

PAPPA PÅ BARNRÅDGIVNING

En kvalitativ studie om pappornas
upplevelser av möten vid barnrådgivningen

Magisteravhandling
Vårdvetenskap
Författare: Tiina Ahti
Handledare: Regina
Santamäki Fischer, MD
Åbo Akademi
Fakulteten för pedagogik och
välfärdstudier
Enheten för vårdvetenskap
Hösten 2017

ABSTRACT

ÅBO AKADEMI	Faculty of Education and Welfare Studies Department of Caring Science
Author:	Tiina Ahti
Supervisor:	Regina Santamäki Fischer (Ph.D.)
Master's Thesis CARING SCIENCE	Father at child health care clinic – A qualitative study of fathers' experiences of encounters at child health care clinics
Keywords:	Child health clinic, father, public health nurse, qualitative research
December 2017	Page numbers: 104 Appendices: 6

Fathers' experiences of encountering public health nurses in child health care clinics were studied as the subject of this Master's thesis. Research questions were formulated as 1. What signifies a good encounter with a public health nurse from the father's point of view? 2. What takes place in the encounter of the father and the public health nurse? 3. How does the encounter influence the father's sense of fatherhood and wellbeing? The thesis aims to explore these research questions through a literature review and qualitative interviews. The literature review includes studies examining fathers in child health care clinics published in the Nordic countries, and studies of the encounter between the nurse and the patient published by the faculty of Nursing science of Åbo Akademi. Fathers of small children living in Helsinki were studied by a semi-structured interview. Eight individual interviews were analyzed. The material was analyzed using qualitative content analysis and hermeneutical methods of interpretation, resulting in an inductive analysis in which themes emerge from the raw data. The thesis is written in a framework of family nursing. Family nursing emphasizes the role of the family in nursing.

Fathers experience that it is worthwhile for fathers to participate in visits to the child health care clinics. This study finds that the encounter with the public health nurse helps the father see himself as *a more wholesome parent*. The public health care nurse gives the father confirmation of his parenthood and an opportunity to increase his confidence as a parent. Fathers feel equal and equipotential to the mother when equally acknowledged and treated by the public health nurse. Encounters with the public health nurse provide *security and safety* as the father receives information and affirmation of his earlier perceptions, and certitude that the child is developing normally. Trust in the professionalism of the public health nurse and continuity in care result in a sense of safety and confidence in the encounter. An ambiance of ease and calm is created by the public health nurse's presence, which helps the father *to confide and share*. The father feels that he can be himself and needs not hesitate to ask questions. All encounters are unique because the interaction between father and nurse is modified by the father's personality and social skills, as well as the public health nurse's personality and professionalism. The child and the everyday routines of the family are discussed. The opportunity to receive an impartial assessment by a professional public health nurse and an opportunity to view one's circumstances from an impartial observer's point of view is appreciated by fathers. However, the child health care clinic is not experienced to be an appropriate setting to discuss the personal experience of fatherhood. Fathers do not always feel that they know when to consult the clinic or what it is appropriate to discuss there.

ABSTRAKT

ÅBO AKADEMI	Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier Institutionen för vårdvetenskap
Författare:	Tiina Ahti
Handledare:	Regina Santamäki Fischer (MD)
Magisteravhandling VÅRDVETENSKAP	Pappa på barnrådgivning – En kvalitativ studie om pappornas upplevelser av möten vid barnrådgivning
Sökord:	Barnrådgivning, pappa, hälsovårdare, möte, kvalitativ studie
December 2017	Sidantal: 104 Bilagor: 6

Avhandlingens syfte är att granska hur pappor upplever mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen. För att nå detta syfte har följande forskningsfrågor formulerats: 1. Vad innebär ett bra möte med hälsovårdare vid barnrådgivning ur pappans synpunkt? 2. Vad sker i mötet mellan pappa och hälsovårdare? 3. Hur påverkar mötet mellan pappa och hälsovårdare pappans välmående och faderskap? Avhandlingen strävar efter att svara på forskningsfrågor med hjälp av en litteraturöversikt och en kvalitativ forskningsintervju. Litteraturöversikten består av tidigare studier som handlar om pappa i en nordisk rådgivningsbyråkontext och vårdvetenskapliga studier som har genomförts vid Åbo Akademi rörande mötet mellan vårdare och patient. Målgrupp för den kvalitativa forskningsintervjun är småbarnspappor som bor i södra Helsingfors. Intervjun är semistrukturerad. Forskningsmaterialet består av åtta individuella intervjuer. Analysen genomförs med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och enligt en hermeneutisk tolkningstradition. Innehållsanalysen är induktiv och utgår från textens innehåll. Denna avhandling har sin teoretiska grund i familjevårdvetenskap där betoning ligger på tanken att hela familjen och dess välmående tas i beaktande i genomförandet av vården.

Enligt papporna lönar det sig att som pappa komma till barnrådgivningen och att hela familjen står i fokus. Studien visar att mötet med hälsovårdaren främjar pappan *att känna sig som en fullständig förälder*. Vid barnrådgivningen får pappan bekräftelsen på sitt faderskap av hälsovårdaren och möjlighet att förstärka sitt självförtroende som pappa. När hälsovårdaren beaktar och behandlar de båda föräldrarna likadant skapar det upplevelsen av att pappan är en likvärdig förälder och lika kapabel som mamman. Möten med hälsovårdaren medför också *känslan av trygghet och säkerhet* när pappan får kunskap och bekräftelse på sina tidigare kunskaper samt säkerhet att allt i barnets utveckling och uppväxt framskrider normalt. Tillit till hälsovårdarens yrkeskunnighet och kontinuitet medför också känslan av trygghet och säkerhet i mötet med hälsovårdaren. Hälsovårdaren skapar med sin hållning och närvaro skapar en naturlig och lugn stämning som främjar pappan *att dela med sig och öppna sig* vid barnrådgivning. Pappan kan vara sig själv och behöver inte skämmas över att fråga. Alla möten är individuella eftersom pappans personlighet och sociala förmågor samt hälsovårdarens personlighet och professionalitet påverkar växelverkan mellan pappa och hälsovårdare. Det samtalas om temana rörande barnet och familjens vardagsarrangemang. Papporna uppskattar att de kan få utomstående synpunkter av en yrkeskunnig hälsovårdare och möjlighet att betrakta situationen med lite utomstående ögon. Men barnrådgivningen anses inte vara ett rätt ställe att samtala om upplevelser som faderskapet har medfört. Papporna vet inte alltid i hurdana frågor de kan vända sig till barnrådgivningen eller vilka teman som är relevanta att samtala om.

ABSTRAKTI

ÅBO AKADEMI	Kasvatustieteen ja hyvinvointialojen tiedekunta Hoitotieteen yksikkö
Kirjoittaja:	Tiina Ahti
Ohjaaja:	Regina Santamäki Fischer (TtT)
Maisteritutkielma HOITOTIEDE	Isä lastenneuvolassa – Laadullinen tutkimus isien kokemuksista kohtaamisista lastenneuvolassa
Avainsanat:	Lastenneuvola, isä, terveydenhoitaja, kohtaaminen, laadullinen tutkimus
Joulukuu 2017	Sivumäärä: 104 Liitteet: 6

Tutkielman tavoitteena on kartoittaa isien kokemuksia kohtaamisista lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tavoitteen ympärille laadittiin seuraavat tutkimuskysymykset: 1. Mitä hyvä kohtaaminen lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa tarkoittaa isän näkökulmasta? 2. Mitä isän ja terveydenhoitajan välisessä kohtaamisessa tapahtuu? 3. Miten isän ja terveydenhoitajan välinen kohtaaminen vaikuttaa isän isyyteen ja hyvinvointiin? Tutkielma pyrkii vastaamaan tutkimuskysymyksiin kirjallisuuskatsauksen ja laadullisen haastattelun avulla. Kirjallisuuskatsaus koostuu aikaisemmista pohjoismaissa julkaistuista tutkimuksista, jotka käsittelevät isää neuvolan asiakkaana, sekä Åbo Akademiassa julkaistuista, hoitajan ja potilaan kohtaamista tarkastelevista hoitotieteellisistä tutkimuksista. Laadullisen haastattelun kohderyhmänä ovat Helsingissä asuvien pikkulapsiperheiden isät. Haastattelu on puolistrukturoitu. Tutkimusmateriaali koostuu kahdeksasta yksilöhaastattelusta. Aineisto analysoidaan hermeneuttisen tulkintaopin mukaisesti laadullisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on induktiivinen perustuen tekstin esiin tuomiin merkitysisältöihin. Tutkielman teoreettinen näkemys on perhehoitotieteellinen. Perhehoitotieteessä painottuu koko perheen huomioiminen hoitotyön toteutuksessa.

Isät kokevat, että isien kannattaa osallistua lastenneuvolakäynneille, ja että koko perhe tulee huomioduksi. Tutkimus osoittaa, että terveydenhoitajan kohtaaminen *edesauttaa isää tuntemaan itsensä kokonaisvaltaiseksi vanhemmaksi*. Lastenneuvolan terveydenhoitajalta isä saa vahvistusta isyydelleen ja mahdollisuuden vahvistaa itsevarmuutta isänä. Isät kokevat olevansa yhdenvertaisia ja yhtä kykeneväisiä kuin äidit terveydenhoitajan huomioissa ja kohdellessa yhtäläisesti molempia vanhempia. Kohtaamiset terveydenhoitajan kanssa tuovat myös *turvaa ja varmuutta* isän saadessa tietoa ja vahvistusta aikaisempiin käsityksiinsä sekä varmuuden, että kaikki lapsen kehityksessä ja kasvussa etenevät normaalisti. Luottamus terveydenhoitajan ammattitaitoon ja jatkuvuus tuovat myös turvallisuuden ja varmuuden tunteita kohtaamisissa terveydenhoitajan kanssa. Terveydenhoitaja luo olemuksellaan ja läsnäolollaan luonnollisen ja rauhallisen tunnelman, mikä *auttaa isää jakamaan ja avautumaan*. Isä voi olla oma itsensä eikä hänen tarvitse hävetä kysymyksiään. Kaikki kohtaamiset ovat ainutlaatuisia, koska isän persoonallisuus ja sosiaaliset taidot sekä terveydenhoitajan persoonallisuus ja ammatillisuus vaikuttavat isän ja terveydenhoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Keskustelua käydään lapseen ja perheen arjen järjestelyihin liittyen. Isät arvostavat, että he voivat saada ammattitaitoiselta terveydenhoitajalta ulkopuolisia näkemyksiä ja mahdollisuuden tarkastella omaa tilannetta ulkopuolisen silmin. Lastenneuvolan ei kuitenkaan koeta olevan oikea paikka puhua isyyden mukanaan tuomista tuntemuksista. Isät eivät aina tiedä, minkälaisissa asioissa he voivat kääntyä lastenneuvolan puoleen tai mistä asioista lastenneuvolassa voi keskustella.

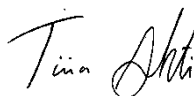
FÖRORD

Jag började mina studier i enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi hösten 2015. Studierna vid Åbo Akademi har gett mig mycket i en akademisk och professionell mening. De har fördjupat min förståelse av vårdverklighet och dess komplexitet samt väckt mitt intresse för att leta efter vårdandets kärna. Processen av min pro gradu-avhandling började hösten 2016. Den har varit en lång och händelserik process. Det har krävt mycket arbete innan avhandlingen fick sin slutliga form. Jag pendlade mellan olika teoretiska perspektiv och forskningsmetoder och skrev många sidor av utkast innan jag hittade min väg.

Att arbeta med familjer ligger varmt om mitt hjärta. Via min avhandling ville jag gynna praktik och arbetet som genomförs på rådgivningsbyråer. För att bli bekant med familjen och för att få en omfattande syn om välmående i familjen anser jag det vara viktigt att de båda föräldrarna finns med på besöket. Men det allra viktigaste är att jag som hälsovårdare bättre kan stödja de båda föräldrarna i sin viktiga uppgift när de båda är med. Varför bara en del av papporna kommer till rådgivningsbyråer och vad som rådgivningsbyråer kan ge åt pappor har intresserat mig och har inspirerat mig för att närmare granska fenomenet via denna avhandling.

Många viktiga personer har möjliggjort att min process kan nå sin slutpunkt. Ett varmt tack till de underbara pappor som jag hade äran att intervjua och som ville dela med sig av sina upplevelser för att pappornas röst blev hörd. Jag vill tacka mina underbara kollegor som har hjälpt mig hitta pappor. Ett stort tack till min handledare, Regina Santamäki Fischer som har handlett och stött mig med sitt vetenskapligt kunnande och med hängivenhet. Tack för alla dessa stunder som du har tillbringat med mina texter och för din förståelse. Ett hjärtligt tack för mina medstudierande. Tack för alla givande diskussioner, kommentarer och uppmuntran som jag har fått av er. Mina närmaste har bevittnat mina med- och motgångar under processens gång. Ert stöd och tillit till mig har gett mig kraft och hopp. Tack för mina kära föräldrar som har tagit hand om mig och trott på mig på bästa möjliga sätt. Jag kan inte förbise min gamla katt som lojalt har befunnit sig bredvid mig under skrivningsfas. Framförallt vill jag tacka min kära make, Johan. Tack för din hjälp, förståelse och tålamod. Du trodde på att jag kunde klara av.

Helsingfors 15.12.2017



Tiina Ahti

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT

ABSTRAKT

ABSTRAKTI

FÖRORD

1 INLEDNING	1
2 CENTRALA BEGREPP	3
2.1 Faderskap – en livslång uppgift	3
2.1.1 Definition av faderskap	3
2.1.2 Manifestation av faderskap under historiens gång och det delade faderskapet	4
2.1.3 Pappors upplevelser av faderskap	7
2.2 Rådgivningsverksamhet	12
2.2.1 Mål och uppgifter	12
2.2.2 Hälsovårdarens roll	13
2.2.3 Pappor på rådgivningsbyråer – nationella rekommendationer	13
2.3 Mellanmänskligt möte	15
3 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	17
4 FORSKNINGSOVERSIKT	18
4.1 Litteraturundersökning	18
4.2 Hälsovårdarens upplevelser av att möta pappor vid barnrådgivningen	20
4.2.1 Hälsovårdarens upplevelser av pappors delaktighet	20
4.2.2 Attityder hos hälsovårdare att arbeta med pappor	21
4.2.3 Varför är det viktigt att pappa är med på besöket ur hälsovårdarens perspektiv?	22
4.2.4 Svårigheterna i växelverkan enligt hälsovårdare	23
4.3 Pappors upplevelser av barnrådgivning	24
4.3.1 Delaktighet ur pappors synpunkt	24

4.3.2 Pappors förväntningar	24
4.3.4 Positiva upplevelser bland pappor	26
4.3.5 Negativa upplevelser bland pappor	27
4.4 Växelverkan mellan pappa och hälsovårdare.....	28
4.5 Mötet mellan vårdare och patient.....	29
4.5.1 Att finnas där för den andra	29
4.5.2 Symmetri och asymmetri	30
4.5.3 Att våga bli berörd och att ha mod att möta den andra	31
4.6 Sammanfattande reflektion och konklusion.....	32
5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	36
6 BESKRIVNING AV FORSKNINGSPROCESSEN	38
6.1 Metodologiska utgångspunkter	38
6.2 Forskarens egen förförståelse.....	40
6.3 Urval och deltagare	43
6.4 Datainsamling och material.....	46
6.5 Analys av data	49
7 ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR	52
8 RESULTAT	56
8.1 Allmänna upplevelser av att komma som man och pappa till barnrådgivning	56
8.2 Att känna sig som en fullständig förälder	59
8.2.1 Att få bekräftelse och självförtroende som pappa.....	59
8.2.2 Att bli beaktad och behandlad likvärdigt med mamman	61
8.3 Känslan av trygghet och säkerhet	64
8.3.1 Att få bekräftelse på att allt är normalt.....	64
8.3.2 Att få stöd via kunskap.....	65
8.3.3 Tillit till hälsovårdaren	66
8.3.4 Kontinuitet	67
8.4 Att kunna dela med sig och öppna sig	70

8.4.1 En naturlig och lugn stämning	70
8.4.2 Personliga och professionella element som en del av delandet	72
8.4.3 Delande av erfarenheter och funderingar rörande barnet och familjens vardagsarrangemang	73
8.4.4 Känslor av osäkerhet och irrelevans rörande teman som handlar om själva pappan	74
8.5 Sammanfattning av resultat och konklusion	77
9 DISKUSSION	83
10 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	94
11 SLUTSATS	102

LITTERATUR

TABELLER

Tabell 1 Bakgrundsinformation om papporna

FÖRTECKNING ÖVER BILAGOR

Bilaga 1	Forskningsdesign
Bilaga 2	Informationsbrevet till hälsovårdarna
Bilaga 3	Informationsbrevet till papporna
Bilaga 4	Intervjuguide
Bilaga 5	Samtyckesblankett
Bilaga 6	Exempel på analysprocess

1 INLEDNING

Pappornas roll i västerländska barnfamiljer har förändrats genom tiderna. Nuförtiden talas mycket om ett jämlikt och delat föräldraskap och ett engagerat faderskap som innebär att pappan aktivt deltar i och engagerar sig i vården av barnet. Båda föräldrarna ger barnet både vård och ömhet samt håller fast vid de gränser som de gemensamt har kommit överens om. Det finns mycket studier som visar att ett delat föräldraskap gynnar barnets hälsa och utveckling samt mannens och hela familjens välmående (Lamb 2010, 7; Lammi-Taskula & Salmi 2014, 85–86; Säävälä, Keinänen & Vainio 2001, 8, 23). Även om mannen är motiverad till och redo för det delade föräldraskapet är det inte alltid lätt att genomföra det (Fägerskiöld 2008, 68; Goodman 2005, 193; Nyström & Öhring 2004, 326). I Finland har pappans delaktighet under de senaste åren stötts genom att utveckla förmånerna för barnfamiljer (Eydal, Gislason, Rostgaard, Brandth, Duvander & Lammi-Taskula 2015, 168, 175). Också rekommendationer för mödra- och barnrådgivning betonar pappans delaktighet i barnvård och uppfostran och möjligheter att redan under graviditetstiden växa in i rollen av en engagerad pappa (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 86; Handbok för mödrarådgivningen. Nationell rekommendation 2015, 30). Rådgivningsverksamheten har en lång historia i Finland (Institutet för hälsa och välfärd 2014). En av rådgivningsbyråns uppgifter är att hjälpa de båda föräldrarna att utföra ett jämlikt och delat föräldraskap. Enligt statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) borde hela familjen ses som en klient på rådgivningsbyrån.

