för denna studie är baserad på data från Duncan och Bardackes (2010) pilotstudie i USA. Den powerberäkningen gjordes för att se hur många gravida som skulle inkluderas i deras studie eftersom huvudsyftet i det projektet vara att minska risk för stress och depression hos gravida. Dock gjordes ingen powerberäkning på blivande pappor som specifik målgrupp. I en powerberäkning kalkyleras antalet deltagare som behövs för att tillgodose en statistisk felmarginal och därmed på sannolika skäl, kunna förkasta studiens nollhypotes (Cohen, 1992).



Figur 1. Deltagarflödet genom studien. (anledning till att papporna inte fullföljde behövde inte uppges, varför denna information saknas).

3.2.1. Interventionsgrupp

MBCP-programmet justerades med hänsyn till svensk hälso-och sjukvård och kultur. Till att börja med kortades programmet ner till åtta tillfällen och en återträff á två timmar och femton minuter. Detta gjorde det lättare för deltagarna med mer hektiska scheman att delta. Träffarna kortades även ner i tid på grund av att det bara var åtta-tolv deltagare (fyra-sex par) per grupp, vilket var färre än i originalprogrammet (vanligtvis 24–30 deltagare). Då svenskar inte är så benägna att prata i grupp (Lönnberg et al., 2020), minskades tiden för diskussion. Information och stöd angående förlossning kortades ner då detta behandlades via BMM. Däremot uppmuntrades deltagarna att reflektera över könsroller samt förväntningar på föräldraskapet. MBCP-programmet innehöll övningar som kroppskänning, mjuka stretchövningar, sittande och gående meditation, kärleksfull vänlighetsmeditation, att lyssna och prata med medveten närvaro samt informell meditation i vardagen. Dessa övningar integrerades med antenatal utbildning (se Tabell 1 för mer detaljerad beskrivning). Samtliga träffar inkluderade en kvarts fikapaus, vilket öppnade upp för nätverkande och kamratstöd. Deltagarna uppmuntrades till att göra mindfulnessövningar hemma genom formella övningar med guidad mindfulness (de erhöll ljudfiler via en hemsida) samt informella övningar vid vardagliga situationer, exempelvis notera sinnesförnimmelser utan att värdera känslan. Övningarna dokumenterades och diskuterades sedan i gruppen.

Grupperna hade tre MBCP-utbildade instruktörer med 10–20 års erfarenhet av meditation, de var inte blindade för studiens hypotes. Under projektet träffades instruktörerna regelbundet för att säkerställa att de höll sig till riktlinjerna för interventionen.

Tabell 1. Innehåll över MBCP-gruppens teman och övningar, anpassad för denna studie.

Träff	Tema och övningar
1	Introduktion till medveten närvaro samt introduktion av lärare och deltagare. Övning; under medveten närvaro, äta ett russin samt kroppskänning.
2	Sinne-kropps perspektiv av barnafödande beträffande smärta och rädsla, stresshormoner och rollen av oxytocin och endorfin. Övning; kroppskänning.
3	Smärthantering. Information om farmakologisk och icke-farmakologisk analgetika. Övning; medveten yoga och smärtövning genom att med iskuber utforska hur smärta och tid upplevs olika beroende på hur och var uppmärksamheten riktas.
4	Partnerns roll och hur stöd bäst ges till kvinnan under förlossning. Övning; sittande meditation och smärtövning där paret ger stöd tillvarandra med en hand i isvatten.
5	Nyfödd-och nyblivna föräldrars behov, trygg anknytning och barnets utveckling. Övning; sittande meditation och reflektion över ens barndom och förväntningar av föräldraskap och könsroller.
6	Medveten kommunikation. Övning; sittande meditation och att lyssna och prata med medveten närvaro, utforska medvetet lyssnande och talande, reflektion kring rädsla och glädje.
7	Ammande och sinne/kroppskoppling beträffande prolactin, oxytocin, utdrivningsreflex och stress/oro kontra lugn.
8	Utvärdering av kursen. Uppmuntrande till fortsatt övning av medveten närvaro, speciellt informell meditation med barnet efter förlossning.
Återträff	Upplevelser från förlossning och tidigt föräldraskap delas med vänlighet och nyfikenhet.

3.2.2. Aktiv kontrollgrupp

För att jämföra effekten av MBCP tillsattes en aktiv kontrollgrupp (Mohr et al., 2009), bestående av en profylaxkurs. Profylax är en etablerad och lättillgänglig förlossningsförberedande kurs i Stockholm (AnnasProfylax, 2019). Kursen bestod av tre tillfällen á tre timmar där fokus var att lära ut metoder för att hantera stress och smärta inför förlossningen. Under de två första kurstillfällena lärde sig paret olika andnings- och avslappningstekniker, mental förberedelse inför förlossning samt hur partnern kan stötta under förlossningsarbetet. Deltagarna uppmuntrades att öva på andnings- och avslappningsteknik hemma. Tredje tillfällets tema fokuserade på amning, mat- och sömnrutiner samt på paret relation. Tre instruktörer, samtliga utbildade av Profylaxgruppen, ledde grupperna och de var inte blindade för studiens hypotes.

3.3 Datainsamling och utfallsmått

Deltagarna fick en länk till en online-enkät via mejl där de självskattade sin psykiska hälsa dels innan kursstart, dvs vid baslinjen samt 10–12 veckor senare, i nära anslutning till avslutad kurs.

3.3.1 Perceived Stress Scale (PSS)

PSS är en skala med 14 delar som mäter upplevd stress den senaste månaden. Skattning sker av varje del 0–4 där noll är aldrig och fyra är väldigt ofta (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Resultaten varierar från 0–56, ju högre summa desto högre nivå av upplevd stress (Eklund, Bäckström, & Tuveesson, 2014).

3.3.2 Positive States of Mind (PSOM)

PSOM har sju delar som mäter individens förmåga till positiva sinnestillstånd den senaste veckan. Resultaten varierar från 0–3 där en hög siffra indikerar hög förmåga till positiv sinnesstämning (Adler, Horowitz, Garcia, & Moyer, 1998).

3.3.3 Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

FFMQ har 29 delar som mäter fem faktorer vilka representerar olika delar av mindfulness. Delarna graderas på en skala från 1–5. Ett högt resultat indikerar en högre kapacitet för mindfulness (Lilja et al., 2011).

3.3.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS har tio delar som mäter intensiteten av depressiva symptom den senaste veckan. Varje del skattas mellan 0–3. Ju högre siffra desto mer depressiva symtom (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson, & Sydsjö, 2011).