Under de senaste åren har pappornas delaktighet på rådgivningsbesöken ökat. Det har varit en stor kulturell förändring inom rådgivningsverksamheten samt bland papporna. Det kan också anses vara ett relativt nytt fenomen att pappan är med på rådgivningsbesök, och denna övergångstid upplevs fortfarande vara på gång i en viss mån. Därför kan det ännu vara lite svårt och utmanande för hälsovårdaren att möta pappan på rådgivningsbyrån, ta reda på hans stödbehov och beakta dem speciellt om pappan sällan besöker rådgivningsbyrån. Hälsovårdaren kan anses vara den viktigaste personen inom den officiella hälsovården som erbjuder pappan stöd för sitt faderskap (Fägerskiöld 2006, 83; Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 2008, 47.) Hälsovårdarna på rådgivnings-

byråerna möter dagligen småbarnsfamiljer. Därför har de goda möjligheter att öka föräldrarnas kunskap om det jämlika föräldraskapet och främja det delade föräldraskapet. (Hakulinen, Onwen-Huma, Varsa, Pulkkinen & Sand 2016, 4.)

Mötet spelar en viktig roll i växelverkan mellan två människor. Via mötet blir den andra verklig med sin unikheter. Mötet är alltid unikt till sin karaktär och sker i en viss tid och ett visst rum samt av vissa människor. (Holopainen 2016, 44.) Det som karaktäriserar mötet är att det inte helt kan kontrolleras (Nåden 2000, 84). I hälsovårdskontext vill patienten bli hörd, förstådd och sedd som en unik människa och av en annan människa, det vill säga vårdaren. Patienten måste få lita på vårdarens professionalitet och tillförlitlighet samt att vårdaren bär det största ansvaret för situationen. När patienten känner sig själv värdig och litar på den andra vågar han eller hon småningom klä sina upplevelser i ord och dela med sig med vårdaren. (Holopainen, Kasén & Nyström 2015, 51–53; Nåden 2000, 85.)

Syftet med den här avhandlingen var att granska hur småbarnspappor upplevde mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivning. Vad innebär ett bra möte med hälsovårdare ur pappans synpunkt? Vad sker i mötet mellan pappa och hälsovårdare? Hur påverkar mötet mellan pappa och hälsovårdare pappans välmående och faderskap? Avhandlingen strävade efter att svara på forskningsfrågor och att nå syftet med hjälp av en litteraturöversikt och en kvalitativ forskningsintervju. Det reflekterades över hur papporna kunde dra nytta av barnrådgivningens hälsofrämjande arbete och hur en familjecentrerad hälsovård hade förverkligats ur pappornas synpunkt. Avhandlingen synliggjorde pappornas upplevelser. Resultaten kunde utnyttjas i utvecklingsarbetet av rådgivningsverksamhet och i en professionell utveckling av hälsovårdarna.

Målgrupp för den kvalitativa forskningsintervjun var småbarnspappor som hade ett eller flera barn och åtminstone ett av barnen var ungefär ett år gammalt. Papporna blev rekryterade i Helsingfors med hjälp av hälsovårdare på rådgivningsbyråerna i södra Helsingfors. Åtta individuella intervjuer genomfördes under våren 2017. Analysen genomfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och enligt en hermeneutisk tolkningstradition. Innehållsanalysen var databaserad, vilket innebar att analysen utgick från textens innehåll. Denna avhandling har sin teoretiska grund i familjevårdvetenskap. I familjevårdvetenskap riktas fokus mot en familjecentrerad vård. Den familjecentrerade vården innebär att hela familjen och dess välmående tas i beaktande i utförandet av vården. Syftet med den familjecentrerade vården är att stödja och förstärka funktionsförmåga och välmående i familjen och hos dess enskilda familjemedlemmar.

2 CENTRALA BEGREPP

Barnets födelse påverkar mannens liv och familjedynamik på många olika sätt: barnet medför förändringar i tidsanvändning, arbetsfördelning, ekonomi, parförhållandet och vardagens flexibilitet. En del av dessa förändringar är positiva, medan en del kan vara negativa och påfrestande. (Fägerskiöld 2008, 61; Goodman 2005, 197; Nyström & Öhrling 2004, 324.) Faderskapet har aldrig förut varit lika mycket på tal som det är idag (Eerola & Mykkänen 2014, 7). Faderskapet har lyfts fram i en vetenskaplig och politisk diskussion samt i en allmän diskussion, i populärkulturen och i sociala medier. Man har blivit intresserad av faderskapets betydelse inte bara för barnets hälsa och utveckling utan också för mannens välmående (Huttunen 2010, 178). Rådgivningsverksamhet har en lång historia i Finland, och hälsovårdaren kan anses vara den viktigaste personen inom den officiella hälsovården som erbjuder pappan stöd för sitt faderskap. Mötet spelar en viktig roll i hälsovårdskontext för att en fungerande växelverkan och relation kan skapas.

2.1 Faderskap – en livslång uppgift

2.1.1 Definition av faderskap

I ett det svenska språket finns det två olika ord för att kalla en manlig förälder: Utanför familjekontext är ordet *fader* eller *far* vanliga bland vuxna personer. Fader eller far används också i en religiös kontext för att beskriva Gud och för att beskriva manliga myndighetspersoner. Ordet *pappa* används i ett vardagligt språk. (SAOB – Ordbok över svenska språket utgiven av Svenska Akademien.) Dessutom används ordet *pappa* inom rådgivningsbyråkontext och allt mer inom ett officiellt sammanhang (se Folkpensionsanstalten; Handbok för mödrarådgivningen – nationell rekommendation 2015; Social- och hälsovårdsministeriet). I den här avhandlingen bestämde jag mig för att använda begreppet ”pappa” eftersom det är mest använt inom rådgivningsbyråkontext och alltmer också inom allmänna språkbruk.

Forskarna Eerola och Mykkänen (2014, 10–11), som har forskat om faderskap i Finland, beskriver att begreppet ”pappa” hänvisar till barnets manliga förälder och faderskap till mannens föräldraskap. De har identifierat fyra olika dimensioner av faderskap: *Det biologiska faderskapet* omfattar mannens och barnets biologiska relation. *Det juridiska faderskapet* innebär rättigheter och förpliktelser gentemot barn som är styrda av lagstiftning. Pappan som får sitt barn inom äktenskapet klassificeras som barnets juridiska pappa. Mannen kan också definieras som barnets juridiska förälder genom erkännande av faderskap eller adoption. *Det sociala faderskapet* skapas genom växelverkan och att leva sin

vardag tillsammans med barnet. *Det psykologiska faderskapet* grundar sig på en känslomässig och ömhetsfylld relation mellan man och barn, där barnet anser mannen vara sin pappa samt har förtroende för och är fäst vid honom. Eerola och Mykkänen (2014, 11) påpekar att olika definitioner av faderskap inte utesluter varandra. Tvärtom kan mannen definieras vara pappa i alla fyra dimensioner.

Enligt Huttunen (2010, 175–176) blev faderskap ett forskningsintresse under 1980- och 1990-talet: Det insågs att faderskapet påverkade mannens värdegrund, livets prioriteter och hälsobeteende på många olika sätt. Faderskapet utvecklade mannens sociala förmågor och mannen fick nya dimensioner i sitt liv. Samtidigt skärptes kriterierna för ett bra faderskap: enligt Eerola och Mykkänen (2014, 7) måste mannen nuförtiden vara både en engagerad, hjälpsam och omsorgsfull pappa, en kärleksfull make samt en flitig och samvetsgrann arbetstagare.

Det som också har påverkat att faderskapet har blivit ett forskningsintresse är att det finns mycket bevis på att barnet drar nytta av att ha två föräldrar och nära relationer med andra vuxna. Då får barnet mer stimulans som gynnar hans eller hennes utveckling. Pappans deltagande och engagemang har positiva effekter på barnets utveckling, hälsa och liv i allmänhet: pappans närvaro utvecklar barnets sociala, emotionella och kognitiva förmågor. (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid & Bremberg 2007, 155; Lamb 2010, 7.) En bra och fungerande växelverkan mellan pappa och barn förebygger känslö- och beteendestörningar, såsom depression, rastlöshet, ångest och drogmissbruk, senare i barnets liv (Habib, Santoro, Kremer, Toumbourou, Leslie & Williams 2010, 1754–1755; Lamb 2010, 5). Att pappan är närvarande stödjer barnets språkutveckling och har en positiv inverkan på barnets skolframgång och utbildningsnivå (Flouri & Buchanan 2004, 150; Holmes & Huston 2010, 220; Lamb 2010, 8). En ömsesidig växelverkan mellan pappa och barn kan förbereda barnet för att möta livets motgångar och utveckla hans eller hennes stresshanteringsförmågor (Mallers, Charles, Neupert & Almeida 2010, 1657). Pappans delaktighet är också sammankopplad med barnets ökande tillfredsställelse i sitt eget parförhållande och föräldraskap senare i livet (Lewis & Lamb 2003, 219).

2.1.2 Manifestation av faderskap under historiens gång och det delade faderskapet

Faderskap har aldrig varit ett stabilt eller enhetligt fenomen utan är beroende på samhällets tillstånd och kultur samt allmänna åsikter om hurdana män är och hurdana pappor de borde vara. Eerola och Mykkänen (2014, 12–13) konstaterar att faderskapet och dess manifestation varierar i relation till tid och kultur, medan moderskapet har varit ett relativt

stabil fenomen och varierar lite mellan olika kulturer. Enligt Evans (2003, 38) blir kulturens påverkan synligt i vår vardag då vissa förväntningar ställs på man och kvinna: hur mannen eller kvinnan borde bete sig, tänka och se ut. Nuförtiden är den rådande tanken att maskulinitet och kvinnlighet inte är medfödda egenskaper hos människan utan skapade av kulturen. Därför är också faderskapet delvis konstituerat av den rådande kulturen och dess aktuella trender. Dessutom, som Fägerskiöld (2008, 68) påpekar, påverkar mannens personliga egenskaper, sociala tillstånd och egna barndomsupplevelser på hans sätt att vara pappa. Dagens faderskapsideal kan vara annorlunda än mannen själv har erfarit under sin barndom. Mannen har kanske inte haft en emotionell relation till sin egen pappa samt kan han sakna en konkret förebild på en omsorgsfull och kärleksfull pappa. Det är också möjligt att man inte ens har haft pappa i sitt liv.

Mannen och kvinnan ansågs tidigare ha olika, könsbundna roller i familj, och enligt West och Zimmerman (1987, 143–144) var denna arbetsfördelning ett bra exempel på att synliggöra skillnader mellan man och kvinna som var skapade av kulturen: Kvinnans uppgift var att vara hemma med barnen, ta hand om barnens omsorg och tidig växelverkan samt hushållsarbete. Mannen var ansvarig för familjens inkomst och yttre omständigheter. Kvinnan ansågs ha inneboende förutsättningar för ömhet och att sköta barn, och mannens uppgift var att stödja kvinnan i denna uppgift. Enligt Fägerskiöld (2008, 67) samt Nyström och Öhring (2004, 328) är denna traditionella arbetsfördelning vanligt även i dag.

Enligt Huttunen (2010, 175–176) var kvinnornas ökande utbildningsnivå, deltagande i arbetsliv, kvinnorörelse och jämlikhetsideologi en av de orsaker som antas ha påverkat att rollerna i familj började förändras under 1960-talet. Nuförtiden betonas ett delat föräldraskap. Huttunen (2010, 176) beskriver att det delade föräldraskapet innebär att de båda föräldrarna är aktivt med och engagerar sig i uppfostran och vården av barnet, är närvarande i barnets vardag och tar hand om det praktiska som har med barnet att göra.

Enligt Connell (2005, 1812) har idealet av det delade föräldraskapet lett till det att en del familjer har strävat efter att genomföra en mer jämställd arbetsfördelning hemma. Nuförtiden tar papporna i barnfamiljer med två föräldrar ett större ansvar för barnvård och hushållsarbete än deras egna pappor har gjort. Det också anses vara självklart att pappa deltar i familjeförberedelsekursen och förlossningen, vilket var ovanligt ännu under 1980-talet. Enligt Kiianmaa (2012, 52–58) har barnvård och uppfostran delats mellan de båda föräldrarna i de flesta familjer med två föräldrar, men fortfarande bär mammorna ett större ansvar för att ta hand om hushållsarbetet. Hushållsarbetet är också den viktigaste orsaken

till konflikter mellan föräldrarna. De flesta föräldrar önskar att pappans roll i barnvård och hushållsarbete skulle vara större än den är idag (Kiianmaa 2012, 72).

Speciellt i skandinaviska länder har familjeförmåner och pappaledighet också främjat jämställdheten (Connell 2005, 1812). Syftet med det har varit att både män och kvinnor har möjlighet till att delta i familjeliv och barnvård och samtidigt bevara sin plats i arbetslivet (Eydal m.fl. 2015, 168). Familjeförmåner och pappaledighet önskas också ha förstärkt pappans position och närvaro i familj samt gynnat parförhållande, barnets välmående och en mer jämlik fördelning av hushållsarbetena (Lammi-Taskula & Salmi 2014, 85–86; Miettinen & Rotkirch 2012, 14). Enligt Eerola och Mykkänen (2014, 16) vill papporna ha pappaledighet eftersom de anser föräldraskapet vara ett gemensamt projekt och papporna vill bli bekanta med sina barn och hjälpa mammorna. Enligt Lammi-Taskula m.fl. (2009, 58) anser de flesta föräldrar ändå att den traditionella policyn, där mamman stannar hemma med barnet, är mest fungerande. Speciellt om mamman ammar anses det vara mer naturligt och praktiskt att mamman stannar hemma. Enligt Wells och Sarkadi (2012, 26) påverkar också mammans åsikter, ekonomiska faktorer och attityder på arbetsplatsen pappans vilja att utnyttja sina förmåner: Mamman kan uppleva att för att vara ”en bra mamma” måste hon stanna hemma och vara huvudaktör i fråga om barnvård och hushållsarbete. Mamman kan uppleva sig bli hotad i sin position om pappan tar en alltför stor roll i familjen. Också om pappan har bättre inkomster kan det anses vara ekonomiskt olönsamt att pappan stannar hemma. Situation och attityderna på arbetsplatsen kan höja tröskeln att som man stanna hemma, men enligt Lammi-Taskula m.fl. (2009, 77–78) har attityderna blivit mer positiva under de senaste åren.

Nuförtiden har pappan möjlighet till 54 dagars pappaledighet varav 18 dagar kan vara samtidigt med mamman. Mamman har istället möjlighet till 105 dagars moderskapsledighet och 158 dagars föräldraledighet som kan bli delad med pappan eller pappan kan ha hela föräldraledighetsperioden. Pappan kan också ha vårdledighet eller partiell vårdledighet efter föräldrapenningsperioden tills barnet är 3 år. (Eydal m.fl. 2015, 170, 175; FPA-statistik – Förmåner till barnfamiljer 2014 2015, 6, 10–11.) Under senaste årtiondena har det blivit allt vanligare att pappan utnyttjar sina familjeförmåner: nuförtiden tar ungefär tre fjärdedelar av papporna ut pappaledighet (Lammi-Taskula, Salmi & Parrukoski 2009, 56). Enligt Lammi-Taskula (2008, 144) är det fortfarande oftast mamman som stannar hemma med barn, vilket anses orsaka ojämlikhet eftersom kvinnan måste vara utanför arbetslivet en lång tid och är förhindrad att skaffa arbetserfarenhet och gå vidare i sin

karriär. Samtidigt har pappan inte likadana möjligheter att vara med sitt barn och skapa en unik och intim relation med honom eller henne.

Lewis och Lamb (2003, 217) påpekar att det i viss mån är mer sannolikt att det delade föräldraskapet förverkligas när de båda föräldrarna är i arbetslivet. Enligt Lammi-Taskula och Salmi (2014, 87) anser över hälften av föräldrarna att de orkar bättre hemma när de har tillgång till arbetslivet. Kiiänmaa (2012, 55) estimerar att i hälften av barnfamiljerna tar båda föräldrarna ansvar för hushållets ekonomi och att i en tredjedel av barnfamiljerna är det pappan som bär det största ansvaret. Idag är det också vanligare att pappan tar hand om sitt sjuka barn i stället för mamman (Lammi-Taskula m.fl. 2009, 79). Sysselsättnings-talet är fortfarande högre bland papporna än mammorna, och utvecklandet av vårdledighetsförmåner antas ha lett till en minskad sysselsättningsgrad för kvinnor i barnfamiljer (Finlands officiella statistik 2014; Lammi-Taskula m.fl. 2009, 63).

2.1.3 Pappors upplevelser av faderskap

Säävälä m.fl. har fördjupat sig i faderskap och sammanställt handboken ”Pappa på rådgivningsbyrå – metoder och uppslag för personer som arbetar med blivande och nyblivna pappor” (2001). Enligt Säävälä m.fl. (2001, 5) börjar framväxten till förälder redan under graviditetstiden eller även före detta när man börjar fundera på att grunda en egen familj. Det finns könsbundna skillnader mellan man och kvinna som leder till det att framväxten till pappa och mamma framskrider på lite olika vägar och i olik takt. Det är den mentala process som betonas i mannens utvecklingsprocess. Lewis och Lamb (2003) har forskat om faderskap och dess effekter på barnets utveckling. De påpekar (2003, 212) att livsförändringen och själva barnet blir verkliga för pappan på ett annat sätt än för mamman, eftersom pappan inte själv kan uppleva graviditeten, förlossningen eller amningen. Det nya livsskedet blir konkret för många pappor först efter barnets födelse. Efter det utvecklas och förändras föräldraskapet genom att leva vardag med barnet, och enligt Mykkänen och Eerola (2013, 24–25), som har forskat om pappornas engagemang i faderskap, anser papporna faderskapet vara en livslång uppgift.

Under sin framväxtprocess funderar papporna till exempel på hur arbets- och familjeliv ska kopplas ihop, hur familjens ekonomi ska hålla när inkomsterna sjunker men utgifterna växer och hur man kan prestera samvetsgrant och väl både på jobbet och hemma (Mykkänen och Eerola 2013, 24–25). Vuorenmaa (2016, 62), som har granskat föräldrarnas delaktighet i småbarnsfamiljer och i barnfamiljtjänster i sin doktorsavhandling, har visat att det är vanligt att papporna funderar på sin kompetens som förälder, hur parförhållandet mår efter barnets födelse och hurdant barnet är och om han eller hon är frisk.

Enligt Mykkänen och Eerola (2013, 21–26) anses ansvaret som förälder börja när man planerar att skaffa ett barn eller senast under graviditetstiden. Goodman (2005) kartlade nyblivna pappors upplevelser av att bli pappa. Enligt henne (2005, 194) känner männen i regel ett stort ansvar om att vara pappa. Männen inser att faderskapet kräver tid, energi, arbete och uppoffring. Männen börjar betrakta sig själva och sitt liv på ett nytt sätt och omorganisera sina prioriteter. Garfielda m.fl. (2010, 166–169) har granskat pappornas hälsa och levnadsvanor i sin studie och visat att många av de blivande papporna gör positiva förändringar i sina levnadsvanor, till exempel matvanor, fysiska aktiviteter och användning av rusmedel. Säävälä m.fl. (2001, 14–15) konstaterar att papporna anser det vara viktigt att skydda och ta hand om sin maka under graviditetstiden och på så sätt skydda också barnet. Efter barnets födelse prioriterar de flesta av de nyblivna papporna barnets behov, och männen är beredda på att göra avkall på egen bekvämlighet och sina fritidsaktiviteter. Förväntningar, som är ställda av familjens omgivning, påverkar också att männen blir mer medvetna om sitt ansvar att vara en vuxen person och förälder.

Enligt Goodman (2005, 194–198) upplever en del av de nyblivna papporna känslorna av kärlek och engagemang snart efter barnets födelse medan en del beskriver att dessa känslor skapas gradvis under de första månaderna. En vändpunkt är när barnet är två månader och börjar ta mer kontakt med sina föräldrar, ge gensvar i växelverkan och är mer förutsägbart. Papporna anser att det är lättare för mamman att skapa relation till barnet på grund av graviditeten, amningen och möjligheten att tillbringa mer tid med barnet, och att den emotionella dimensionen mellan pappan och barnet kommer fram senare än förväntat.

Enligt Vuorenmaa (2016, 61–63) anser de finländska papporna att de är aktivt delaktiga i familjens vardag: papporna tror på sina förmågor att stödja barnets utveckling och uppväxt samt att ta hand om det praktiska. Goodman (2005, 196) konstaterar att eftersom barnet under de första månaderna är beroende av mamman på grund av amning skapar en del av familjerna kompenserande metoder för att öka pappans delaktighet: pappan kan ta hand om barnets övriga omsorg eller pappan kan ge barnet bröstmjolk på nappflaska. En del av papporna väntar i stället tills barnet är äldre och avvant från bröstmjolk och tar då en mer aktiv roll som pappa.

Huttunen (2010) har forskat om pappornas engagemang i faderskap och dess betydelse. Hon (2010, 176–177) påpekar att pappans engagemang beror på många olika faktorer såsom motivation till faderskap, pappans förmågor att ta hand om hushållsarbete och

barnvård samt socialt och institutionellt stöd såsom förmåner till barnfamiljer och rådgivningsverksamhet. Goodman (2005, 197) framhäver att makans stöd är den viktigaste formen av socialt stöd som påverkar pappans engagemang: Mamman delar med sig av sina upplevelser av föräldraskap och observationer om barnet med pappan. Hon har vilja att ge barnet omsorg tillsammans med pappan. Mamman visar sin tillit till pappan och uppmuntrar pappan att tillbringa tid med sitt barn. Om beslutet om att skaffa ett barn har varit gemensamt underlättar det också mannens engagemang i faderskap. Som redan konstaterades ovan påverkade sociokulturella faktorer pappans sätt att genomföra sitt faderskap: till exempel hurdan faderskapet anses vara i en västerländsk kultur samt hurdan stöd och hurdan uppmuntran man får från sin omgivning. Lewis och Lamb (2003, 215) poängterar att pappans egna barndomsupplevelser också spelar en stor roll i fråga om pappans engagemang i sitt eget faderskap: om pappan har fått kärlek och närhet från sina egna föräldrar är det mer sannolikt att mannen själv är en kärleksfull och närvarande pappa.

Även om mannen skulle vara motiverad och redo till ett engagerat faderskap är det inte alltid lätt att genomföra det. Enligt Goodman (2005, 193) strävar många av de blivande papporna efter att bli en engagerad och kärleksfull pappa för sitt barn. En del av papporna vill utföra sitt faderskap annorlunda jämfört med sin egen pappa men upplever att de saknar förebilder på ett delat föräldraskap och ett engagerat och kärleksfullt faderskap. Fägerskiöld (2008) forskade om hur de nyblivna pappor upplevde livsförändring som barnet hade medfört. Hon (2008, 66) konstaterar att en del av papporna upplever att det är svårt att ändra på sin livsstil och börja leva på barnets villkor. Mannen kan också uppleva att han saknar förmågan att ta hand om det praktiska. Barnets omogenhet att vara i växelverkan kan överraska och barnet kan upplevas vara svårt att sköta. Mammans kunskap och erfarenhet kan verka vara överlägset bättre. En del av papporna upplever att de "hjälp" mammorna och att det är mamman som bär huvudansvaret för omsorgen om barnet. Goodman (2005, 195) säger att amning också anses vara orsaken till att pappan inte har likvärdiga möjligheter att fästa sig vid barnet som mamman. Enligt Fägerskiöld (2008, 66) anser papporna i regel att amningen är viktig för både mamman och barnet och att eventuella amningsproblem anses vara gemensamma och måste lösas tillsammans. Trots det lyfter Goodman (2005, 195) fram att papporna upplever känslor av svartsjuka och utanförskap med avseende på dyaden mellan mamman och barnet. Nyström och Öhrling (2004) granskade upplevelserna av de nyblivna papporna av föräldraskap under

barnets första år. De påpekar (2004, 326) att mannen också kan ha stereotypa och könsbaserade uppfattningar om sin roll som pappa som inte passar ihop med dagens ideal av det delade faderskapet.

Som redan konstaterades var mammans stöd det mest avgörande för att mannen ska kunna engagera sig för faderskap. Mamman som anser barnets omsorg vara sitt eget privilegium kan vara ”grindvakt” (eng. gatekeeper). Om idealet för moderskap anses vara att mamman tar ett fullt ansvar för barnets omsorg och hushåll kan det vara svårt för pappan att stiga in i denna värld samt svårt för mamman att låta pappan ta hand om barnet och att tro på pappans förmåga. Mamman kan också vara för stressad över sin egen övergång till moderskapet att hon saknar förmågan att stödja sin make. I själva verket upplever papporna ofta att deras uppgift är att stödja mamman i hennes moderskap och att de inte får stöd i samma mån från sin make. I värsta fall kan föräldraskapet leda till en maktkamp mellan föräldrarna vilket skadar familjens välmående. (Goodman 2005, 194–195; Nyström & Öhrling 2004, 326–328.)

Det engagerade faderskapet verkar ha en positiv påverkan på pappans hälsa och välmående. Enligt Nyström och Öhrling (2004, 325) förstärker faderskapet mannens självförtroende och en hälsofrämjande livsstil. Allen och Daly (2007) granskades pappornas engagemang i faderskap och dess påverkan på männens välmående. De (2007, 12) konstaterar att drogmissbruk, psykiska problem och asocialt beteende är mer sällsynta bland de engagerade papporna. De är också mer sociala och håller mer kontakt med sina närmaste, grannar och släkt. De är intresserade av sin arbetskarriär och framtid. Premberg m.fl. (2008) har också granskat hur de nyblivna papporna upplever föräldraskap under barnets första år. De (2008, 59) påpekar att papporna upplever att faderskapet har utvecklat deras personlighet: papporna upplever sig vara lugnare samt mer sensitiva och tålmodiga. Huttunen (2010, 179) samt Mykkänen och Eerola (2013, 19) påpekar att livet får en ny mening, och i regel är männen med barn mer belåtna med sitt liv än de barnlösa männen.

Enligt Premberg m.fl. (2008, 59–60) beskriver de engagerade papporna att barnet är källan till kärlek, glädje och stolthet. Det är givande att tillbringa tid med sitt barn och att följa barnets utveckling från första början. Faderskapet upplevs vara givande trots eventuella påfrestningar och svårigheter. Barnets leende, ömsesidig växelverkan och att behärska nya situationer rörande barnet upplevs vara de mest givande och förstärker pappans självförtroende. Männen betonar betydelsen av växelverkan och delaktighet, som kommer fram i vardagliga situationer, för att skapa en nära relation med sitt barn. Det innebär till exempel att pappan är förmögen att ta hand om barnet utan mammans närvaro

samt att pappan kan bemästra nya känslor och vågar möta nya sidor av sin personlighet som faderskapet har medfört. Goodman (2005, 197) betonar att ju mer engagerad pappan är, desto mer givande och tillfredsställande upplevs faderskapet vara.

Enligt Fägerskiöld (2008, 66) samt Nyström och Öhrling (2004, 326–327) kräver parförhållandet en extrasatsning efter barnets födelse, och konflikter i parförhållande är vanliga under det första året. Trötthet och bristen på tid upplevs leda till konflikter och gräl om arbetsfördelning, tidsanvändning och pengar. Barnets födelse medför förändringar i relationen mellan man och kvinna. Pappan kan uppleva att mamman inte har tid eller känslor för honom eftersom barnet kräver mammans uppmärksamhet och om mamman lider av trötthet. Enligt Goodman (2005, 195) kan papporna uppleva att barnet tränger sig in i pappans och mammans intima relation. Ibland leder konflikter i parförhållande till skilsmässa, och år 2015 har ungefär 60 % av skilsmässor varit i barnfamiljer (Statistisk årsbok för Finland 2016, 444–445). Dessutom är det vanligare i ett samboförhållande att föräldrarna flyttar isär, och i cirka en femtedel av barnfamiljerna är föräldrarna i samboförhållande (Statistisk årsbok för Finland 2016, 435).

Men i det bästa fallet förstärker barnets födelse föräldrarnas parförhållande. Enligt Permberg m.fl. (2008, 59–60) beskriver papporna att förhandlingar och eventuella strider anses vara en del av processen för att komma överens om barnets uppfostran och omsorg och nya roller i familjen. Papporna beskriver sitt parförhållande vara lugnare och djupare och att barnet har medfört en ny form av samhörighet mellan föräldrarna. Fägerskiöld (2008, 67) konstaterar att barnet upplevs vara ett gemensamt projekt där föräldrarna närmar sig varandra vilket förstärker parförhållandet. Den gemensamma förlossningserfarenheten samt flexibilitet och ömsesidiga uppoffringar för familjens skull gör att paret upptäcker nya, beundransvärda egenskaper hos varandra. Goodman (2005, 195) samt Nyström och Öhrling (2004, 327) påpekar att om uppfattningar om föräldraskap liknar varandra leder det till mindre konflikter i parförhållandet. Delandet och ömsesidigheten i fråga om stöd och uppmuntran mellan föräldrarna hänger ihop med belåtenhet både i parförhållande och föräldraskap. Premberg m.fl. (2008, 59) poängterar också att papporna anser det vara viktigt att bevara sitt eget jag efter barnets födelse samt att det då och då finns tid för en själv och ens intressen för att ha en liten paus i vardagen. Papporna är medvetna om att deras eget välmående och belåtenhet är förknippat med att barnet och hela familjen mår bra.

2.2 Rådgivningsverksamhet

2.2.1 Mål och uppgifter

Rådgivningsverksamheten har en lång historia i Finland. Verksamheten började på 1920-talet på arkiater Arvo Ylppös initiativ. Kommunerna var redan då förpliktade att ordna barnmorsketjänster. Också utbildning för hälsosystrar började. År 1944 förutsattes kommunerna att arrangera rådgivningstjänster enligt lagen om mödra- och barnvård och kommunala barnmorskor och hälsosystrar. Tjänsterna har alltid varit fria och frivilliga för barnfamiljer. (Institutet för hälsa och välfärd 2014.) När man betraktar vaccinationstäckningen kan man estimeras att nästan alla barn i Finland (99,6 %) besöker barnrådgivning (Institutet för hälsa och välfärd 2015).

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) innehåller de grundläggande stadganden som styr rådgivningsverksamheten. Dessa stadganden har preciserats i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011). Efter ikraftträdandet av förordningen blev tidsbestämda hälsoundersökningar lagstadgade år 2009. Syftet var att öka välfärden hos de finländska familjerna och minska ojämlikheten mellan familjer. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket inspekterar genomförandet av rådgivningsverksamhet. Institutet för hälsa och välfärd granskar regelbundet genomförandet och innehållet av hälsoundersökningar som genomförs på rådgivningsbyråerna. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen 2012, 12–15.)

Målen för barnrådgivningsverksamheten är att främja barnets fysiska och psykiska hälsa och förbättra familjens välbefinnande samt minska hälsoskillnaderna mellan familjer. Barnets bästa kan vanligen inte förverkligas utan föräldrarna, för barnets välbefinnande beror på hela familjens välbefinnande, speciellt kvaliteten på föräldrarnas föräldraskap och parförhållande. En av rådgivningsverksamhetens viktigaste uppgifter är att stödja föräldraskap och stresshantering på de båda föräldrarna. Arbetet vid barnrådgivning är familjecentrerat. Familjecentreringen innebär bland annat att barn, mammor och pappor är klienter på rådgivningsbyrån och att verksamheten baserar sig på deras kunskaper och färdigheter som experter på sin egen familj. Enligt statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) ska den hälsorådgivning som riktas till barn under skolåldern och deras familjer stödja barnets utveckling, omsorgen om barnet och barnets fostran samt växelverkan mellan barnet och föräldern. Dessutom ska föräldrarnas välbefinnande,

kraftresurser och inbördes växelverkan stödjas. Familjen besöker barnrådgivningen ungefär 10 gånger före barnets ettårsålder och under hela barnrådgivningstiden cirka 16 gånger. (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 20, 22, 128.)

2.2.2 Hälsovårdarens roll

Barnrådgivningens viktigaste resurs är hälsovårdaren. Hälsovårdaren är expert på hälsofrämjande och familjevårdarbete och tar ansvar för verksamhetens vårdvetenskapliga del. Hälsovårdaren ansvarar för uppföljningen av barnets normala uppväxt och utveckling. Till hälsovårdarens uppgifter hör också screeningundersökningar och vaccinering. Hälsovårdarens arbete är familje- och resursorienterat och främjar hela familjens hälsa. I arbetet ingår att förstärka föräldraskapet, parförhållandet och familjens andra kraftresurser och ge en klientorienterad hälsorådgivning med mångsidiga och individuella metoder. (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 32.)