3.4 Statistisk analys

Datan erhöles på en fil via mejl och analyserades med hjälp av SPSS version 25. Ett konfidensintervall på 95 procent användes vilket innebär att resultatet med 95 procents säkerhet innehåller det sanna värdet (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2020a). Deskriptiv analys gjordes för att jämföra gruppernas socioekonomiska bakgrund. Chi-square och Fischer's exact test används för att analysera om det finns en slumpmässig fördelning mellan grupper (Hess & Hess, 2017) och användes för att jämföra bakgrundsfaktorer. Pappornas ålder jämfördes och studiens hypotes testades med independent sample t-test, vilket används för att jämföra medelvärden mellan grupper (Kim, 2015). Cohen's d används för att beskriva effektstorleken (Lakens, 2013) och beräknades med formulan $d = t * \sqrt{(n_1 + n_2) / (n_1 * n_2)}$. Differensen mellan medelvärdet vid baslinjen och efter interventionerna beräknades för samtliga utfallsmått. Därefter användes independent sample t-test för att jämföra förändringen över tid i PSS, PSOM, FFMQ och EPDS mellan MBCP och profylax.

En bortfallsanalys utfördes för att jämföra om papporna som inte fullföljde interventionerna skiljde sig åt från de som fullföljde (Phillips, Reddy, & Durning, 2016). Skillnaden anges vanligtvis som signifikant om den uppmätts till $<0,05$ (p) vilket då innebär att det inte är ett slumpmässigt resultat (Bhide et al., 2018).

4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien som datan är hämtad från är godkänd av Etikprövningsmyndigheten i Stockholm, diarienummer ID: NCT02441595. Deltagarna fick både skriftlig (bilaga 1) och muntlig information, samt ett skriftligt samtycke (bilaga 2) signerades av deltagarna. I bilagorna tydliggjordes att deltagande i studien var frivillig och att de när som helst kunde avbryta vilket enligt Vetenskapsrådet (2017) tillhör god forskningsetik. Deltagarna fick ingen kompensation förutom gratis deltagande i föräldrakurserna.

Samtliga data var avkodad och anonym för författarna, i enlighet med GDPR (Datainspektionen, 2020). Författarna har under arbetets gång diskuterat materialet med handledare i syfte att säkerställa att ingen förvanskning av statistik och resultat har skett.

5 RESULTAT

Totalt ingick 164 pappor i denna studie. I resultatet användes deskriptiv statistik för att presentera sociodemografiska faktorer medan jämförande statistik användes för att jämföra skillnader mellan grupperna.

5.1 Socio-demografiska faktorer

Medelåldern var 34 år, en pappa var singel, två var sörbos och resterande pappor var antingen sammanboende eller gifta. 85 procent av papporna var födda i Sverige. Tre pappor hade enbart gått grundskola, övriga hade gymnasial utbildning (22 %) och majoriteten av dem hade universitets/högskoleutbildning (75 %). En pappa uppgav att han inte arbetade, 62 procent arbetade upp till 40 h/vecka och 37 procent arbetade över 40 h/vecka. 54 procent av papporna uppgav att hushållets inkomst var >60 000 SEK/månad, brutto (se tabell 2 för detaljerad beskrivning).

Det var ingen signifikant skillnad i sociodemografisk bakgrund eller i resultatet av baslinjeenkäterna, mellan papporna som deltog i MBCP jämfört med profylaxgruppen samt de pappor som inte fullföljde. Grupperna ansågs vara kompatibla vid baslinjen, därför har sociodemografiska faktorer inte tagits med i vidare analyser.

Tabell 2. Sociodemografiska bakgrundsfaktorer över samtliga deltagare (n= 164) samt en jämförelse mellan grupperna.

Variabel	MBCP (n = 78)	Profylax (n = 86)	Jämförelse- statistik	df	p
Kön	n (%)	n (%)	$\chi^2 = 0,913$	1	1,0
Man	78 (100)	85 (98,8)			
Kvinna	0	1 (1,2)			
Ålder, år					
Medel	33,91	34,37	$t = -0,533$	162	0,595
SD	5,37	5,69			
Civilstatus ^a			$FET = 1,593$	3	0,756
Singel	0 (0)	1 (1,2)			
Sambo	46 (59)	54 (63,5)			
Gift	31 (39,7)	29 (34,1)			
Särbo	1(1,3)	1 (1,2)			
Nationalitet			$FET = 1,232$	3	0,796
Svensk	67 (85,9)	72 (83,7)			
Dubbel (svensk & annan)	4 (5,1)	3 (3,5)			
Europé	5 (6,4)	9 (10,5)			
Utomeuropé	2 (2,6)	2 (2,3)			
Utbildning			$FET = 1,856$	2	0,439
Grundskola	1 (1,3)	2 (2,3)			
Gymnasium	21 (26,9)	16 (18,6)			
Universitet/Högskola	56 (71,8)	68 (79,1)			
Arbets tid ^b			$\chi^2 = 2,375$	2	0,291
Arbetar ej	1 (0)	0 (0)			
Upp till 40 h/vecka	50 (65,8)	50 (58,1)			
Mer än 40 h/vecka	25 (32,9)	36 (41,9)			
Hushållets inkomst/månad ^c			$FET = 4,695$	3	0,193
< 25 000 SEK	3 (3,9)	1 (1,2)			
25 - 40 000 SEK	9 (11,7)	11 (13,1)			
40 - 60 000 SEK	29 (37,7)	21 (25)			
> 60 000 SEK	36 (46,8)	51 (60,7)			

^aData saknas för en person

^bData saknas för två personer

^cData saknas för tre personer

FET (Fisher's Exact Test)

5.2 Pappornas psykologiska utfall

Resultatet visar signifikanta skillnader i två av utfallsmått, EPDS och PSOM. Depressiva symtom minskade i MBCP-gruppen men ökade i profylaxgruppen och positiv sinnesstämning ökade i MBCP-gruppen men minskade i profylax. Övriga mått gav ingen signifikant skillnad mellan grupperna (se tabell 3).

5.3 Närvaro och följsamhet

I MBCP-gruppen registrerades närvaron. De 57 papporna deltog i snitt 5,9 gånger (SD 1,3) samt utövade mindfulness i hemmet (både formella och informella övningar) i genomsnitt 68 minuter per vecka (SD 62 minuter per vecka).

Tabell 3. Differenser i medelvärden vid baslinjen och efter intervention mellan grupperna ger p-värdet.