Hälsovårdsarbetet har en lång historia i Finland. Hälsovårdsarbetet har alltid genomförts enligt samhällets behov. Därför har arbetsinnehåll och -metoder och utbildning av hälsovårdare förändrats genom tiderna. Hälsovårdarens arbete och professionalitet har präglats av ansvar och självständighet. Hälsovårdarens vetenskapliga och teoretiska kunskapsbas baserar sig på hälsovetenskap och är kompletterad till exempel med folkhälsokunskap, medicin, epidemiologi, psykologi, samhälle- och naturvetenskap. Hälsovårdarens arbete är både kunskapsbaserat och klientorienterat till sin karaktär. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 21–23.) Preventivt arbete har alltid betonats i hälsovårdarens arbete men dess prioriteringar har förändrats genom tiderna. Hälsovårdaren förväntas ha förmågor att beakta och bedöma samhällsliga faktorer, deras utveckling och påverkan på människornas hälsa och beteende. (Haarala & Honkanen 2008, 485.)

2.2.3 Pappor på rådgivningsbyråer – nationella rekommendationer

Att stödja och att ta papporna i beaktande betonas allt mer på rådgivningsbyråerna. Enligt Magill-Evans m.fl. (2006, 263) kan en aktiverande intervention i hälsovårdskontext främja utvecklingen av pappans faderskap. Till exempel via en positiv feedback och modellering samt genom att ge information om en tidig växelverkan och hur pappan kan vara med sitt barn, med hänsyn till barnets ålder, kan hälsovårdaren stödja relationen mellan pappan och barnet.

Det finns nationella rekommendationer för att stödja det delade föräldraskapet och pappornas delaktighet. Handbok för mödrarådgivningen och handbok för barnrådgivningen

innebär evidensbaserade rekommendationer för hälsovårdspersonalen. Enligt rekommendationerna för mödrarådgivning (2015, 30–33) gynnar mannens deltagande i mödrarådgivningens verksamhet hela familjen på många olika sätt, och det borde strävas efter att ordna mottagningstider på ett mer flexibelt sätt så att också kvällsmottagningar kan erbjudas och för att fler män får möjlighet till att delta i rådgivningsbesök. Handboken betonar det delade föräldraskapets betydelse för barnets hälsa och parförhållandets påverkan på välbefinnandet hos föräldrarna. Hakulinen-Viitanen m.fl. (2008, 39) framhäver att papporna måste aktivt uppmuntras att delta i rådgivningsbesök. Redan under graviditetstiden borde man samtala om pappans betydelse för barnets uppväxt och utveckling. Det borde samtalas om att pappans och mammans upplevelser och känslor av föräldraskap samt sätt att ta hand om sitt barn oftast varierar, vilket är normalt. I handbok för barnrådgivningen (2005) har pappan tagits i beaktande vid sidan av mamman. Handboken rekommenderar att familjens kraftresurser, såsom föräldrarnas kunskaper och färdigheter och ett fungerande parförhållande, borde stödjas och förstärkas. Vid barnrådgivningen stöds aktivt en tidig interaktion mellan barn och förälder samt mammans och pappans utveckling som förälder. Fördelarna av det delade föräldraskapet borde samtalas om under besöken. (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 82–87.)

Handboken ”Pappa på rådgivningsbyrån – metoder och uppslag för personer som arbetar med blivande och nyblivna pappor” (2001) har sin fokus på faderskap och ger beredskap för att möta papporna på rådgivningsbyråer. I boken diskuteras männens upplevelser under graviditetstid och efter barnets födelse samt pappans betydelse för barnets hälsa och utveckling. (Säävälä m.fl. 2001, 6–9.)

I slutrapporten ”Mansfrågor inom jämställdhetspolitiken” (2014) var målet att identifiera och precisera jämställdhetsfrågor som handlade om män. I rapporten gavs också förbättringsförslag för att stödja faderskap: Pappan borde anses vara likvärdig jämfört med mamman när det är i fråga om barn. Mer jämställd fördelning av familjeförmåner borde utvecklas. Jämfört med mamman borde pappan ha liknande möjligheter att samordna arbets- och familjeliv. I allmänhet borde man avstå från de kulturella och fördomsfulla aspekter som hindrar pappan att utnyttja sin rättighet till familjeförmåner och att vara en engagerad förälder. (Mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa. 2014, 5, 11.)

År 2008 publicerades en utredning om verksamhetsätt som används på rådgivningsbyråerna för att stödja papporna. I utredningsrapporten gavs förslag på att utveckla verk-

samhetssätt åt ett mer jämställt håll. Enligt förslagen behöver tröskeln för att delta i rådgivningsbesök sänkas till exempel genom att pappan blir personligt inbjuden till besök. För att känna sig vara välkommen som man och pappa borde pappan tas i beaktande under besöket: frågorna riktas till pappan och pappan uppmuntras att ta del av samtalet. Flexibilitet i mottagningstider och möjligheter till kvällmottagningar rekommenderas för att göra det lättare för pappor att delta i rådgivningsbesök. Papporna borde tas i beaktande i planering av rådgivningsbyråutrymme och -verksamhet till exempel så att det finns tillräckligt med stolar i rummet och broschyrer som är riktade till pappor. Genom vidareutbildning förbättras hälsovårdarnas förmågor att möta och stödja pappor. (Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 2008, 52–53.)

År 2016 publicerades handboken ”Jämställdhet i rådgivningsbyråns klientarbete. Hur kan man stödja föräldrar och barn ur ett jämställdhetsperspektiv?” för att stödja hälsovårdare och andra anställda inom social- och hälsovården för att förverkliga jämställdhet mellan könen i deras arbete med barnfamiljer. Handboken erbjuder information och frågor att fundera på om jämställdhet mellan könen, könsångfald och olika familjeformer. I fråga om föräldraskap erbjuder boken information till exempel om lagstiftning, bemötande av familjer, en jämställd fördelning av omsorg och en jämställd fostran av barn. Handboken ger idéer och verktyg till att möta familjen på ett mer jämställt sätt. Till exempel diskuteras hur hälsovårdaren omedvetet kan tilltala föräldrar av olika kön på olika sätt och hur hälsovårdaren kan bryta och ifrågasätta könsrelaterade rollförväntningar med hjälp av sitt sätt att tala och handla. (Hakulinen m.fl. 2016, 4.)

2.3 Mellanmänniskt möte

Mötet är sammanträffande mellan två eller flera människor. Mötet är alltid unikt till sin karaktär och sker i en viss tid och rum. Mötet är ett kort och intensivt moment som består av verbala och icke-verbala element. (Holopainen 2016, 44.) Det som karakteriserar ett mellanmänniskt möte är att ingen kan helt kontrollera eller förutse vad som ska ske och vart mötet kan leda till (Holopainen m.fl. 2014, 185). Därför kan man inte på förhand bestämma att mötet ska vara meningsfullt. I regel utkristalliseras upplevelser och mening för mötet efterhand. Först efter mötet kan människan bedöma om mötet har varit meningsfullt. (Nåden 2000, 84). De första minuterna är avgörande i mötet: Hur blir människan bemött, hurdan ser den andra ut och hur han eller hon beter sig samt hurdan är stäm-

ning i allmänhet? Mötet lämnar spår i människans minne och påverkar hennes uppfattningar och förväntningar i fråga om nya möten i framtiden. (Holopainen m.fl. 2015, 51.) Mötet kännetecknas av att vara där: det är deltagande och engagemang, närvaro, lyssnande och att se här och nu. Det banar vägen till ömsesidighet och ett delat ansvar: de både parterna är ansvariga för hur mötet ska gå till. Mötets konsekvenser är att de både parterna blir påverkade och berörda. (Holopainen 2016, 46.)

Holopainen (2016, 43–44) beskriver att i mötet presenterar sig livet som berättelser. Med hjälp av berättelser kan man formulera sin situation och söka svar på sina frågor och på så sätt leta efter en ny förståelse av sig själv och sitt liv. Via berättelser kan man känna igen sig. Detta igenkännande innebär att i mötet möter människan sig själv, vilket ger en möjlighet att utvecklas som människa. När människan känner igen sig själv som en människa är hon förmögen att känna igen den andra som människa, som sin like (Holopainen, Kasén, Nyström 2014a, 191–192). Enligt Koskinen och Lindström (2013, 154) kan människan först då hon är belåten med sig själv vända sig mot den andra och möta hans eller hennes unikheter och olikheter. Då människan känner igen sig själv och känner trygghet i relation till sin egen identitet kan hon komma nära utan risk att blanda ihop sina egna känslor och behov med den andra. Människan utvecklas i och med andra människor. Då får hon gensvar på sitt sätt att vara, handla och tänka. Med andra ord blir människan verklig för sig själv och känner igen sin olikhet via mötena med andra människor, vilket också är förutsättning för utveckling som människa. (Holopainen m.fl. 2015, 51; Holopainen m.fl. 2014a, 191; Wiklund 2003, 157–159.)

En äkta växelverkan mellan två människor förutsätter att de båda parterna aktivt tänker på den andra under mötets gång. De båda parterna i mötet måste tömma sitt sinne för att kunna lyssna och bearbeta den andras berättelse. Då är det möjligt att formulera sina ord och hållning med beaktande av den andras unikheter och olikheter. Det hindrar också att man blandar ihop känslor, som har väckts under tidigare möten med andra människor, med nuvarande situation och att tolka fel. Den andra får vara sig själv och tillåtas att förbli sig själv. Den andras annanhet accepteras, samt det faktum att man aldrig kan begripa den andra helt och fullt. (Holopainen m.fl. 2014a, 189–191; Wiklund 2003, 164–168.) Som filosofen Levinas (1985, 57–58) har konstaterat att människan kan berätta och beskriva om sin upplevelsevärld men människan kan aldrig helt dela sin existens med en annan människa. Den andra förbli en enskild människa och något som man inte helt kan förstå.

3 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Studiens syfte är att klargöra hur pappan upplever mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen. För att nå detta syfte formulerade jag följande forskningsfrågor:

1. Vad innebär ett bra möte med hälsovårdare vid barnrådgivning ur pappans synpunkt?
2. Vad sker i mötet mellan pappa och hälsovårdare?
3. Hur påverkar mötet mellan pappa och hälsovårdare pappans välmående och faderskap?

Avhandlingen strävar efter att svara på forskningsfrågor och att nå syftet med hjälp av en litteraturöversikt och en kvalitativ forskningsintervju. Pappornas upplevelser av det som är bra i mötet med hälsovårdaren identifieras. Det som sker i mötet med hälsovårdaren ur pappornas synpunkt klargörs. Jag reflekterar över hur papporna kan dra nytta av mötet med hälsovårdaren, alltså hur det påverkar på pappans välmående och faderskap. Varför lönar det sig att som man och pappa komma till barnrådgivningen? Strävan är att utifrån pappornas berättelser sträva efter att identifiera och lyfta fram bra metoder som kan användas i möten. Jag reflekterar över hur en familjecentrerad hälsovård förverkligas ur pappornas synpunkt i barnrådgivningskontext.

4 FORSKNINGSOVERSIKT

En översikt av tidigare forskning inom studiens intresseområde svarar på forskningsfrågor och ger en överblick över vad man vet om fenomenet och vad som man borde granska mer. Litteraturoversikten består av tidigare studier om pappan i en nordisk rådgivningsbyråkontext och vårdvetenskapliga studier som hade utförts vid Åbo Akademi rörande mötet mellan vårdare och patient.

4.1 Litteraturundersökning

Jag genomförde litteraturundersökningen den 2 och 12 augusti 2016. Litteraturundersökningen började med att definiera sökord med avseende på avhandlingens syfte. Avhandlingen hade sin fokus i pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdaren i barnrådgivningskontext. Jag definierade att begreppen ”pappa” och ”hälsovårdare” var huvudbegrepp i litteraturundersökningen. För att ännu precisera sökningen definierade jag följande sökord: *möte*, *stöd*, *engagemang* och *rådgivningsbyrå*. Jag gjorde olika kombinationer av sökord men alla sökningsfraser innebar ordet *pappa* kombinerat med ett till tre sökningsord till exempel *rådgivningsbyrå* eller *hälsovårdare* OCH *möte*.

Jag använde fyra olika databaser: Academic Search Premier, Cinahl, PubMed och Doria. Alla dessa databaser innehåller vårdvetenskapliga artiklar. Databasen Cinahl är särskild profilerad till hälso- och vårdvetenskap medan Academic Search Premier och PubMed är tvärvetenskapliga databaser. I Doria publicerar högskolor och andra organisationer diverse digitala material såsom avhandlingar och artiklar. Jag gjorde litteratursökning också via Medic, som är en inhemsk hälsovetenskaplig databas, men jag lyckades inte hitta några relevanta referenser med hjälp av den. Jag använde MOT-ordbok för att översätta sökord till engelska. Jag använde också synonymer eftersom ordet *hälsovårdare* översattes ofta till *nurse* eller *child health nurse* i den internationella kontexten i stället för *public health nurse*. Ordet *rådgivningsbyrå* hade tre olika engelska varianter: *child health center* eller *child health clinic* eller *child health care*. Med databasen Doria användes finska sökord *isä*, *neuvola*, *terveydenhoitaja*.

Jag använde begränsningar i databaserna: Eftersom rådgivningsverksamhet har utvecklats och det delade föräldraskapet har betonats mer under 2000-talet letade jag efter artiklar som var publicerade mellan åren 2000 och 2016. Urvalskriterier var att artikeln handlade om papporna som klienter vid barnrådgivningen. Artikeln kunde handla om pappornas förväntningar, upplevelser, stödbehov och det stöd de hade fått antingen ur pappornas

eller hälsovårdarens perspektiv. Jag bestämde mig för att utesluta artiklar som handlade om pappornas stödbehov i en speciell situation, till exempel när mamman var deprimerad eller barnet var sjukt. Länderna i Norden har haft en lång gemensam historisk och kulturell tradition och är kända för den nordiska välfärdsmodellen (Forsberg & Kröger 2010, 4–5). Eftersom välfärdspolitik och praktik liknade varandra i de nordiska länderna valde jag artiklar som handlade om rådgivningsbyrå- eller barnavårdsverksamhet i Norden, det vill säga i Finland, Sverige, Norge, Danmark och Island. Jag gjorde en mindre strikt begränsning genom att läsa igenom rubrikerna efter varje sökningsresultat. Sökresultaten varierade mellan 9 och 233 beroende på databas och sökord.

Totalt hittade jag 11 artiklar som uppfyllde kriterierna. Via Doria hittade jag två doktorsavhandlingar. En avhandling och en nationell utredning publicerad av social- och hälsovårdsministeriet hittade jag i referenslistor. Alla studier hade utförts antingen i Finland eller i Sverige. Nästan alla artiklar och avhandlingar var skrivna på engelska. En artikel, en doktorsavhandling och en publikation från social- och hälsovårdsministeriet var skrivna på finska. Förutom en artikel handlade alla studier om pappan som klient i barnrådgivningskontext antingen ur pappas eller hälsovårdarens perspektiv. En artikel var i mödrarrådgivningskontext och handlade om växelverkan mellan föräldrar och hälsovårdare. Jag bedömde att information som denna forskningsartikel medförde kunde också tillämpas i barnrådgivningskontext.

Att papporna står i fokus i en vårdvetenskaplig studie är ett relativt nytt fenomen, fast faderskap har varit forskningsintresse inom andra vetenskapsområdena såsom psykologi och sociologi. Vårdvetenskapliga studier som handlar om föräldraskap har oftast sin fokus på mammorna. (Gage, Everett & Bullock 2006, 60.) Fenomenet trädde fram också i denna litteraturundersökning, eftersom merparten av studierna hade publicerats på 2010-talet och fyra studier mellan åren 2003 och 2008. Studierna var både kvantitativa och kvalitativa eller kombinationer av dem, och datainsamlingen hade genomförts via kvalitativa forskningsintervjuer, frågeformulär eller observation.

Eftersom fenomenet ”möte” spelade en stor roll i denna studie bestämde jag mig för att genomföra en enskild litteraturundersökning rörande temat ”möte”. Vid Åbo Akademi har man en lång forskningstradition omkring temat ”möte” i vårdkontext. Jag ville spegla resultatet mot den vårdvetenskapliga synen på mötet: Finns det likheter i mötet med pappan och hälsovårdaren jämfört med studier rörande mötet som är gjorda vid Åbo Akademi? Därför valde jag forskningsartiklar och doktorsavhandlingar som var publicerade vid Åbo Akademi. Jag gjorde litteraturundersökningen via Academic Search Premier,

Cinahl och Doria, och dessutom utförde jag en manuell sökning i fakultetens samlingsverk. Totalt hittade jag sju artiklar, en bok och en doktorsavhandling. Artiklarna var publicerade mellan år 2000 och 2016, och doktorsavhandlingen år 2016.

4.2 Hälsovårdarens upplevelser av att möta pappor vid barnrådgivningen

4.2.1 Hälsovårdarens upplevelser av pappors delaktighet

Enligt en svensk studie av Alehagen m.fl. (2011, 157–160), som hade kartlagt hälsovårdarnas åsikter om pappors delaktighet i barnrådgivning, ansåg hälsovårdarna att pappornas delaktighet i barnrådgivningsbesök hade ökat under de senaste årtiondena. En nationell utredning *Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa* publicerad av social- och hälsovårdsministeriet (2008, 24–26), vars syfte var att utreda de verksamhets sätt som används vid finska barnrådgivningar i arbetet med pappor, visade detsamma. Enligt dessa studier antog hälsovårdarna att attitydförändring och sociala förmåner hade främjat pappornas delaktighet. Manliga förebilder av papporna troddes dessutom ha uppmuntrat papporna: om mannens manliga arbetskollegor och vänner hade besökt rådgivningsbyrån var det också mer naturligt att också själv som pappa besöka barnrådgivningen med sitt barn. Det görs ändå inte upp en systematisk statistik över pappornas delaktighet i rådgivningsbyråerna i Finland utan uppgifter om pappors ökande delaktighet grundar sig på hälsovårdspersonalens subjektiva bedömningar (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu & Pelkonen 2014, 44). Enligt en svensk studie av Massoudi m.fl. (2011, 398 – 400), som hade granskat hälsovårdarnas åsikter om att möta och arbeta med pappor vid barnrådgivning, fanns det en stor variation i fråga om pappornas delaktighet: en del av papporna var aktiva och engagerade och deltog i nästan alla rådgivningsbesök medan en del av papporna lyste med sin frånvaro eller deltog bara i några enstaka möten efter barnets födelse.

Rådgivningsverksamheten har reagerat på pappornas ökade delaktighet i rådgivningsbesök och lagt märke till hur pappornas delaktighet kan främjas. Enligt den nationella utredningen (2008, 24–26) blev de finländska papporna inbjudna till rådgivningsbesöket. Inbjudan skedde oftast via mamman eller via ett brev som var riktat till de båda föräldrarna. Om det var möjligt tog hälsovårdaren pappans arbetstider i beaktande vid tidsbeställning. På vissa rådgivningsbyråer fanns det också kvällsmottagningar för att papporna skulle kunna delta i rådgivningsbesök. (Alehagen, Hägg, Kalén-Entervlöv & Johansson 2011, 157–160; *Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa* 2008, 24–26.)

Men enligt den nationella utredningen (2008, 47) fanns det skillnader mellan rådgivningsbyråerna hur aktivt de satsade på att stödja pappornas delaktighet.

Hälsovårdarna beskrev pappan som aktiv i relation till barnrådgivningsverksamhet när han regelbundet hade deltagit i barnrådgivningsbesök. Den aktiva pappans delaktighet definierades via konkreta procedurer, såsom att klä av och klä på sitt barn, att hjälpa till med mätningar av barnet och att ta del av samtal. Den aktiva pappan hade bra kunskaper om sitt barn och kunde svara när hälsovårdaren ställde frågor rörande barnet. Den aktiva pappan tog också hand om tidsbeställning och ringde upp för att få rådgivning från hälsovårdaren. (Alehagen m.fl. 2011, 154–156.)

4.2.2 Attityder hos hälsovårdare att arbeta med pappor

I regel hade hälsovårdarna en positiv inställning till att arbeta med papporna, och pappans närvaro i barnets liv ansågs vara viktig för barnets välmående och utveckling (Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 2008, 36–37). Till exempel beskrev hälsovårdarna arbetet med papporna med orden *viktigt, upplysande, givande* och *berörande*. Arbetet med papporna tycktes oftast vara en naturlig och betydelsefull del av rådgivningsverksamhet och lika viktigt som arbetet med mammorna. (Massoudi, Wickberg & Hwang 2011, 397–398.) Också papporna ansågs ha tillfälle att samtala om sina egna tankar och känslor som graviditet och barnets födelse hade väckt hos honom (Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 2008, 36).

Trots att nästan alla hälsovårdare hade en positiv inställning till att arbeta med papporna fanns det fortfarande i en viss mån traditionella uppfattningar om rollerna i barnfamilj: Enligt Massoudi m.fl. (2011, 400) tyckte en tredjedel av hälsovårdarna att papporna inte var så sensitiva inför barnets behov som mammorna. De traditionella uppfattningarna var vanligare bland de äldre hälsovårdarna. Därför var det möjligt att hälsovårdaren föredrog mamman framför pappan i fråga om barnvård och omsorg. Wells m.fl. (2013, 760) granskade åsikter bland svenska hälsovårdare om vad som ansågs vara hälsovårdarens roll för att aktivera papporna att delta i barnrådgivningsbesök. Enligt studien ansåg en del av hälsovårdarna att mamman var barnets primärföräldrar på grund av amning och eftersom mamman oftast tillbringade mer tid med barnet. Att aktivera papporna till att delta i rådgivningsbesök ansågs inte vara ett högprioriterat mål hos hälsovårdarna, fast hälsovårdarna i regel hade en positiv attityd mot papporna och deras förmåga att ta hand om sitt eget barn.

4.2.3 Varför är det viktigt att pappa är med på besöket ur hälsovårdares perspektiv?

Hälsovårdarna upplevde att pappan hade en viktig roll vid barnrådgivning: I regel skapade pappans närvaro en lugnare, tryggare och säkrare stämning. Ibland upplevdes det vara lättare att samtala med pappan än med mamman. Papporna upplevdes i regel uttrycka sig själv mer tydligt och rättframt. Jämfört med mammorna varierade pappornas funderingar och frågor bara i någon mån. Hälsovårdarna tyckte också att papporna inte var nöjda med mångtydiga och abstrakta svar utan att de ville få tydliga och entydiga förklaringar. Växelverkan och lekarna mellan pappan och barnet var mer fysiska under besöket. (Alehagen, m.fl. 2011, 156–157.) Jansson m.fl. (2001, 148) granskade upplevelserna av de första mötena med familjen efter barnets födelse bland de svenska hälsovårdarna, och enligt denna studie ansåg hälsovårdarna att papporna längtade efter bekräftelse på deras kunskaper och handlingsmetoder i mötet med hälsovårdaren.

Enligt hälsovårdarna var föräldraskapet, utvecklingsprocessen som man och pappa, relationen mellan pappa och barn, pappans roll i en ny livssituation, förlossningen, parförhållandet, sexualiteten och föräldrapenningen de största temana som man samtalade om med pappan. Många av hälsovårdarna ansåg också att pappans egen välmående och levnadsvanor var värda att samtalas om. Oftast granskade hälsovårdaren pappans välmående och stödbehov via samtal med pappan eller med mamman. Det vanligaste var att ställa frågan: Hur har pappan mått? Hälsovårdarna var medvetna om att metoderna för att kartlägga pappornas välmående var otillräckliga och icke-systematiska jämfört med mammorna vilkas, humör och välmående systematiskt granskades med hjälp av olika interventioner. (Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 2008, 29–31; Massoudi m.fl 2011, 400.)

För att hälsovårdaren fick en allmän insyn på barnets och familjens situation ansågs pappans närvaro i besöket vara viktigt, och hälsovårdarna strävade efter att bekanta sig med pappan. Enligt hälsovårdarna var det första intrycket i mötet mellan hälsovårdaren och pappan avgörande för att pappan också i framtiden skulle delta i besöket. Hälsovårdarna var medvetna om att de lätt vände sig mot mamman, eftersom det oftast var mamman som stannade hemma med barnet, kanske ammade och tillbringade mer tid med barnet. Hälsovårdarna medgav att de mer borde vända sig mot pappan, ställa frågor och lyssna på honom. Ibland hade hälsovårdarna haft dåligt samvete på att det inte fanns en systematisk praxis för att granska pappornas välmående vid barnrådgivning. (Alehagen m.fl. 2011, 157–60.)

4.2.4 Svårigheterna i växelverkan enligt hälsovårdare

Hälsovårdarna i studien av Massoudi m.fl. (2011, 398–400) nämnde eventuella hinder för att kunna erbjuda det stöd som papporna skulle ha behövt. Det att pappan inte deltog i rådgivningsbesöket samt hans arbetstider och -resor gjorde det svårt för att skapa relationen med pappan. Svårigheterna om att skapa en fungerande växelverkan med pappan och upplevelser av att hälsovårdaren inte kan ge pappan stöd i samma mån som mamman samt hälsovårdarens oförmåga att uppmuntra, aktivera och få pappan att känna sig välkommen vid besöket lyftes fram för att förklara pappornas relativt låga delaktighet vid barnrådgivningsbesök. Enligt den nationella utredningen (2008, 36–37) samt Wells och Sarkadi (2012, 27) tyckte hälsovårdarna att det fortfarande fanns gammaldags uppfattningar om ett könsrollbaserat föräldraskap i familjer: att det var mammans uppgift att ta hand om barnets rådgivningsbesök, eftersom det oftast var mamman som tog hand om barnet hemma och som bar det största ansvaret för barnets omsorg, medan pappan arbetade och tog hand om familjens ekonomi. Ibland ansåg hälsovårdarna att det var mamman som ville ta en maktposition och lämna pappan i bakgrund i mötet på rådgivningsbyrån. Enligt den nationella utredningen (ibid.) upplevde hälsovårdarna ofta att det var svårt att få papporna att samtala om sina känslor och eventuella problem. Eftersom de flesta av hälsovårdarna var kvinnor trodde en del av hälsovårdarna att olikheterna mellan mannens och kvinnans sätt att tänka gjorde det svårare att nå en fungerande växelverkan med papporna.

De flesta av hälsovårdarna ansåg att de hade rimliga förutsättningar för att stödja papporna men konstaterade också att de pappor som mest hade behövt stöd inte hade fått tillräckligt med stöd. Med andra ord togs de socialt aktiva papporna lättare i beaktande än de pappor som inte kunde uttrycka sina behov fast de hade haft det största behovet av stöd. Nästan alla hälsovårdare skulle ha velat utveckla sin förmåga att möta papporna och var redo för att utveckla sina arbetssätt och förändra praktik för att pappornas delaktighet på rådgivningsbyråerna skulle öka. En del av hälsovårdarna betonade hälsovårdarens eget ansvar för att uppmuntra papporna och att tydliggöra pappornas betydelse vid barnrådgivning och barnets liv i allmänhet. (Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvo-loissa 2008, 37–38, 41; Massoudi m.fl. 2013, 397–398; Wells, Varga, Kerstis & Sarkadi 2013, 760.)

4.3 Pappors upplevelser av barnrådgivning

4.3.1 Delaktighet ur pappors synpunkt

Hallberg m.fl. (2010, 299) utredde de svenska pappornas delaktighet vid barnrådgivningsbesök och upplevelser av besöket. En finsk studie av Vuorenmaa m.fl. (2011, 289) tog reda på pappornas upplevelser av stöd de fick vid rådgivningsbesök efter barnets födelse. Dessa studier visade att största delen av papporna någon gång hade besökt barnrådgivning. Enligt en svensk studie av Fägerskiöld (2006, 81), som hade granskat de nyblivna pappornas förväntningar om barnrådgivning och deras stödbehov, varierade pappornas aktivitet i fråga om rådgivningsbesök. De pappor som deltog i de flesta av rådgivningsbesöken gjorde det eftersom de var intresserade av barnets utveckling och uppväxt och ville hjälpa mamman med det praktiska. Enligt Hallberg m.fl. (2010, 299) besökte en del av papporna barnrådgivningen med sitt barn utan mamman. Men oftast tog mamman ansvaret för barnets rådgivningsbesök eftersom det i regel var mamman som var hemma med barnet.

Enligt Mesiäislehto-Soukkas studie (2005, 75), som hade granskat pappornas upplevelser av att bli pappa i Finland, ansåg papporna det vara naturligt att pappan inte deltog i alla barnrådgivningsbesök efter barnets födelse. Fägerskiöld (2006, 81) upptäckte i sin studie att de pappor som inte deltog i barnrådgivningsbesök, mest på grund av sina arbetstider, funderade på förhand med mamman om vad som måste frågas på besöket, och de samtalande med mamman om barnets rådgivningsbesök efter besöket. Dessa pappor ansåg i regel att de på så sätt hade en regelbunden kontakt med barnrådgivningen.

4.3.2 Pappors förväntningar

Papporna uppskattade hälsovårdstjänster speciellt när det var i fråga om småbarn. Barnrådgivningsbesöket upplevdes vara viktigt. Där hade föräldrarna möjlighet att samtala om sina eventuella bekymmer och funderingar. (Mesiäislehto-Soukka 2005, 74–75.) Viljamaa (2003) forskade om föräldrarnas åsikter om den finländska rådgivningsverksamheten och hur deras stödbehov hade tagits i beaktande. Enligt hennes studie (2003, 84) var papporna i regel belåttna med rådgivningsbyråtjänsterna. Speciellt uppskattades hälsovårdarens egenskaper och att rådgivningsverksamhet var närtjänst. Enligt Hallberg m.fl. (2010, 300) förväntade papporna att de fick svar på sina frågor från hälsovårdaren. Fägerskiöld (2006, 83) visade att pappornas förväntningar på hälsovårdarens yrkeskunighet var stora: Hälsovårdaren antogs veta allt om barnets hälsa, utveckling och uppfost-

ran. Om hälsovårdaren inte kunde ge svar på föräldrarnas frågor förväntades hälsovårdaren ta reda på saken. Papporna ansåg att rådgivningsverksamhetens viktigaste uppgift var att främja barnets hälsa och utveckling och att ta hand om vaccinationsprogram (Fägerskiöld 2006, 83; Viljamaa 2003, 94).

Mest ville papporna ha kunskap, speciellt de nyblivna papporna. Också emotionellt stöd och konkret hjälp ansågs vara viktiga medan kamratstöd ansågs vara minst viktigt. I fråga om föräldraskap ville papporna mest fundera på hur sin egen självbild utvecklades och sin relation till barn på rådgivningsbyrån. Också livsförändring och hur man byggde upp sitt föräldraskap ansågs vara ganska viktiga teman att behandla med hälsovårdaren. I regel längtade papporna efter en mer personlig kontakt med hälsovårdaren för att kunna samtala om de ovan nämnda temana. Papporna var inte så ivriga att samtala med hälsovårdaren om sitt parförhållande eller fundera på sin relation till sina egna föräldrar. (Fägerskiöld 2006, 81–82; Viljamaa 2003, 88–90.)

Papporna beskrev att barnrådgivningsbesöket handlade mest om hälsoundersökning av barnet med mätningar och vaccinationer. Med hälsovårdaren samtalade pappan om barnets utveckling och uppväxt samt barnets dagliga rutiner som matvanor, tandvård, lek, aktivitet och säkerhet. Några av papporna samtalade också om sina egna hälsovanor som rökning. (Hallberg, Beckman & Håkansson 2010, 299.) Sällan samtalades om parförhållandet eller var man kunde söka extrastöd vid behov. I genomsnitt bedömde papporna att stödets kvalitet vid barnrådgivningen var rimlig. (Vuorenmaa m.fl. 2011, 292–293.) Papporna längtade efter entydiga svar på sina frågor men upplevde ofta att det var svårt att få dem. Dessutom föredrog en del av papporna stödet av manliga vänner och arbetskollor jämfört med stödet av hälsovårdaren. (Fägerskiöld 2006, 82–83.)

Föräldrarna ansåg det vara viktigt att kontinuiteten säkerställdes och att familjen hade en bekant hälsovårdare att arbeta med. Enligt Tuominen m.fl. (2014, 8–9), som hade granskat föräldrarnas upplevelser av kontinuitet i rådgivningsbyråkontext, var det mer sannolikt att pappan deltog i rådgivningsbesök om familjen hade haft en och samma hälsovårdare en längre tid. I regel var föräldrarna mer belåtna med rådgivningsbyråtjänster när barnfamiljen hade haft möjlighet att träffa en bekant hälsovårdare gång efter gång och som kanske var bekant redan från och med graviditetstiden. I Finland är det relativt ovanligt att genomföra mödra- och barnrådgivningstjänster som en integrerad enhet: I början av 2010-talet ordnade ungefär femtedel av finländska kommunerna mödra- och barnrådgivningstjänster integrerat, vilket innebar att hälsovårdaren arbetar både inom mödra- och

barnhälsovård. Det är mer vanligt att hälsovårdaren arbetar antingen i mödra- eller barnhälsovård vilket innebär att hälsovårdaren byts senast efter barnets födelse. (Raussi-Lehto, Regushevskaya, Gissler, Klemetti & Hemminki 2011, 11.)

4.3.4 Positiva upplevelser bland pappor

I regel upplevde papporna att hälsovårdaren var sakkunnig, vänlig, lugn och mottaglig och att de kunde fråga nästan vad som helst på rådgivningsbyrån (Hallberg m.fl. 2010, 300). De flesta av papporna litade på hälsovårdaren. Papporna beskrev att hälsovårdaren uttryckte sin professionalitet, självförtroende och var lugn i alla situationer och att papporna inte behövde skämmas över att fråga någonting. Rådgivningar och instruktioner av hälsovårdare ansågs vara tydliga och uppmuntrande. Hälsovårdaren upplevdes vara intresserad av familjens välmående på ett autentiskt sätt. Papporna uppskattade att hälsovårdaren gav tid och mötte var och en familj individuellt. Papporna var belåtna när de fick instruktioner om barnvård och om hälsovårdaren berättade om barnets olika utvecklingsfaser. (Fägerskiöld 2006, 81–82; Vuorenmaa m.fl. 2011, 289, 293.) En finländsk studie av Vuorenmaa m.fl. (2016, 297–298) granskade föräldrarnas upplevelser av delaktighet, och enligt denna studie beskrev de pappor som hade deltagit i barnets barnrådgivningsbesök mer känslor av delaktighet i familjen än de pappor som var frånvarande. Papporna med en positiv självbild och en högre utbildningsnivå har visats vara mer belåtna med rådgivningsverksamhet än papporna med en negativ självbild eller en lägre utbildningsnivå (Vuorenmaa m.fl. 2011, 289–290; Vuorenmaa m.fl. 2016, 294).