Utfallsmått	MBCP n=78		Profylax n=86		Skillnad mellan grupperna	
	Medelvärde vid baslinjen (SD)	Medelvärde efter intervention (SD)	Medelvärde vid baslinjen (SD)	Medelvärde efter intervention (SD)	<i>p</i>	<i>d</i>
PSS	21,18 (8,2)	18,6 (6,6)	20,08 (6,8)	19,11 (7,5)	0,185	0,023
PSOM	21,53 (4)	22,42 (4)	21,59 (4,1)	20,68 (4,2)	0,039*	0,036
FFMQ	95,88 (13,1)	97,74 (12)	96,08 (13,7)	97,18 (13,6)	0,627	0,008
EPDS	5,58 (4,3)	4,49 (3,8)	5,55 (4,2)	5,86 (4,6)	0,045*	0,035

* $p < 0.05$

d= Cohen's d

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Studiedesign och urval

Syftet med studien var att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökade pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp. Valet av studiedesign överensstämmer med experimentella studier vars syfte är att testa en specifik hypotes samt undersöka om det finns ett samband mellan intervention och resultat (Bhide et al., 2018). Enligt Thrane (2019) är randomisering av vikt för att grupperna ska vara så lika som möjligt och därmed jämförbara bortsett från den specifika interventionen. I denna studie utfördes randomiseringen av en administratör som inte själv deltog i forskningen vilket enligt Bhide et al. (2018) är en styrka.

Deltagarna var blindade inför studiens hypotes, däremot fyllde de i en enkät vid baslinjen med frågor beträffande psykiskt välmående, mindfulnessövningar och yoga (bilaga 3). Detta skulle kunna innebära att de trots blindning förstod studiens inriktning vilket kan ha påverkat studiens resultat. Instruktörerna var inte blindade inför studiens hypotes vilket kan anses som en svaghet. Att instruktörer och/eller vårdgivare är blindade inför hypoteser är enligt Luborsky et al. (1999) viktigt eftersom det kan leda till att de blir för entusiastiska och därmed påverka resultatet om de inte är blindade. Eftersom MBCP instruktörerna i studien inte var blindade, träffades de istället vid flertal tillfällen för att diskutera programmets innehåll, för att säkerställa att de höll sig till de riktlinjer som var uppsatta.

Totalt inkluderades 164 pappor vilket korrelerar med deltagarantalet ($n = 193$) i Lönnberg et al. (2020) studie. Genom att ingen powerberäkning gjorts på män skulle det kunna minska studiens tillförlitlighet då vi inte med säkerhet vet om deltagarantalet var tillräckligt stort. Trots oviss powerberäkning fick vi i skillnad över tid mellan grupperna som var statistiskt signifikanta vilket kan ses som en styrka.

Sociodemografiska faktorer kan påverka studiers generaliserbarhet (SBU, 2017). Majoriteten av papporna i studien (75 %) hade universitetsutbildning/högskoleutbildning vilket skiljer sig från SCB, (2020b) som uppger att enbart 38 procent av alla män i Sverige har en eftergymnasial utbildning. Anledningen till att urvalet hade hög utbildning kan dels bero på att de kom från Stockholms innerstad såväl som att personer med hög socioekonomisk status är mer benägna att delta i studier i enlighet med Ramchandani et al. (2008). Detta kan påverka studiens generaliserbarhet eftersom det inte går att utesluta att resultatet hade sett annorlunda ut om urvalet i denna studie också hade representerats av pappor med lägre utbildning.

6.1.2 Datainsamling och dataanalys

Att använda självskattningsformulär kan anses vara en svaghet, i enlighet med Abbass-Dick et al. (2020). Detta eftersom självskattning tolkas subjektivt och kan leda till misstolkningar av frågor (Kimberlin, & Winterstein, 2008) samt att deltagare kan anpassa sina svar till att vara socialt accepterade (Jedinger, Watteler, & Förster, 2018). Detta tror författarna skulle kunna leda till att resultatet blir falsk positivt om deltagarna svarar utifrån vad de tror att de borde svara, inte utefter hur de faktiskt mår eller vad de känner.

De statistiska valen inklusive konfidensintervall har skett i likhet med Lönnberg et al. (2020) studie och gjordes för att kunna jämföra dessa studiers resultat. SPSS var det statistiska program som rekommenderades av Karolinska Institutet. Initialt väcktes intresset för ämnet under vår praktik på BMM vilket betyder att vi haft en förförståelse som å ena sidan skulle kunna påverka tolkningen av resultatet å andra sidan vara nödvändig för att väcka intresse samt förstå kontext.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökade pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp. Resultatet visade att pappor i MBCP upplevde en signifikant minskning av depressionssymtom samt ökad positiv sinnesstämning, jämfört med profylaxgruppen. Enligt vår vetenskap är denna studie den första att jämföra effekten av mindfulness hos pappor utan förhöjd risk för depression och stress, med en aktiv kontrollgrupp. De studier som finns på MBCP och pappor är studier som främst fokuserat på kvinnor och papporna enbart varit med på grund av att de var partner till en gravid kvinna (Lönnberg, Nissen, & Niemi, 2018; Warriner et al., 2018).

Denna studie visar att pappor randomiserade till MBCP rapporterade en signifikant minskning av depressionssymtom jämfört med profylaxgruppen vars depressiva symtom ökade. Profylaxkurser fokuserar på förlossning och hur partnern kan vara det bästa stödet (AnnasProfylax, 2019). Därmed skulle ökningen av depressiva symtom kunna bero på att pappor eventuellt kände sig tyngda över det ansvar som åläggs dem i att kunna coacha kvinnan genom förlossningen. Vidare rapporterades en signifikant ökning av positiv sinnesstämning i MBCP-gruppen jämfört med profylaxgruppen där positiv sinnesstämning minskade. Tidigare forskning har visat att MBI ger ett ökat välmående (Abbas-Dick et al., 2020; Alexander, 2018; Jones, Ebert, & Hazelton, 2017), vilket skulle kunna förklara varför papporna i MBCP-gruppen ökade sin skattning angående positiv sinnesstämning, samtidigt som de fått ökad förståelse för innebörden av frågorna i PSOM enkäten. Att papporna i profylaxgruppen minskade sin positiva sinnesstämning skulle även det kunna bero på kursens förlossningsfokus.