Enligt papporna var det viktigt att känna sig vara välkommen på rådgivningsbyrån. De flesta av papporna upplevde sig vara välkomna på rådgivningsbyrån. Dessa upplevelser skapades när pappan kunde ta del av samtalet, blev hörd av hälsovårdaren och när hälsovårdaren strävade efter att ta pappans arbetstider i beaktande vid tidsbeställning. (Hallberg m.fl. 2010, 300.) Men samtidigt upplevde de att rådgivningsverksamhet i allmänhet var riktad till mamman och barnet, och en del av papporna önskade få mera konkreta tecken på det att de var välkomna. Papporna upplevde att hälsovårdarens stöd oftast handlade om relationen mellan mamman och barnet. Det verkade vara så att en del av papporna hade könsrollsbaseerade antaganden om pappans och mammans roller och ansvarsområdena rörande barnet. I pappornas upplevelser syntes det att de fortfarande ansåg mamman veta mer om barnets vård och att mamman var huvudförälder. Enligt papporna spelade det ingen roll att hälsovårdarna i regel var kvinnor. Tvärtom ansåg papporna att det var lättare att samtala om familjeliv med en kvinna som kanske också själv var

mamma och hade erfarenhet av barnomsorg. (Fägerskiöld 2006, 81–83; Mesiäislehto-Soukka 2005, 74, 125.)

4.3.5 Negativa upplevelser bland pappor

Papporna ansåg att relation mellan mamman och hälsovårdaren var mer intim än relation mellan pappan och hälsovårdaren. De flesta av papporna tyckte det vara normalt och naturligt, medan en del upplevde att de blev ignorerade. En del av papporna upplevde att hälsovårdaren förbisåg dem och på grund av det upplevde de rådgivningsbesöken vara frustrerande. Papporna önskade att hälsovårdaren skulle ha aktiverat dem mer när det var i fråga om barnet. De längtade också efter att hälsovårdaren mer skulle ha betonat det delade föräldraskapets betydelse för barnets uppväxt och utveckling. En del av papporna upplevde att de måste själva vara aktiva och ta initiativ för att få kontakt med hälsovårdaren. Dessutom verkade det vara svårt för papporna att beskriva eller ge ett exempel på hurdant stöd de skulle ha velat få från hälsovårdaren. (Fägerskiöld 2006, 81–83; Mesiäislehto-Soukka 2005, 74–75.)

De pappor som hade negativa tankar om barnrådgivningsverksamhet upplevde till exempel att det var allt svårare att få kontakt med rådgivningsbyrån och att delta i rådgivningsbesök på grund av besvärliga öppettider (Hallberg m.fl. 2010, 300; Viljamaa 2003, 85). Några pappor upplevde att svaren av hälsovårdaren var mångtydiga och rådgivningen genomfördes på en allmän nivå utan att familjens individuella situation och behov togs i beaktande. Papporna längtade efter mer konkreta, specifika och alternativa instruktioner. (Vuorenmaa m.fl. 2011, 293.) Papporna kunde också uppleva att hälsovårdaren inte hade tid för familjen (Hallberg m.fl. 2010, 300). Hälsovårdaren uppfattades ibland genomföra sitt arbete rutinmässigt och åtgärdscentrerat och ge rådgivning i förbigående. Ibland kom papporna bara ihåg åtgärderna, såsom mätningar och vaccinationer, som hade genomförts under besöket men inte vad som hade samtalats om. Papporna upplevde också att kompetensen hos hälsovårdarna varierade. En del av papporna ansåg att besöket på rådgivningsbyrån bara var ett litet moment i livet och att en utomstående person inte kunde göra sig förtrogen med familjens situation tillräckligt bra. Ju äldre barnet blev, desto vanligare var det att papporna tog reda på saker och ting på egen hand och med hjälp av sina bekanta. (Fägerskiöld 2006, 83; Mesiäislehto-Soukka 2005, 75).

4.4 Växelverkan mellan pappa och hälsovårdare

Tiitinen och Ruusuvoori (2012, 39) observerade växelverkan mellan föräldrarna och hälsovårdaren i mödrarådgivningskontext och betydelsen av ögonkontakt. Studien visade att när hälsovårdaren ställde frågor, som var riktade till de båda föräldrarna, tog hon oftast ögonkontakt bara med mamman. Med andra ord i växelverkan med föräldrarna tilltalade hälsovårdaren de båda föräldrarna genom att använda pronomina *ni* och *er* men tog ögonkontakt bara med mamman i slutet av frågan. I regel tolkas denna gest så att de som har ögonkontakt med varandra ska samtala sinsemellan. Ögonkontakt är ett effektivt sätt att visa vem som förväntas svara på frågan. Att ha ögonkontakt med mamman när hälsovårdaren tilltalade de båda föräldrarna kunde signalera att pappans roll på rådgivningsbyrån och som förälder var marginal. (Tiitinen & Ruusuvoori 2012, 42.)

När växelverkan mellan föräldrarna och hälsovårdaren observerades i barnrådgivningskontext märktes det att både föräldrarna och hälsovårdaren uttryckte och förstärkte stereotypa fördomar via sitt sätt att uttrycka sig själv och via sitt beteende: I hälsovårdarens tal och beteende fanns ett medvetet eller omedvetet antagande om att det var mamman som bar det största ansvaret för barnets omsorg. Det ansågs vara självklart att mamman tog hand om den dagliga omsorgen av barnet. Till exempel kunde hälsovårdaren fråga vad som var pappans ansvarsområde hemma men inte vad som var mammans ansvarsområde, eftersom mamman i alla fall antogs ta hand om det mesta. (Tiitinen & Ruusuvoori 2015, 127–128.) Det skapade känslan av att pappan inte ansågs vara likvärdig med mamman i fråga om barnvård. Pappan antogs inte delta i barnvård i samma mån som mamman och måste därför frågas vad han gjorde hemma. Det skapade också något slags paradox: å ena sidan borde hälsovårdaren aktivera pappan via tilltal och frågor men å andra sidan undvika att förmedla stereotypa antagandena om pappans inaktivitet via sitt sätt att tilltala föräldrarna och med sina frågor. (Tiitinen 2015, 63–64.)

Enligt Tiitinen (2015, 63–64) hade hälsovårdaren betydelsefulla möjligheter att antingen stödja eller hindra det delade föräldraskapet att utvecklas. Genom sitt tal, sitt beteende och sin hållning kunde hälsovårdaren främja idealet av det delade föräldraskapet. Det lönade sig inte att tilltala de båda föräldrarna om hälsovårdaren alltid förväntade mamman att svara. Genom att formulera sitt tal på så sätt att det inte innebär ett dolt meddelande om stereotypa och traditionella familjeroller kan hälsovårdaren främja det delade föräldraskapet för att utvecklas.

4.5 Mötet mellan vårdare och patient

4.5.1 Att finnas där för den andra

Holopainen m.fl. har forskat om ett vårdande möte mellan vårdare och patient och utvecklat en teorimodell av fenomenet. Enligt Holopainen m.fl. (2015, 52) börjar varje vårdande möte med bemötandet av patienten. En bokad mottagningstid i sig anses vara ett löfte om möte ur patientens perspektiv (Holopainen, Nyström & Kasén 2014b, 52–53). I början av mötet hälsar vårdaren och presenterar sig själv, skakar hand och har ögonkontakt med patienten. Att vårdaren är lugn hjälper patienten att koppla av i situationen. Att rummet är i en bra ordning och att det inte finns diverse patientdokument på bordet ger ett intryck av att vårdaren är beredd på att möta just den här personen. (Holopainen m.fl. 2015, 52.)

Enligt Holopainen (2016, 57–60) bär vårdaren det största ansvaret för mötets genomförande. Därför är vårdarens sätt att vara i mötet avgörande. I mötet med patienten har vårdarens verbala och icke-verbala kommunikation lika stor betydelse. De synliggör vårdarens inre hållning. Nåden (2000) studerade i sin studie hur vårdarens hållning blev synlig i mötet med patienten. Holopainen (2016, 11) och Nåden (2000, 81) talar om ”inbjudan”. Det innebär att vårdaren via sitt verbala uttryck och sitt kroppsspråk visar att den andra är välkommen. Om patienten redan i ankomstssituationen känner sig välkommen av vårdaren kan grunden läggas till ett fungerande möte (Wiklund 2003, 158). Vårdaren är både fysiskt och psykiskt nära patienten, vill möta och ge tid åt patienten och lyssna på hans eller hennes berättelse just i detta ögonblick. (Holopainen 2016, 13, 44–45). Koskinen och Lindström (2013; 2015) har i sin studie fördjupat sig i ”lyssnande” som vårdmetod. Enligt Koskinen och Lindström (2015, 552–553) är lyssnande inte samma sak som att höra. Att vårdaren lyssnar innebär att han eller hon aktivt bearbetar det som patienten uttrycker och visar det via sitt verbala gensvar och sitt kroppsspråk. Genom att ställa frågor som driver patientens resonemang vidare samt genom att sammanfatta det som patienten har berättat meddelar vårdaren att han eller hon lyssnar på och är närvarande.

Enligt Nåden (2000, 87–91) kan vårdaren med hjälp av sin närvaro förnimma reaktionerna hos patienten, vilket är förutsättningen för finkänslighet som innebär att vårdaren inte kränker patientens privata och intima revir. Vårdaren är lyhörd för hur mycket patienten orkar ta emot och hur nära vårdaren kan komma. Den finkänsliga vårdaren är medveten om hur hans eller hennes sätt att vara påverkar patienten. Holopainen m.fl. (2015,

52) påpekar att när vårdaren värnar om patientens värdighet och är finkänslig under mötets gång möjliggörs det att patienten inte behöver skämmas över sina känslor och upplevelser. Finkänsligheten blir synlig i vårdarens kroppsspråk, uttryck, röst och beteende.

4.5.2 Symmetri och asymmetri

Holopainen (2016, 69) hävdar att mötet måste vara symmetriskt för att vara ett äkta möte. I vårdkontext finns det alltid element av asymmetri eftersom vårdaren bär det största ansvaret för mötets tillblivelse. Asymmetri syns i att vårdaren har sin yrkesroll bakom sig och patienten förväntar sig bli yrkeskunnigt bemött. Det innebär att vårdaren måste vara tillgänglig för patienten och ställa sig till hans eller hennes förfogande. Vårdaren har sina resurser och kunskaper tillgängliga för patienten, medan patienten vill få information och tillfälle att ställa frågor (Holopainen 2016, 36; Holopainen m.fl. 2015, 51). Enligt Holopainen (2016, 58) kommer symmetri i stället fram i att bakom vårdarens och patientens roll finns en enskild människa, med sin livshistoria, upplevelser och känslor, och som vill bli mött som en enskild människa.

Nåden (2000, 82, 89) konstaterar att patienten längtar efter upplevelsen av trygghet i mötet. Patienten vill bli hörd, förstådd och sedd av vårdaren samt bli tagen på allvar. Holopainen m.fl. (2014b, 54) konstaterar att när patienten känner trygghet i mötet kan han eller hon sätta sin tillit till vårdaren. Det innebär att patienten litar på vårdarens yrkeskunnighet. Det innebär också tillit till det att vårdaren inte ger svar på frågor som inte kan svaras eller ger löften som inte kan förverkligas.

I mötet står vårdaren vid patientens sida. Också kan vårdaren göra ”ett litet extra”, vilket innebär att vårdaren gör någonting för patienten som inte är traditionellt eller nödvändigt att göra men gör det, eftersom han eller hon vill göra den andra väl och upplever att det inte är som besvär. (Nåden 2000, 86.) Wiklund (2003) har i sitt verk studerat de vårdvetenskapliga begrepp som är skapade vid Åbo Akademi. Hon (2003, 153) diskuterar uppoffring. Att uppoffra sig innebär i vårdkontext att man är beredd på att göra avkall på sin egen bekvämlighet och sätta den andras bästa framför sitt eget. Helin och Lindström (2003) fördjupade i sin studie i betydelsen av uppoffring i relation mellan vårdaren och patienten. Enligt Helin och Lindström (2003, 416–417) innebär uppoffring i vårdkontext att vårdaren ger någonting av sig själv för patientens bästa och på ett osjälviskt sätt. Det förutsätter att vårdaren kan betrakta saker och ting ur patientens perspektiv när han eller hon bedömer sina handlingar. Uppoffring kombinerad med ansvar och respekt för människans värdighet kan anses vara det värdefullaste vårdaren kan ge.

4.5.3 Att våga bli berörd och att ha mod att möta den andra

Wiklund (2003, 159) beskriver att om man har mod att kasta sig in i mötet leder det till det att man blir i någon mån berörd. Denna beröring kan vara kroppslig (fysisk beröring) eller psykisk (känslomässig) till sin karaktär. Det är omöjligt att beröra en annan människa utan att i någon mån själv bli berörd. Som Holopainen m.fl. (2015, 51; 2014a, 191) och Wiklund (2003, 160) konstaterade ovan utvecklades människan i och med andra människor då hon fick gensvar på sitt sätt att vara, handla och tänka. Om vårdaren förhåller sig helt neutral i mötet förhindras båda parternas möjlighet att utvecklas. Wiklund (2003, 169–170) påpekar också att om vårdaren tillåter sig bli berörd kan det ge en väsentlig information om vårdrelationen och vårdprocessen. Det är därför viktigt att stanna upp och reflektera över de känslor som väcks hos vårdaren under mötets gång.

Nåden och Holopainen diskuterar också mötets betydelse i mötet. För att mötet ska kunna präglas av både asymmetri och symmetri måste vårdaren ha mod att vara sig själv i mötet. Det är viktigt att som vårdare vara öppen inför mötet för att låta det ske. Dessutom behövs öppenhet i kommunikation och viljan att kommunicera. (Holopainen 2016, 41.) Det väsentligaste är att vårdaren har mod att stiga in i patientens värld samt att han eller hon har viljan att möta och förstå det mänskliga livet (Holopainen m.fl. 2014b, 55–56). Som Holopainen m.fl. (2014a, 191–192) samt Koskinen och Lindström (2013, 154) konstaterade ovan måste människan känna igen sig själv och vara du med sig själv för att kunna möta den andras unikheter och för att förhindra att blanda ihop sina egna känslor eller känslor, som har väckts under tidigare möten med andra människor, med nuvarande situation och att tolka fel. Därför måste vårdaren också våga möta sig själv för att kunna möta den andra. En vårdare som är modig är inte rädd för att förlora sin professionalitet om han eller hon inte har svar på alla frågor eller rädd för att beröra och att bli berörd (Holopainen m.fl. 2014a, 191). Patienten längtar efter någon som de kan dela sina tankar och känslor med och som är tillräckligt stark och modig att ta emot och stiga in i dialogen (Holopainen m.fl. 2014a, 191; Koskinen & Lindström 2013, 146). Det krävs mod av vårdaren att lyssna på patientens berättelse (Holopainen 2016, 42). Vårdaren står ut, tar emot, bär och hållbarhet det som patienten vill dela med sig (Wiklund 2003, 164). Osäkerhet och tveksamhet är typiska känslor i mötet eftersom det alltid finns en risk att bli sårad. Det kräver också mod. (Nåden 2000, 84.)

4.6 Sammanfattande reflektion och konklusion

Jag granskade hurdan kunskap och förståelse tidigare studier kunde ge i relation till studiens syfte och frågeställning. Den kunskap och förståelse som tidigare studier har skapat kan sammanfattas på följande sätt:

1. Vad innebär ett bra möte med hälsovårdare vid barnrådgivning ur pappans synpunkt?
 - Papporna vill få kunskap och rådgivning samt bekräftelse på sina rådande kunskaper. Kunskaper och rådgivning borde vara tydliga och entydiga.
 - Pappan kan ta del av samtal och bli hörd, förstådd och sedd av hälsovårdaren. Pappans arbetstid tas i beaktande i tidsbeställning.
 - Mer personlig kontakt med hälsovårdaren.
 - Familjen har en egen hälsovårdare.
 - Hälsovårdaren är sakkunnig, vänlig, lugn och mottaglig. Hälsovårdaren är finkänslig vilket syns i hans eller hennes kroppsspråk, uttryck, röst och beteende. Hälsovårdaren är intresserad av familjen.
 - Pappan behöver inte skämmas över sina frågor.
 - Hälsovårdaren har tid.
 - Hälsovårdaren möter familjen individuellt.
 - Hälsovårdaren aktiverar pappan och betonar det delade föräldraskapets betydelse.
 - Hälsovårdaren via sitt tal, beteende och hållning främjar det delade föräldraskapet.
 - Hälsovårdaren tar hand om mötets genomförande.
 - Hälsovårdaren lyssnar aktivt och visar det via sitt verbala gensvar och sitt kroppsspråk.
 - Känslan av trygghet i mötet och tillit till hälsovårdaren.
 - Hälsovårdaren är öppen i mötet för att låta det ske och öppen i kommunikation. Hälsovårdaren har mod och vilja att möta pappan.

2. Vad sker i mötet mellan pappa och hälsovårdare?

- Besöket börjar med en ömsesidig presentation och mottagningsrummet är i en bra ordning. Hälsovårdaren visar via sitt verbala uttryck och sitt kroppsspråk att den andra är välkommen.
- Hälsoundersökning av barnet och samtal om det praktiska rörande barnet. Sällan samtalas om pappans känslor eller parförhållande.
- Papporna förväntar sig att de kan fråga och få svar på sina frågor.
- Det lilla extra, att göra något för pappans bästa.

3. Hur påverkar mötet mellan pappa och hälsovårdare pappans välmående och faderskap?

- Pappan har möjlighet att samtala om sina eventuella bekymmer och funderingar.

Enligt litteraturöversikten hade pappornas delaktighet vid barnrådgivning ökat, och de flesta av papporna hade en positiv inställning till barnrådgivningsverksamhet. Pappornas upplevelser hade kartlagts i sju olika studier (Fägerskiöld 2006; Hallberg m.fl. 2010; Mesiäislehto-Soukka 2005; Tuominen m.fl. 2014; Viljamaa 2003; Vuorenmaa m.fl. 2011; Vuorenmaa m.fl. 2016). Papporna ansåg att huvuduppgiften i barnrådgivningsverksamheten var att följa barnets uppväxt och utveckling och att barnet och mamman stod i fokus. Både hälsovårdarna och papporna konstaterade att kunskap och rådgivning samt att få bekräftelse på sina rådande kunskaper var det som papporna längtade efter under mötena. Kunskaper och rådgivning borde vara tydliga och entydiga. Både hälsovårdarna och papporna ansåg det vara hälsovårdarens ansvar att få pappan att känna sig välkommen och att aktivera pappan i växelverkan.

Hälsovårdarna hade positiva tankar om pappornas delaktighet och de ville utveckla sig själva för att bättre möta och stödja papporna. Hälsovårdaren ansågs ha bra möjligheter att argumentera för det delade föräldraskapet i mötet med familjer: via sitt tal, sitt beteende och sin hållning kunde hälsovårdaren visa att pappans delaktighet i barnets omsorg ansågs vara naturligt och viktigt. Papporna önskade att hälsovårdaren skulle aktivera dem mer och betona det delade föräldraskapets betydelse för barnets hälsa och utveckling.

För det mesta handlade samtalet om praktiska teman rörande barnet. Papporna hade möjlighet att samtala om sina eventuella bekymmer och funderingar. Papporna upplevde det vara svårt att samtala om sina känslor och parförhållandet. Dessutom ansåg hälsovårdarna

det ibland vara svårt att få papporna att dela med sig av sina känslor och eventuella problem. Papporna själva ansåg vara viktigt att samtala om frågor som handlade om faderskap men längtade efter en mer personlig kontakt med hälsovårdaren för att kunna göra det.

När det vårdvetenskapliga perspektivet på mötet integreras i barnrådgivningskontext innebär mötet att pappan som klient kunde ta del av samtalet samt bli hörd, förstådd och sedd av hälsovårdaren. Hälsovårdaren visade pappan att pappan hade blivit hörd, förstådd och sedd via sitt verbala gensvar och sitt kroppsspråk. I mötet kunde pappan lita på hälsovårdarens yrkeskunnighet och närvaro, ställa frågor och få svar. Hälsovårdaren var vänlig, lugn och mottaglig. Hälsovårdaren var finkänslig i fråga om

hur nära pappan han eller hon kunde komma och hur han eller hon reagerade på pappans uttryck. Hälsovårdarens finkänslighet syntes i hans eller hennes kroppsspråk, uttryck, röst och beteende. Då behövde pappan inte skämmas över sina frågor. Det skapade upplevelsen av trygghet. Hälsovårdaren lyssnade på och processade det som pappan berättade. Hälsovårdaren strävade efter att ta reda på pappans upplevelsevärld i stället för att bedöma, enbart utgående från bakgrundsinformation eller eventuella fördomar, vad som pappan bar på sitt hjärta. För att låta mötet ske borde hälsovårdaren vara öppen samt ha mod och vilja: hälsovårdaren var öppen inför mötet och i kommunikationen samt hade mod och vilja att möta pappan.

Små saker kunde göra att pappan upplevde sig ha blivit välkommen och bemött och att hälsovårdaren var intresserad av familjen, såsom ögonkontakt, tonen på rösten och kroppsspråket. Via verbal och icke-verbal kommunikation visade hälsovårdaren sin hållning i mötet, alltså hur motiverad och engagerad han eller hon var i mötet och hurdan respekt och hurdant intresse han eller hon hade för pappan. Hälsovårdaren kunde också göra det lilla extra, att spontant gå utöver ramen, för att visa att han eller hon var intresserad av pappan och ville honom eller henne väl. Papporna uppskattade att hälsovårdaren gav tid åt familjen och mötte familjen individuellt. Det ansågs också vara viktigt att familjen hade en egen hälsovårdare.

I litteraturöversikten fanns element som beskrev vad ett bra möte med hälsovårdaren innebär ur pappans synpunkt samt vad som sker i mötet mellan pappan och hälsovårdaren. I stället saknades kunskap om hur mötet mellan pappan och hälsovårdaren påverkade pappans välmående och faderskap. Den här studien vill gå djupare i pappornas upplevelsevärld och fördjupa sig i mötet mellan pappan och hälsovårdaren och dess påverkan.

Redan tidigare hänvisades till Nåden (2000, 84) och enligt honom utkristalliserades upplevelserna av och meningen för mötet efterhand. Som Holopainen m.fl. (2015, 51) konstaterade lämnade mötet spår i människans minne och påverkade hennes uppfattningar och förväntningar om kommande möten. Därför är det mycket viktigt att granska vilka saker papporna upplever vara sådana i mötet med hälsovårdaren att en bra grund skapas för de framtida besöken vid barnrådgivningen och att papporna överhuvudtaget anser det vara lönsamt att delta i besöket. Den här studien vill lyfta fram pappornas röst och hurdana betydelser de har gett åt mötena med hälsovårdaren. Som redan konstaterades hade papporna inte så ofta stått i fokus i vårdvetenskapliga studier. Denna studie vill öka den vetenskapliga kunskapen om pappornas upplevelser och synliggöra den betydelse som papporna har gett barnrådgivningsverksamhet.

5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Ett teoretiskt perspektiv skildrar forskarens sätt att se världen och hans eller hennes förhållningsätt med tydliga filosofiska rötter (Friberg & Öhlén 2014, 346). Enligt Neuman, vars teori ofta har tillämpats i en familjevårdvetenskaplig kontext, är familjen en grupp av två eller flera människor som skapar och utvecklar en gemensam kultur. Enligt Neuman strävar familjen efter att bevara sin stabilitet. (Se Friedman, Bowden & Jones 2003, 66.) Neuman beskriver att familjen är i en ömsesidig växelverkan med sin omgivning som omfattar en fysisk, psykologisk, social och andlig dimension samt individens och familjens utvecklingsdimension, alltså den naturliga utveckling som sker genom tiderna. Förändringarna i de ovan nämnda dimensionerna kan medföra både kraftresurser och stressfaktorer i familj. (Se Lawson 2014, 285, 292.) Det finns inte en uttömmande definition av familjens konstruktion utan varje person definierar själv sin egen familj och vem som hör till den (Åstedt-Kurki 2010, 258).

Åstedt-Kurki (2010, 258) anser att en bra vård innebär att hela familjen och dess välmående tas i beaktande, eftersom en person alltid är en del av en familj. Eftersom familjen ur ett familjevårdvetenskapligt perspektiv anses vara en dynamisk funktionsenhet, kan familjen inte förbises i vårdkontext. Friedman m.fl. (2003, 38) påpekar att i familjevårdvetenskap står en enskild individ, relationer mellan enskilda familjemedlemmar, familjen som helhet och familjen som en del av samhället i fokus. Enligt Åstedt-Kurki (2010, 258–259) fungerar familjen som en dynamisk funktionsenhet där familjemedlemmarna påverkar varandra både på gott och ont. Till exempel läggs grunden för barnets hälsobeteende i barndomsfamiljen. Dessutom är barnets födelse och hans eller hennes olika utvecklingsfaser, ut- och inflyttning, utmaningar i arbetslivet, arbetslöshet, skilsmässa, insjuknande eller en familjemedlems död sådana förändringar som påverkar dynamiken i familj men också genomförandet av vårdarbete.

Vården som grundar sig på familjevårdvetenskap saknar ett entydigt begrepp. Till exempel används begreppen ”familjefokuserad vård”, ”familjecentrerad vård” och ”familjevård”. I denna avhandling används begreppet ”familjecentrerad vård”. Friedman m.fl. (2003, 38) beskriver att den familjecentrerade vården innebär att vårda familjemedlemmarna och familjen som helhet i livets olika situationer, både i hälso- och sjukdomskontext. Gedaly-Duff m.fl. (2010, 333) konstaterar att den familjecentrerade vården har lyfts fram under de senaste åren eftersom det har vetenskapligt bevisats att familjen har en positiv påverkan på barnets vård eller vården av någon annan familjemedlem. Familjen

är en relativt stabil grupp av människor i en ständigt föränderlig yttervärld eller i hälso- och sjukvårdskontext, där personalomsättning är vanlig. Ändå argumenterar Åstedt-Kurki (2010, 264) för att samarbetet mellan forskarna och vårdarna borde förstärkas ytterligare för att en familjevårdvetenskaplig forskning kan gynna praktiken bättre.

Familjecentrerad vård är hälsoorienterad, holistisk, systematisk och tvärvetenskaplig till sin karaktär och utgår från familjens individuella behov. Syftet med den familjecentrerade vården är att förstärka familjens kraftresurser och stödja familjen att lösa sina eventuella problem samt att stödja familjen att förstärka och bevara sin funktionsförmåga och välmående. Familjemedlemmarna anses vara sakkunniga i fråga om sin egen familj, vilket tas i beaktande i växelverkan med familjen. Till exempel präglas växelverkan enligt Saveman (2017) av bekräftelse och tillgivenhet, och strävar efter att lyfta fram familjens styrkor, resurser och kompetenser. Familjecentrerad vård betonar en öppen kommunikation mellan familjen och hälsovårdspersonalen. Den familjecentrerade vården innebär att kulturell, socioekonomisk, etnisk och övertygelsebaserad mångfald respekteras. (Friedman m.fl. 2003, 38; Gedaly-Duff, Nielsen, Heims & Pate 2010, 333.) Det krävs modet och viljan av vårdaren att möta familjen och dess medlemmar. Vårdaren, som genomför familjecentrerad vård, är beredd på att mötet med familjen kan lyfta fram olika slags känslor och frågor som vårdaren kanske inte har förmåga att svara på. Meningen är inte att vårdaren har beredskap att behandla alla känslor eller svara på alla frågor. Meningen är att familjen kan dela sin berättelse med någon som lyssnar på. Via möte och samtal kan vårdaren ställa tilläggsfrågor för att aktivera familjens problemhantering och förändringsbenägenhet. (Saveman 2017.) Som redan har konstaterats är verksamheten vid barnrådgivningen familjecentrerad, och därför representerar denna avhandling en stark familjevårdvetenskaplig syn.

6 BESKRIVNING AV FORSKNINGSPROCESSEN

Den här avhandlingen är kvalitativ till sin karaktär och grundar sig på en hermeneutisk tolkningstradition. Jag genomförde datainsamlingen via intervjuer. Jag analyserade data med hjälp av en databaserad, kvalitativ innehållsanalys. Min egen förförståelse har spelat en viktig roll i den hermeneutiska forskningsprocessen. Via denna process skapades en ny förståelse av fenomen (se bilaga 1).

6.1 Metodologiska utgångspunkter

Den kvalitativa forskningstraditionen grundar sig på en holistisk syn på forskningsmålet, och syftet är att beskriva verkligheten på ett icke-numeriskt sätt (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160). Vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi har den vårdvetenskapliga traditionen sin epistemologiska grund i humanvetenskap och i en hermeneutisk forskningstradition. Hermeneutikens värld är förståelsens och tolkningens värld där ethos anger siktet utgående från traditionens bärande grundvärden. *Ethos* avspeglar de grundvärden eller den rådande värderangordning som genomsyrar det vårdvetenskapliga arbetet som helhet, från forskningsfrågan till presentation av forskningsresultaten, teoriutveckling och tillägnet till vårdpraktik. De grundvärden som skildrar ethos inom den vårdvetenskapliga traditionen vid Åbo Akademi är kärleks- och barmhärtighetstanken, livets helighet och människans värdighet. (Eriksson 2003, 21–22; Eriksson & Lindström 2009, 9; Lindström, Lindholm & Zetterlund 2010, 199; Nyström 2015a, 5.)

Den här studien representerar en konstruktiv vetenskapsteori. Den konstruktiva vetenskapsteorin innebär att verkligheten alltid är relativ: kunskapsbildning sker i relation till omgivningen. Varje människa upplever och beskriver verkligheten ur sitt eget perspektiv. Forskningsdata grundar sig på människans subjektiva upplevelser, och syftet är inte att göra uttömmande generaliseringar utgående från kvalitativa studier. Enligt den konstruktiva vetenskapsteorin kan verkligheten forskas i interaktion mellan forskare och deltagare. Metodologin grundar sig på hermeneutik eftersom forskaren tolkar det som deltagaren beskriver. (Metsämuuronen 2011, 90.) I den konstruktiva vetenskapsteorin ligger betoningen på forskarens inverkan på forskningsprocessen: vetenskap och sanning grundar sig på deltagarens framförande och är tolkad och konstruerad av forskaren (Priebe & Landström 2014, 34). Det innebär att den kvalitativa studien aldrig är helt objektiv eller värdefri (Farrelly 2013, 149).

Hermeneutik som forskningsmetod möjliggör tänkande och tolkning som går utöver de rådande kunskapsgränserna (Eriksson & Lindström 2007, 5). Öppenhet för den nya kunskapen är karakteristisk för den hermeneutiska tolkningstraditionen: i stället för att försöka beskriva verkligheten med siffror och statistik eller att skapa någon slags slutenhet och begränsning med hjälp av ett teoretiskt perspektiv är hermeneutik gränsöverskridande och möjliggör en djupare förståelse av vårdandets värld. Hermeneutik går utöver den empiriska världen som förmås uppfatta bara genom sinnen. (Eriksson & Lindström 2009, 9.)

Gadamer (2002, 19) har ställt tre olika uppgifter för hermeneutik: att förstå, att förklara och att tillämpa eller tillägna (jfr Eriksson & Lindström 2007, 13–14). *Förståelsen* innebär att förstå något som något och att ge det en mening. Livet och historien skapar den grund med vars hjälp de meningsbärande fenomenen kan bli förstådda. Gadamer (2002, 138) anser att forskaren bör ställa sig i samma situation som personen bakom materialet befinner sig i, alltså personen som till exempel har blivit intervjuad. Det innebär att forskaren måste betrakta och förstå det meningsfulla i den kontext det förekommer i, i den kultur, samhälle eller tid där personen finns. Personen som har blivit intervjuad konstruerar sitt uttalande för att uttrycka sina tankar och tolkaren försöker förstå det genom ett gemensamt språk med hänsyn till kontexten. Hermeneutik syftar till att klargöra kärnan av förståelse som friläggs genom att skapa en gemensam mening. Gadamer (2002, 141–142) anser ändå att förståelsen aldrig helt kan uppnås eftersom den andra förblir i sin annanhet. Som Eriksson (2009, 51) uttrycker det letar man inte efter den absoluta sanningen, eftersom det enligt den hermeneutiska kunskapsteorin inte finns någon absolut sanning. Saker och ting kan bara vara sanningslika, och det sanningslika är alltid bundet till en given kontext samt den kunskap och det vetande som forskningstraditionen ansluter till. Enligt Näsman och Nyholm (2015, 138) strävar man ständigt efter en djupare förståelse och det sanningslika.

Enligt Gadamer (2002, 195) måste det som är och har förstått kläs i ord, vilket representerar hermeneutikens andra uppgift, att *förklara*. Enligt Nyholm (2015, 129–130) måste forskaren i vårdvetenskap språkliggöra och förmedla en vetenskaplig kunskap om människans verklighet så att läsaren kan ta denna kunskap till sig. Det innebär att forskaren offentliggör sin förståelse genom språk på så sätt att sakens mening bevaras.

Eriksson och Lindström (2007, 12–14) anser att *tillämpning* eller *tilläggnelse* leder den hermeneutiska tolkningen och förståelsen till handling. Tillämpningen har en tonvikt på

olika metodiska förfaringssätt, medan tilläggnelsen handlar om det inre som sker i människan och rör sig nära begreppet ”bildning”. Enligt Gadamer (2002, 24) har bildning en stor betydelse i den hermeneutiska tolkningstraditionen. Sivonen (1998, 10) beskriver att bildning skildrar det som händer i människan som människa när hon lär sig saker och ting, förnimmer sin tillvaro och genomgår olika upplevelser under livets förlopp. Kunskap och upplevelser påverkar alltid människan och modifierar hennes sätt att tänka och handla. Man har förmåga att höja sig utöver sig själv till det allmänna, vilket innebär att man kan betrakta sig själv och sin omgivning med distans, att se det som den andra ser det. Genom bildning utvidgar människan sin så kallade förståelsehorisont. Enligt Friberg och Öhlén (2014, 355) anses den hermeneutiska tolkningsprocessen vara sammansmältning av horisonter vilket innebär att forskaren utvidgar sin förståelsehorisont genom att bli bekant med den andras annorlunda förståelsehorisont.