I en RCT utförd i Sverige allokerades 1087 kvinnor och 1064 män till antingen antenatal standardvård alternativt profylaxkurs. Syftet var att jämföra utfallet beträffande förlossningsupplevelsen, epiduralanvändning och upplevd stress tre månader efter förlossning. Resultatet visade inga signifikanta skillnader i någon av utfallsmåten (Bergström & Waldenström, 2009) vilket är i linje med denna studie då ingen signifikant skillnad påvisats beträffande stress hos papporna i profylaxgruppen. Frågan är om profylaxkursers fokus på förlossning inte tillgodoser pappors behov utan istället riskerar att påverka deras psykiska mående negativt. Kanske skulle en implementering av MBCP kunna vara mer effektivt än en profylaxkurs eftersom den forskning som finns talar för att MBCP ökar välmåendet samtidigt som den inkluderar antenatal utbildning för både mammor och pappor. Forskning visar också att pappor är mer nöjda när de får träffa andra pappor (Andersson & Rhonda, 2017; Widarsson et al., 2012) varför vi tror att en kombination av MBCP och pappagrupper skulle kunna optimera stödet och därmed synliggöra de blivande papporna.

Denna studie fann inga signifikanta skillnader i PSS eller FFMQ, vilket skiljer sig från Lönnberg et al. (2020) resultat, där signifikans påvisats i samtliga fyra utfallsmått hos gravida med förhöjd risk för depression och stress. Detta skulle kunna förklaras med att mammorna i Lönnberg et al. (2020) studie hade större förbättringspotential då de hade en förhöjd risk för depression och stress vid baslinjen till skillnad från papporna i denna studie.

En svaghet som kan ha påverkat deltagarnas engagemang var att medverkan krävde både tid och energi oavsett vilken grupp de deltog i. De behövde besvara enkäter online, delta på flertalet kurstillfällen samt göra hemövningar (i MBCP). Antal träffar skiljde sig åt, MBCP hade totalt nio träffar och profylaxgruppen tre. I MBCP var snittdeltagandet 5,9 gånger och bortfallet blev större (26 %) än i profylaxgruppen (15 %), vilket indikerar att ett kortare program kan vara mer lättillgängligt och enklare att fullfölja. I Warriner et al. (2018) studie gav MBCP effekt trots att den enbart bestod av fyra träffar vilket tyder på att en förkortning av nuvarande MBCP program kan vara fördelaktigt. Bortfallet i denna studie behöver dock inte enbart bero på interventionernas längd utan skulle kunna bero på att kvinnan som pappan följde med, avbröt på grund av graviditetsrelaterade besvär.

Utifrån författarnas initiala förförståelse samt att studier visat att pappor ofta upplevt sig som osynliga i vården under graviditeten (Deave & Johnson, 2008; Wells, 2016; Widarsson et al., 2012) antogs det att studien skulle visa på fler positiva effekter på utfallsmåtten då papporna vid flertal tillfällen fick möjlighet till lärande, utveckling och gemenskap. En tänkbar orsak till resultatet är att papporna inte hade någon förhöjd risk för psykisk ohälsa då studier på MBI har visats ge bättre effekt på depression och upplevd stress när deltagarna redan hade en förhöjd risk vid baslinjen (Lever Taylor Cavanagh, & Strauss, 2016; Shulman et al., 2017).

Ett EPDS resultat över 10 indikerar enligt Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi, & Ramchandani (2010) en risk för depression. I och med detta fanns inte utrymme för förbättring då EPDS för papporna i MBCP var 5,5 vid baslinjen. I en metaanalys av Lever Taylor et al. (2016) uppgav pappor att de fick större förståelse för sin partner och graviditeten genom MBCP där medveten närvaro hjälpt dem med anknytningen till sitt blivande barn samt hur de såg sig själva som förälder och i en kvalitativ studie av Lönnberg et al. (2018) intervjuades sex pappor som deltagit i en MBCP grupp där de ansåg att MBCP var en värdefull förberedelse inför föräldraskapet. Med stöd av dessa två studier anser författarna att MBCP skulle kunna vara en effektiv intervention trots att denna studie enbart visade signifikanta skillnader i två av fyra utfallsmått.

Studier visar att det är dags för ett paradigmskifte i vården, till ett brett familjecentrerat synsätt istället för att enbart fokusera på kvinnan under den perinatale perioden (Edward et al., 2015; Wong et al., 2015). På grund av den starka korrelationen mellan depression hos mammor och pappor, menar Wong et al. (2015) att i de fall mamman diagnostiserats med psykisk ohälsa så bör även pappan screenas och utredas. Psouni et al. (2017) lyfter vikten av att identifiera pappor med risk för depression för att minska risken för negativa konsekvenser hos deras barn. Att screena pappor för perinatal depression har visat sig vara både kostnadseffektivt och medföra positiva hälsoeffekter (Asper et al., 2018). Trots att EPDS har rekommenderats för pappor (Asper et al., 2018; Edward et al., 2015; Glasser & Lerner-Geva, 2019; Psouni et al., 2017) finns det enligt oss två hinder för implementering av detta verktyg. För det första söker inte män vård i samma utsträckning som kvinnor för psykiska besvär (Earls et al., 2019) och det andra fokuserar mödra- och barnhälsovården enbart på kvinnor och barn (Widarsson et al., 2012). Värt att notera enligt oss är att namnet mödrahälsovård riktar sig till just kvinnor och att pappor därmed utesluts i ett tidigt skede. Enligt vår erfarenhet har många mödrahälsovårdscentraler bytt namn till BMM för att signalera att även pappor är välkomna, men vi anser att det föreligger ett behov för ett mer centralt namnbyte.

I en rapport från Socialstyrelsen (2015) understryks vikten av att vårdgivare inom MHV behöver mer kunskap och förståelse kring pappors perspektiv och behov kopplat till graviditet, förlossning och föräldraskap vilket talar för att en perinatal vård för båda parter är av vikt. Flertalet studier belyser vikten av att fokus bör riktas på utveckling av effektiva perinatale interventioner för att främja pappors mentala hälsa (Massoudi et al., 2016; Rao et al., 2020; Stein et al., 2014). Duncan och Shaddix (2015) beskriver MBCP som en icke-stigmatiserande miljö med fokus på psykisk hälsa. Därmed skulle en implementering av ett MBCP-program kunna vara en salutogen insats då metoden kan användas för att preventivt minska risk för depressionssymtom, behandla befintliga symtom men även för att främja hälsa genom att involvera pappor i graviditeten samt stödja dem i övergången till det viktiga föräldraskapet.

6.3 Klinisk implikation och vidare forskning

MBI är implementerat i olika delar av svensk hälso- och sjukvård. Implikationen av vår studie är att MBCP också bör vara det eftersom depression och stress i samband med barnafödande är vanligt och forskning visar att pappors psykiska ohälsa påverkar barnets psykiska hälsa och mentala utveckling negativt. Idag finns ingen perinatal hälsovård som screenar eller behandlar pappor.

I enlighet med denna studies bakgrund insågs vikten av att inkludera pappor och författarna anser att studien visar på ett behov av vidare forskning. Resultatet talar för att MBCP kan ge effekt hos pappor utan förhöjd risk för depressiva symtom. Ett förslag vore att inkludera pappor som har en förhöjd risk för depression och/eller stress i en liknande studie.

En annan implikation av studien var att profylaxgruppens pappor ökade sina depressiva symtom samt att deras positiva sinnesstämning minskade. Enligt vår vetenskap finns det väldigt lite forskning om hur profylax-kurser påverkar pappor. Ett förslag till vidare forskning vore att ta reda på det, så att en i nuläget populär och etablerad föräldrakurs inte har en negativ inverkan på pappors psykiska hälsa inför föräldraskapet.

7 SLUTSATS

Syftet med studien var att undersöka om en mindfulnessbaserad föräldrakurs ökade pappors välmående i högre grad än en profylaxgrupp. Vi har i vår studie kunnat konstatera att MBCP främjade pappors välmående i högre grad än profylax.

Eftersom pappor ofta upplever sig som osynliga i MHV samtidigt som de inte har någonstans att vända sig vid behov behöver samhället mer kunskap och förståelse kring pappors perspektiv under graviditeten. Det behövs utveckling av effektiva interventioner för att kunna inkludera pappor perinatalt och således främja deras hälsa. MBCP skulle kunna vara ett kraftfullt verktyg och komplement till dagens MHV i att skifta fokus till ett mer familjecentrerat synsätt där blivande föräldrar ses som en enhet genom graviditeten och där båda får adekvat stöd i övergången till föräldraskap.

8 REFERENSER

Abbass-Dick, J., Sun, W., Stanyon, W.M., Papaconstantinou, E., D'Paiva, V., Jiwani-Ebrahim, N., & Dennis, C-L. (2020). "Designing a Mindfulness Resource for Expectant and New Mothers to Promote Maternal Mental Wellness: Parents' Knowledge, Attitudes and Learning Preferences." *Journal of Child & Family Studies*, 29 (1): 105–14. doi:10.1007/s10826-019-01657-5.

Adler, N. E., Horowitz, M., Garcia, A., & Moyer, A. (1998). Additional validation of a scale to assess positive states of mind. *Psychosomatic medicine*, 60(1), 26–32. doi:10.1097/00006842-199801000-00006

Alexander, K. (2018). Integrative Review of the Relationship Between Mindfulness-Based Parenting Interventions and Depression Symptoms in Parents. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(2), 184–190. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jogn.2017.11.013

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5 ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

Andersson, E., & Small, R. (2017). Fathers' satisfaction with two different models of antenatal care in Sweden - Findings from a quasi-experimental study. *Midwifery*, 50, 201–207. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2017.04.014

AnnasProfylax. Anna Frisk. (2019). Hämtad 2020-02-12 från <http://profylaxgruppen.se/1001>

Asper, M. M., Hallén, N., Lindberg, L., Månsdotter, A., Carlberg, M., Wells, M. B., ... Månsdotter, A. (2018). Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 241, 154–163. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2018.07.044

Bardacke, N. (2012). *Mindful Birthing*. HarperOne.

Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116(9), 1167–1176. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x

- Bhide, A., Shah, P. S., & Acharya, G. (2018). A simplified guide to randomized controlled trials. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(4), 380–387. doi:10.1111/aogs.13309
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385–396. doi: 10.2307/2136404
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Datainspektionen. (2020). Dataskyddsförordningen (GDPR). Hämtad från <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
- Deave T, & Johnson D. (2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 63(6), 626–633. <http://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x>
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of child and family studies*, 19(2), 190–202. doi:10.1007/s10826-009-9313-7
- Duncan, L. G., & Shaddix, C. (2015). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP): Innovation in Birth Preparation to Support Healthy, Happy Families. *International journal of birth and parent education*, 2(2), 30–33.
- Earls, M. F., Yogman, M. W., Mattson, G., Rafferty, J., & COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH (2019). Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*, 143(1), e20183259. doi:10.1542/peds.2018-3259
- Edmondson, O. J., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 365–368. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2010.01.069

- Edward, K., Castle, D., Mills, C., Davis, L., & Casey, J. (2015). An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health*, 26–34. doi.org/10.1177/1557988314526614
- Eklund, M., Bäckström, M., & Tuveusson, H. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Swedish version of the Perceived Stress Scale. *Nordic journal of psychiatry*, 68(7), 494–499. doi:10.3109/08039488.2013.877072
- Folkhälsomyndigheten. u.å.Handledning för pappagruppledare. Hämtad från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/pappamanual.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2017). Depression- Ett stort folkhälsoproblem som kan förebyggas. Hämtad 2020-03-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/depression-ett-stort-folkhalsoproblem-som-kan-forebyggas/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Statistik psykisk ohälsa. Hämtad 2020-02-20 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
- Glasser, S., & Lerner-Geva, L. (2019). Focus on fathers: Paternal depression in the perinatal period. *Perspectives in Public Health*, 139(4), 195–198. doi: 10.1177/1757913918790597
- Goodman J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26–35. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x
- Hess, A. S., & Hess, J. R. (2017). Understanding tests of the association of categorical variables: the Pearson chi-square test and Fisher's exact test. *Transfusion*, 57(4), 877–879. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/trf.14057
- Hicks, L. M., Dayton, C. J., & Victor, B. G. (2018). Depressive and trauma symptoms in expectant, risk-exposed, mothers and fathers: Is mindfulness a buffer? *Journal of Affective Disorders*, 238, 179–186. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.04
- Jedinger, A., Watteler, O., & Förster, A. (2018). Improving the Quality of Survey Data Documentation: A Total Survey Error Perspective. *Data*, 3(4), 45.. <http://dx.doi.org/10.3390/data3040045>

Jones, D., Ebert, L., & Hazelton, M. (2017). Mindfulness for men with pregnant partners: An integrative literature review (Part two). *British Journal of Midwifery*, 25(12), 783-791. doi 10.12968/bjom.2017.25.12.783.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005

Kim T. K. (2015). T test as a parametric statistic. *Korean journal of anesthesiology*, 68(6), 540–546. doi.org/10.4097/kjae.2015.68.6.540

Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 65(23), 2276–2284. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.2146/ajhp070364

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076

Lakens D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4, 863. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3389/fpsyg.2013.00863

Lever Taylor, B., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 11(5), e0155720. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1371/journal.pone.0155720

Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L. G., Sköld, C., ... Broberg, A. G. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire--reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive behaviour therapy*, 40(4), 291–303. doi:10.1080/16506073.2011.580367

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, DA., Rosenthal, R., Krause, ED., Johnson, S., Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95–106. doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95

- Lönnerberg, G., Jonas, W., Unternaehrer, E., Bränström, R., Nissen, E., & Niemi, M. (2020). Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression—Results from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2019.10.048
- Lönnerberg, G., Nissen, E., & Niemi, M. (2018). What is learned from Mindfulness Based Childbirth and Parenting Education? - Participants' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 466. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12884-018-2098-1
- Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2016). Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian journal of public health*, 44(7), 688–694. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1177/1403494816661652
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(5), 275–284. doi:10.1159/000228248
- Paulson J.F., & Bazemore S.D. (2010).Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961–1969. doi:10.1001/jama.2010.605
- Paulson, J. F., Keefe, H. A., & Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(3), 254–262. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x
- Phillips, A. W., Reddy, S., & Durning, S. J. (2016). Improving response rates and evaluating nonresponse bias in surveys: AMEE Guide No. 102. *Medical teacher*, 38(3), 217–228. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3109/0142159X.2015.1105945
- Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S., & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113–127. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.016

- Psouni, E., Agebjörn, J., & Linder, H. (2017). Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 58(6), 485–496. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/sjop.12396
- Psychogiou, L., Russell, G., & Owens, M. (2020). Parents' postnatal depressive symptoms and their children's academic attainment at 16 years: Pathways of risk transmission. *British journal of psychology (London, England : 1953)*, 111(1), 1–16. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/bjop.12378
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, & O'Connor TG. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365 North American Edition (9478), 2201–2205. Doi:10.1016/S0140-6736(05)66778-5
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390–398. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1097/CHI.0b013e31816429c2
- Rao, W. W., Zhu, X. M., Zong, Q. Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of affective disorders*, 263, 491–499. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2019.10.030
- Rickert-Olsson, R. (2019). *Bemötande vid psykisk ohälsa i mödra- och barnhälsovården: graviditet, förlossning, anknytning*. (Första upplagan). Stockholm: Gothia fortbildning.
- Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 414–418. doi:10.3109/08039488.2011.590606
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P & Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum- prevalens and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 97-104. doi: 10.1007/s00737-005-0078-8
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., & Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *The American psychologist*, 73(9), 1190–1200. doi:10.1037/amp0000376

Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & CONSORT Group (2011). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *International journal of surgery (London, England)*, 9(8), 672–677. doi: 10.1016/j.ijsu.2011.09.004

Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 235, 61–67. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2017.12.065

Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(3), 146–152. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.eurpsy.2006.10.006

Socialstyrelsen. 2015. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. Hämtad 2020-02-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-38.pdf>

SOU 1997:161. Stöd i föräldraskapet. Betänkande av utredningen om föräldrautbildningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtad 2020-02-04 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/sou1997-161-_GLB3161

SOU 2018:90. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Hämtad 2020-03-05 från https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-omradet-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utredning. (2017). *Metodbok*. Hämtad från <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Statistiska Centralbyrån. (2020a). Felmarginaler. Hämtad 20-03-05 från <https://www.scb.se/dokumentation/statistikguiden/kvalitet-i-statistiken/felmarginaler/>

Statistiska Centralbyrån. (2020b). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 20-02-24 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... Pariente, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet (London, England)*, 384(9956), 1800–1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0

Stressmottagningen. 2020. Vanliga frågor. Hämtad 2020-02-05 från <https://stressmottagningen.se/vanliga-fragor/>

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa (Rapport nr 76)*. Stockholm: SFOG

Thrane, C. (2019). *Kvantitativ metod: en praktisk introduktion*. (Första upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., ... Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European child & adolescent psychiatry*, 20(7), 341–350. doi:10.1007/s00787-011-0178-0

Vetenskapsrådet (2017). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Warriner, S., Crane, C., Dymond, M., & Krusche, A. (2018). An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*, 64, 1–10. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2018.05.004

Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1014–1023. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/apa.13501

Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal Of Perinatal Education*. 21(1), 36-44. doi: 10.1891/1058-1243.21.1.36

Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N., Thomson-Salo, F., Handrinos, D., & Judd, F. (2016). Perinatal mental health: Fathers - the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 8(4), 247–255. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/appy.12204

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2017.05.003

World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Hämtad 2020-01-30 från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organization. (2020). Maternal and child mental health. Hämtad 2020-02-11 från https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/

Wroe, J., Campbell, L., Fletcher, R., & McLoughland, C. (2019). “What am I thinking? Is this normal?” A cross-sectional study investigating the nature of negative thoughts, parental self-efficacy and psychological distress in new fathers. *Midwifery*, 79, N.PAG. /doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.08.009



15-03-23

Vi söker deltagare till en studie om

föräldrautbildning, stress och livskvalitet under graviditeten och som föräldrar

Vi samarbetar med din mödravård och vill informera och bjuda in dig och din partner att delta i en studie. Deltagarna i studien får gå en mer omfattande föräldrautbildning. Om du känner dig stressad eller oroad – om du exempelvis har ett stressigt jobb eller om du är oroad inför att föda barn och bli förälder – kan det här innebära en möjlighet till extra stöd.

Om du vill delta i studien kommer du att lottas till antingen en **(1) mindfulnessbaserad** föräldrakurs eller en **(2) föräldrakurs med psykoprofylax**. Din partner eller en stödperson är också välkommen att gå kursen tillsammans med dig.

(1) Den mindfulnessbaserade kursen innehåller praktiska övningar i mindfulnessmeditation och teori kopplad till att föda barn och bli förälder. Den är 8 veckor lång med veckovisa träffar på 2,5 timmar. Den bygger också på att deltagarna avsätter ungefär en halvtimme per dag för hemövningar under kursens gång.

(2) Kursen med psykoprofylax lär ut andningstekniker som används för att slappna av och fokusera för att underlätta förlossningsarbetet, och den tar också upp föräldraskap. Den har tre kurstillfällen på 3 timmar vardera, och övningar som man kan göra hemma.

Vi genomför denna studie för att försöka ta reda på vilka effekter föräldrakurser kan ge på välmående under graviditeten och hur bra de kan förbereda föräldrar inför förlossningen och inför att få barn.

Föräldrakurserna är gratis! Det vi kommer be dig att göra är att

- Fylla i en enkät vid fem tillfällen (vilket tar ca 15 minuter per tillfälle); före och efter genomgången kurs, samt 3, 9 och 15 månader efter barnets födelse. Vi vill även att din partner fyller i enkäterna.
- Före och efter kursen kommer vi be dig att lämna ett blodprov.

- Vi kommer också vilja mäta din hjärtfrekvensvariabilitet (HRV). Det görs genom att tre små elektroder klistras på bröstkorgen och sitter där i 5 minuter efter 10 minuters vila.
 - Vi kommer vilja få ta del av din förlossningsjournal och MVC och BVC journaler.
 - Vi kommer också fråga *några* av våra deltagare om vi får göra en individuell djupintervju (vilket man kan tacka ja eller nej till separat).
-

En del av studien handlar om barnets välmående och samspelet mellan föräldrar och barn vid drygt ett års ålder. Vi kommer då fråga

- om vi får mäta HRV på ert barn (genom att tre små elektroder klistras på bröstkorgen och sitter där i 5 minuter)
- om ni kan fylla i en enkät om ert barns utveckling
- alternativt om vi får komma på hembesök och videofilma er vid ett tillfälle (3 filmsekvenser om 5 minuter).

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avslutas. Allt insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt. Endast forskningsteamet kommer att ha tillgång till insamlad data och resultaten sammanställs på gruppbasis och redovisas så att det är omöjligt att identifiera individuella svar.

Ditt val att delta i studien eller ej påverkar inte din möjlighet att få annat stöd eller annan behandling.

Om du lämnade dina kontaktuppgifter på formuläret du fyllde i hos din barnmorska och om du möter våra inklusionskriterier kommer vi att ringa till dig och fråga om du vill delta.

Om du tackar ja kommer vi att boka in en tid för dig att göra HRV-mätningen, be dig lämna ett blodprov och fylla i den första enkäten. Därefter kommer du lottas till att antingen gå den mindfulnessbaserade föräldrakursen eller föräldrakursen med psykoprofylax. Båda kurser kommer ges på kvällstid i BBSFamilys lokaler, antingen i Gamla Stan eller på Kungsholmen.

Du kan också läsa denna information och fylla i formuläret på ki.se/kbh/foraldranutbildning-forskningsstudie

Om du har frågor om studien får du gärna kontakta oss!

Vänliga hälsningar,

Eva Nissen, Professor

Projektansvarig

eva.nissen@ki.se

08-524 824 08

Maria Niemi, PhD

maria.niemi@ki.se

08-524 801 45

Gunilla Lönnberg, doktorand

gunilla.lonnberg@ki.se

070-836 38 78



Informerat samtycke för studien om föräldrautbildning, stress och livskvalitet under graviditeten och som förälder

Vi genomför denna studie för att försöka ta reda på vilka effekter föräldrakurser kan ge på välmående under graviditeten och hur bra de kan förbereda föräldrar inför förlossningen och inför att få barn. Om du vill delta i studien kommer du att lottas till antingen en mindfulnessbaserad föräldrakurs eller en föräldrakurs med psykoprofylax. Din partner eller en stödperson är också välkommen att gå kursen tillsammans med dig.

Föräldrakurserna är gratis! Det vi kommer be deltagarna att göra är att:

- Fylla i en enkät vid fem tillfällen (vilket tar ca 20 minuter per tillfälle); före och efter genomgången kurs, samt 3, 9 och 12 månader efter barnets födelse. Vi vill även att partnern fyller i enkäterna.
- Komma på en intervju som tar mellan 45-60 minuter (bara du som är gravid).
- Vi kommer också vilja få ta del av förlossningsjournalen och MVC och BVC journaler samt ditt barns PKU-prov (ett prov som tas på alla nyfödda i Sverige).

En del av studien handlar om barnets välmående och samspelet mellan föräldrar och barn vid drygt ett års ålder. Vi kommer då att fråga:

- om vi får komma på hembesök och videofilma er vid ett tillfälle (3 filmsekvenser om 5 minuter).
- om vi får mäta hjärtrytmsvariabilitet på ditt barn (genom ett EKG då tre små elektroder klistras på bröstkorgen, vid hembesöket).

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avslutas. Allt insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast forskningsteamet kommer att ha tillgång till insamlad data. Resultaten sammanställs på gruppbasis och redovisas så att det är omöjligt att identifiera individuella svar. Alla personuppgifter som samlas genom mödrahälsovården (personnummer, kön, fullständig namn) hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204). Ansvarig för dina

personuppgifter är Karolinska Institutet. Ditt val att delta i studien eller ej påverkar inte din möjlighet att få annat stöd eller annan behandling.

Medgivande: Jag har läst och förstått den ovanstående informationen och väljer att delta i studien om föräldrautbildning, stress och livskvalitet under graviditet och föräldraskap.

Datum och ort: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____ Tfn nr: _____

Postadress
171 76 Stockholm

Besöksadress
Retzius väg 13A
171 76 Stockholm

Telefon
08-524 800 00
0708-836 38 78

E-Post
gunilla.lonnberg@ki.se
Webb
ki.se

Org. nummer 202100 2973

Den senare delen av studien, som handlar om samspelet mellan föräldrar och barn kan du ge ditt samtycke till eller avstå ifrån separat från första delen av studien. Om du är osäker kan du bara lämna det blankt nedan.

Jag samtycker till att mitt barn får delta i HRV-mätning och videofilmning om samspel.

Datum och ort: _____

Underskrift, förälder 1: _____

Underskrift, förälder 2: _____

Karolinska Institutet

Institutionen för Kvinnor och Barns Hälsa

Gunilla Lönnberg doktorand gunilla.lonnberg@ki.se 070-836 38 78

Simone Setterberg doktorand simone.setterberg@ki.se 070-799 95 74

Maria Niemi PhD maria.niemi@ki.se 08-524 801 45

Wibke Jonas PhD wibke.jonas@ki.se

Eva Nissen Professor, projektansvarig eva.nissen@ki.se

Bilaga 3 Sociodemografiska faktorer i baslinjeenkät



1. Markera vilken svarsgrupp du tillhör

- ☐ Gravid
- ☐ Partner

2. Ålder

3. Civilstatus

- ☐ Ensamstående
- ☐ Sambo
- ☐ Gift
- ☐ Särbo

4. Nationalitet

5. Arbete/Sysselsättning

6. Hur många timmar arbetar du i genomsnitt per vecka?

7. Utbildning

- ☐ Grundutbildning
- ☐ Gymnasienivå
- ☐ Universitet/Högskola

8. Hur mycket tjänar ditt hushåll per månad? (Ungefärlig bruttolön sammanlagt)

Under 25 000

25-40 000

40-60 000

Över 60 000

9. Har Du tidigare erfarenhet av meditation, eller mindfulnessutövning?

Ja

Nej

Om du svarar ja, ber vi dig beskriva vilken typ av meditation och hur många gånger du har utövat, och hur ofta.

10. Har du tidigare erfarenhet av yoga?

Ja

Nej



**Karolinska
Institutet**

**Markera vilken svarsgrupp du
1 tillhör**

- ☐ Gravid
- ☐ Partner

2. De följande 14 frågorna handlar om dina känslor och tankar under den senaste månaden. För varje fråga anger du ditt svar genom att markera det svar som bäst motsvarar hur ofta du känt eller tänkt på ett särskilt sätt.

Även om en del av frågorna liknar varandra finns det skillnader mellan dem och du bör behandla varje fråga separat. Det bästa är att besvara frågorna ganska snabbt. Det betyder att du inte ska försöka räkna antalet gånger du känt på ett särskilt sätt utan snarare ange det alternativ som känns som en rimlig uppskattning.

0 Aldrig 1 Nästan aldrig 2 Ibland 3 Ganska ofta 4 Världigt ofta

Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig upprörd på grund av att något oväntat har inträffat?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig nervös och stressad?

Hur ofta har du under den senaste månaden framgångsrikt hantera vardagsproblem och irritationsmoment?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du effektivt kunnat hantera ☐ viktiga förändringar som inträffat i ditt liv?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt tilltro till din egen förmåga att hantera personliga problem?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt att saker och ting gått din väg?

Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att du inte kunnat klara av allt du skulle ha gjort?

Hur ofta har du under den senaste månaden kunnat kontrollera irritationsmoment i ditt liv?

Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du har haft kontroll på saker och ting?

Hur ofta har du under den senaste månaden blivit arg på saker som har hänt och som du inte kunnat kontrollera?

Hur ofta har du under den senaste månaden kommit på dig själv med att tänka på saker som du måste göra?

Hur ofta har du känt under den senaste månaden haft kontroll över hur du använder din tid?

Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att svårigheter har tornat upp sig så mycket att du inte kunnat hantera dem?

3. Följande sex frågor handlar om positiva upplevelser. Hur ofta har du upplevt något av följande under de senaste 7 dagarna?

0 Inte alls

1 Lite

2 Måttligt

3 Ganska mycket

4 Våldigt mycket

Fokuserad uppmärksamhet: Att känna att man kan ägna sig åt en uppgift som man kan och vill genomföra.

Produktivitet: Att kunna arbeta med en uppgift tills den är slutförd, att göra någonting nytt för att lösa ett problem eller att uttrycka sig kreativt.

Omtanke om sig själv och andra: Att göra det som känns viktigt för att ta hand om sig själv eller någon annan.

Vila och återhämtning: Att känna sig avslappnad och avspänd utan att bli distraherad.

Sinnlig njutning: Att kunna njuta av kroppslig njutning, givande tankeverksamhet eller att njuta av saker du normalt sett tycker om att göra som t.ex. lyssna på musik, vara i naturen eller ligga i ett varmt bad.

Gemenskap: Att kunna dela tillvaron med andra på ett ömsesidigt givande och nära sätt, som när man pratar, promenerar eller bara vistas tillsammans.

4. EDS

Var vänlig markera det svar som bäst stämmer överens med hur du känt dig under de senaste 7 dagarna, inte bara hur du mår idag.

Jag har kunnat skratt och se tillvaron från den ljusa sidan...

Lika bra som vanligt

Nästan lika bra som vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

5. Jag har glatt mig åt saker som ska hända...

Lika mycket som vanligt

Något mindre än vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

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

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Inte så ofta

Nej, aldrig

7. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning...

Nej, inte alls

Knappast alls

Ja, ibland

Ja, mycket ofta

8. Jag har känt mig skrämd eller panikslagen utan speciell anledning...

Mycket ofta

Ja, ibland

Nej, ganska sällan

Nej, inte alls

9. 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

10. Jag har känt mig ledsen och nere...

Ja, för det mesta

Ja, rätt ofta Nej, sällan

Nej, aldrig

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

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Nej, sällan

Nej, aldrig

12. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit...

Ja, nästan jämt Ja, ganska ofta

Bara någon gång

Aldrig

13. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit...

Ja, rätt så ofta

Ja, då och då Knappast alls

Aldrig

14. Skatta följande påståenden genom att välja det svaret som stämmer bäst med din egen uppfattning om hur det i allmänhet är för dig.

1 Aldrig/Nästan 2 Sällan 3 Ibland 4 Ofta 5 Alltid aldrig

När jag går, lägger jag med avsikt märke till hur det känns att röra kroppen.

Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor.

Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga.

Jag lägger märke till mina känslor utan att behöva reagera på dem.

När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad.

När jag tar en dusch eller ett bad så är jag uppmärksam på upplevelsen av vatten på min kropp.

Jag har lätt för att sätta ord på mina uppfattningar, åsikter och förväntningar.

Jag är inte uppmärksam på vad jag gör, på grund av att jag dagdrömmer, oroar mig eller är distraherad på andra sätt.

Jag kan iaktta mina känslor utan att bli uppslukad av dem.

Jag säger till mig själv att jag inte borde känna som jag gör.

Jag lägger märke till hur mat och dryck påverkar mina tankar, känslor och hur det känns i kroppen.

Jag är uppmärksam på känselintryck, till exempel av vinden i mitt hår eller solen på mitt ansikte.

Jag har problem med att hitta de rätta orden för att uttrycka vad jag tycker om saker och ting.

Jag gör bedömningar av om mina tankar är bra eller dåliga.

Jag tycker att det är svårt att hålla kvar min uppmärksamhet på det som händer i nuet.

När jag har känslomässigt upprörande tankar eller inre bilder tar jag ”ett steg tillbaka, och är medveten om tanken eller bilden utan att överväldigas av den.

Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar.

När jag känner något i kroppen är det svårt för mig att beskriva det, eftersom jag inte kan hitta de rätta orden.

När jag har tankar eller inre bilder som får mig att må dåligt, blir jag lugn igen snart efteråt.

Jag säger till mig själv att jag inte borde tänka som jag gör.

Jag lägger märke till hur saker luktar och smakar.

Även när jag är fruktansvärt upprörd kan jag hitta ett sätt att uttrycka det i ord.

Jag hastar igenom aktiviteter utan att vara riktigt uppmärksam på dem.

När jag har tankar eller inre bilder som får mig att känna mig illa till mods, kan jag lägga märke till dem utan att behöva göra något.

Jag lägger märke till detaljer i konstverk och i naturen, som färger, former, eller mönster av ljus och skugga.

Det känns naturligt för mig att sätta ord på mina upplevelser.

När jag har tankar eller inre bilder som jag mår dåligt av, noterar jag dem bara och släpper dem sedan.

Jag kommer på mig själv med att göra saker utan att vara uppmärksam.

Jag ogillar mig själv när jag har konstiga eller ologiska tankar.