Nyström (2015b, 53–54) lyfter fram fem olika steg i tolkningsakten som grundar sig på Gadamers filosofi. Det första steget handlar om att formulera forskningsfrågor som definierar fokuset för studie. I det andra steget reflekterar forskaren över sin förförståelse. Till exempel kan man inte på förhand veta vilka fördomar som är produktiva och gynnar förståelse och vilka som hindrar förståelsen och leder till missförstånd (Gadamer 2002, 142). I det tredje steget genomförs dialog med deltagarna för att komma fram till en gemensam förståelse. Dialogen har en riktning mot horisontsammansmältning. Förståelsen fördjupas i det fjärde skedet genom att forskaren läser den text som har skapats i dialogen med deltagarna. Forskaren skapar dialogen med texten som liknar en så kallad hermeneutisk cirkel: Läsningen av hela texten påverkar förståelsen av textens varje del. Varje del läses för att hitta svar på forskningsfrågor. När delarna läses identifieras teman som svarar på frågor. Med dessa i åtanke återvänder forskaren till hela texten och får en ökad förståelse för helheten. Efter det går forskaren tillbaka till den gemensamma förståelse som skapades i dialogen med deltagaren. Till slut skapas en ny förståelse. I steg fem ser forskaren till att alla steg i studien är väl dokumenterade.

6.2 Forskarens egen förförståelse

Begreppet ”förståelse” bär på ett underliggande begrepp ”förförståelse” som skildrar de fördomar eller förutfattande meningar som finns i förhållande till människans öppenhet för världen. Förförståelse handlar om det man redan har förstått eller vet när man inleder

den hermeneutiska studien och måste därför sättas på spel i en tolkningsakt. I en metodologisk mening är det viktigt att lyfta fram förförståelsen, eftersom det påverkar utvärderingen av tolkningarnas riktighet och studiens giltighet. (Nyström 2015a, 13–14.)

I den här studien är min egen förförståelse påverkad av min egen livshistoria, utbildning och arbetserfarenhet. Jag har enstaka minnesbilder från min barndom och besöken vid barnrådgivningen: det var mamman som tog hand om barnrådgivningsbesöket medan pappan var ansvarig för läkarbesök i sjukdomsfall. Under studiens gång fick jag min första, personliga kontakt med rådgivningsverksamhet på grund av graviditet, och det var naturligt att också den blivande pappan deltog i besöken på rådgivningsbyrån. Studierna inom vårdvetenskap har påverkat min människosyn. Min människosyn grundar sig på humanvetenskap och vårdvetenskapens ethos som betonar livets helighet och människans värdighet. Jag anser människan vara multidimensionell med sin kroppsliga, själsliga och andliga del, och att människan är i en ömsesidig växelverkan med sin omgivning.

När jag studerade till hälsovårdare, under åren 2008 och 2012, betonades mycket familjecentrering och att hela familjen stod i fokus vid rådgivningsverksamhet. Men familjecentrering blev verklig först i arbetslivet när jag som nybliven hälsovårdare började bygga min egen identitet som hälsovårdare och tillämpa teorin i praktiken. Det var fint att de båda föräldrarna fanns med, men i början också lite mer spännande och krävande, för att alla som var med vid besöket skulle bli hörda och beaktade. Nuförtiden har jag en positiv attityd mot pappornas delaktighet och anser arbetet med papporna vara givande och upplysningsfullt. Jag anser att pappan har en betydelsefull roll i familjen och påverkan på dess välmående. Därför vill jag via min studie främja arbetet med papporna vid barnrådgivning.

Som hälsovårdare vid mödra- och barnrådgivning är mötet med papporna bekant för mig samt rekommendationer för rådgivningsverksamhet och dess genomförande. Jag anser att redan under graviditetstiden har pappan en stor betydelse för familjens välmående. Pappan lever aktivt med genom att ta hand om mamman och babyn i magen, förbereder hemmet tillsammans med mamman och deltar i mödrarådgivningsbesök och familjeförberedelsekurser. Det verkar ibland vara svårt att samtala om pappornas känslor, som graviditeten har medfört, vid mödrarådgivning. Pappornas berättelser kulminerar ofta i konkreta förberedelser som görs hemma och mammans välmående. Det är mammans och fostrets välmående som granskas med hjälp av olika undersökningar och interventioner vid mödrarådgivningen. Men pappan tas inte i beaktande i samma mån. Det är vanligt att papporna

undrar och frågar om meningen är att också den blivande pappan deltar i besöket vid mödrarådgivning.

Efter barnets födelse blir föräldraskapet verkligt för de båda föräldrarna. I regel är pappan med under förlossningen. Det är vanligt att pappan har sin pappaledighet och stannar hemma en tid med sin familj. Enligt min erfarenhet varierar pappornas delaktighet i fråga om barnrådgivningsbesök. En del av papporna deltar i nästan alla besök vid barnrådgivningen. Men ibland är det så att pappan deltar i bara några enstaka besök efter barnets födelse när pappan har sin pappaledighet. Jag upplever att för pappan är det lättare att vara aktiv och ta del av samtalet efter barnets födelse än under graviditetstiden. Dessutom anser jag att det är lättare att aktivera pappan vid barnrådgivningen jämfört med mödrarådgivning. Barnet är som ett gemensamt projekt som de både föräldrarna ansvarar för och är sakkunniga i. Det syns också i hur föräldrarna beter sig i situationen: Under graviditetstiden är det mamman som sitter nära hälsovårdaren, men efter barnets födelse kan det vara också pappan, som sätter sig nära hälsovårdaren, med barnet i famnen. Dessutom kan både pappan och mamman hjälpa till med mätningar och vaccinationer.

Speciellt med sitt första barn är det vanligt att pappan funderar på vad som är normalt med barnet. Dessutom vill pappan få information som handlar om barnet och sätt att vara med sitt barn. Men det kan vara svårt att aktivera pappan att samtala om sina egna upplevelser som faderskapet har medfört. Ibland känner jag att några pappor upplever sig vara lite förvirrade under besöket. Speciellt om de sällan besöker barnrådgivning. De verkar inte veta vem som förväntas tala eller svara på frågor. Dessutom kan de bli lite förvånade om frågorna ställs till dem.

Vid besök följs en viss besöksstruktur som baserar sig på de nationella rekommendationerna och styr vilka ämnen som behandlas vid besöken. Jämfört med mamman finns det inte systematiska metoder för att granska pappans välmående och ork. Vid barnrådgivningen granskas systematiskt depression hos mamman och eventuella upplevelser av våld i de nära relationerna. Dessutom finns det blanketter med vars hjälp granskas familjens kraftresurser och användning av berusningsmedel granskas. Men pappans eget välmående granskas oftast via samtal med de båda föräldrarna.

6.3 Urval och deltagare

Studiens målgrupp var småbarnspappor alltså de pappor som hade ett eller flera barn och åtminstone ett av barnen var ungefär ett år gammalt. Under sitt första år har barnet hunnit besöka rådgivningsbyrån ungefär 10 gånger. Jag valde att forska om småbarnspappor eftersom barnet då är mest beroende av sina föräldrar. Wolff och Feinbloom (1969, 1005) beskriver att en tidig och spontan växelverkan mellan barn och förälder främjar barnets utveckling. Enligt Nelson (1999, 237) är det första året i barnets livsskede viktigt i fråga om barnets balanserade utveckling och välfärd. Under de första åren genomgår barnet betydande utvecklingsfaser: Barnet blir bekant med språk, lär sig att kontrollera sina känslor och blir intresserad av att betrakta världen mer medvetet. Dessutom utvidgas barnets kognitiva förmågor. Efter barnets födelse formas rollerna och dynamiken i familjen. Då har familjen också täta besök vid barnrådgivningen och grunden läggs för samarbetet med hälsovårdspersonalen.

Inklusionskriterierna var att både pappan och mamman var finsk- eller svenskspråkiga, var födda och hade växt upp i Finland och bodde tillsammans med barnet. Jag valde att forska om papporna som hade levt sitt liv i en finländsk kultur och med en finländsk kvinna, eftersom papporna och familjerna i andra kulturer kunde ha lite olika uppfattningar om faderskap och pappornas roll i familjen. Dessutom kan familjer i olika kulturer eller multikulturella familjer ha olika behov i fråga om stöd. (Shears 2007, 257–258; Watt & Norton 2004, 40.) Jag exkluderade ombildade familjer, flerlingsfamiljer, adoptivfamiljer och familjer där de båda föräldrarna var av samma kön, eftersom familjedynamik och stödbehov kan vara lite annorlunda i dessa familjer (Friedman m.fl. 2003, 20–28). Jag exkluderade familjer med extra stödbehov på grund av missbruk eller sociala problem, eftersom livssituationen i dessa familjer var mer komplexa med hänsyn till studiens syfte.

Papporna blev rekryterade i Helsingfors under fyra veckors tid mellan den 13 februari och den 10 mars 2017. I början var meningen att rekryteringstiden skulle ha varit två veckor och att bara nyblivna pappor skulle bli rekryterade. Men det verkade vara svårt att hitta pappor. I början av rekryteringsperioden var också totalt tio barnrådgivningar med som fanns i södra och västra Helsingfors. När jag bestämde mig för att förlänga rekryteringstid lämnade jag fem barnrådgivningar i västra Helsingfors utanför, eftersom det verkade vara så att pappor som skulle ha uppfyllt inklusionskriterierna inte fanns där. Hälsovårdarna förklarade att de antingen inte hade haft ettåriga barn på besök under rekryte-

ringsperioden eller att barnet hade haft bara mamman med sig. Dessutom nämndes glömskan som en orsak. Till slut skedde rekryteringen med hjälp av hälsovårdarna på fem olika rådgivningsbyråer i södra Helsingfors. Under de två första veckorna gav fyra pappor sitt samtycke till att delta i studien. Jag förlängde rekryteringstiden till två veckor och bestämde mig för att också pappor med två eller flera barn togs med. Hälsovårdarna blev informerade om studiens syfte och dess genomförande, eftersom jag skrev ett e-postmeddelande som skickades vidare till hälsovårdarna (se bilaga 2). Avdelningssköterna berättade också kort om studien på hälsovårdarnas veckomöte. Jag skickade två påminnelser om rekrytering via e-postmeddelande till hälsovårdarna under rekryteringsperioden.

När familjen besökte rådgivningsbyrån med sitt ettåriga barn blev pappan informerade om studien. Då frågade hälsovårdarna också om tillstånd för att jag kunde ta kontakt med pappan. Hälsovårdarna hade en lista där de skrev ner pappornas kontaktuppgifter om pappan gav sitt samtycke till det. Bara jag och hälsovårdaren som rekryterade pappan hade tillgång till listan. En del av hälsovårdarna skickade pappans kontaktuppgifter till mig via stadens interna och skyddade meddelandetjänst. Pappan hade också möjlighet att själv kontakta mig om han inte ville lämna sina kontaktuppgifter.

Vid rekryteringen gav hälsovårdaren ett informationsbrev (se bilaga 3) till de potentiella deltagarna. I informationsbrevet beskrev jag i korthet studiens bakgrund, studiens syfte, varför just den här personen blev vald att delta i studie, hur studien skulle genomföras, vad deltagandet förutsatte för själva pappan, hur forskningsdata hanterades, hur pappornas identitetsskydd bevarades och att resultat skulle bli publicerat i form av en pro gradu-avhandling och en artikel. I informationsbrevet betonade jag att deltagandet var frivilligt och att pappan när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak. Min och min handledares kontaktuppgifter fanns på blanketten.

Totalt åtta pappor hade gett sina kontaktuppgifter. Eftersom jag själv hämtade pappornas kontaktuppgifter vid barnrådgivningen eller fick dem via meddelande från hälsovårdarna visade det sig att papporna var rekryterade på två olika rådgivningsbyråer fast fem rådgivningsbyråer var med i rekryteringen. Jag kontaktade papporna via e-postmeddelande. Ingen av papporna tog initiativet i kontakt. I e-postmeddelandet presenterade jag mig själv samt studiens syfte och temana i intervjun för att pappan kunde bli bekant med intervjuens innehåll i förväg. Jag kom överens med papporna om intervjutid per e-postmeddelanden och med en pappa via telefon.

Pappornas medelålder var 37 år och medianålder 36,5 år: de två yngsta var 33 år och den äldste 47 år. I fråga om åldern när papporna hade fått sitt första barn var medelåldern 35,6 år och medianåldern 33,5 år. Alla pappor bodde med sitt barn och sin maka. Sju av papporna var finskspråkiga och en var tvåspråkig. Sex av papporna hade en högre utbildningsnivå, och alla pappor var i arbetslivet. År 2015 var medelåldern för finländska män som blev pappor för första gången 31 år. I fråga om män i åldern 30 till 49 var cirka 35 % högskoleutbildade. (Statistisk årsbok för Finland 2016, 136, 439.) I den här studien var pappornas medelålder och utbildningsnivå högre än bland de finländska männen i genomsnitt. Alla pappor hade ett friskt barn. Förutom barnfamiljens vardagliga utmaningar, såsom sömn- och tidsbrist, fungerade vardagen bra i alla familjer (se tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsinformation om papporna

Bakgrundsinformation	(n = 8)
Ålder	
30–34	3
35–39	3
40–44	1
45–49	1
Utbildningsnivå	
Lägre utbildningsnivå (studentexamen, yrkesinriktade examen)	2
Högre utbildningsnivå (yrkeshögskoleexamen eller magisterexamen)	6
Antalet barn	
1	7
2	1

Alla pappor hade besökt rådgivningsbyrån redan under graviditetstiden och deltagit i den största delen av barnrådgivningsbesöken. Arbetet var orsaken till att de inte kunnat delta i besöket. Papporna ansåg ändå att det var lätt att planera arbetsdagarna så att deltagande i barnrådgivningsbesök ordnade sig. Fyra av papporna hade besökt barnrådgivningen med sitt barn utan mamma. Fem av papporna beskrev att hälsovårdaren hade bytts en eller flera gånger. I Helsingfors sköts rådgivningsverksamhet integrerat, vilket innebär att hälsovårdaren arbetar både inom mödra- och barnrådgivning. Alla hälsovårdare hade varit kvinnor.

Papporna beskrev att arbetsgivaren hade en positiv inställning till pappaledighet. Alla pappor hade haft pappaledighet efter barnets födelse. Tre av papporna var på pappa- eller vårdledighet när studien genomfördes, och en pappa hade just återvänt till arbetet efter en sju månaders föräldraledighet. Två av papporna, som var i arbetslivet under studiens

gång, hade för avsikt att hålla vårdledighet och stanna en tid hemma med sitt barn. Två av papporna hade delat föräldraledighetsperioden med mamman. Det kan konstateras att papporna i den här studien var aktiva i fråga om deltagandet i rådgivningsbesök och pappaledighet. Alla pappor strävade också efter idealet om det delade föräldraskapet och beskrev att de tog aktivt del i barnvården.

6.4 Datainsamling och material

I den här studien användes en kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod. Intervjun som datainsamlingsmetod är lämplig för att öka förståelsen av ett fenomen eller en situation som står i fokus (Danielson 2014, 173). Intervjun är också en av de vanligaste metoderna inom den hermeneutiska forskningstraditionen (Friberg & Öhlén 2014, 365). Enligt Kyngäs m.fl. (2011, 141) var intervjun också den vanligaste datainsamlingsmetoden i de kvalitativa vårdvetenskapliga studier som hade genomförts i Finland mellan åren 1989 och 2009. Intervjun har sin fokus på mötet mellan intervjuare och deltagare. Deltagaren anses vara en skapande och aktiv aktör som har möjlighet att fritt lyfta fram sina tankar. Intervjuaren stödjer deltagaren att dela med sig av sina tankar med hänsyn till studiens syfte. (Danielson 2014, 165; Hirsjärvi m.fl. 2010, 205.)

I regel är deltagarantalet i den kvalitativa forskningsintervjun litet. Om intervjun lyckas lyfta fram deltagarnas upplevelser och hitta en gemensam mening och essens i dessa upplevelser, och om inte någon ny information kommer fram utan deltagarna lyfter upp samma teman på nytt, har deltagarantalet varit tillräckligt. (Kvale & Brinkmann 2014, 156; Lukkarinen 2001, 127.) I min studie genomförde jag åtta individuella intervjuer. Syftet var att hitta sex till tio pappor för att delta i studie. Därför ansågs rekryteringen till slut vara lyckad. Antalet deltagare var också påverkat av tidsramen och mängd forskningsdata eftersom jag gick genom alla data själv.

Intervjun var semistrukturerad. Den semistrukturerade intervjun består av öppna frågor som är formulerade i en intervjuguide. I intervjuguiden finns temaområdena av intervjun nedskrivna, men intervjuare får själv bestämma i vilken ordning han eller hon ställer frågorna och i vilken form. (Danielson 2014, 167; Hirsjärvi m.fl. 2010, 208.) Min Intervjuguide bestod av en A4 sida och den var med i intervjusituationerna. Studiens syfte och forskningsfrågorna styrde skapandet av intervjuguiden (se bilaga 4).

Jag valde intervjuplatsen i samråd med pappan. Intervjuerna genomfördes antingen i pappans hem, på arbetsplatsen eller i ett ostört kafé. Intervjun började med en ömsesidig presentation och efter det berättade jag om studiens syfte en gång till och hur pappornas identitet ska bevaras. Jag berättade också om intervjuens struktur, min och pappans roller samt tidsram. Jag betonade också att pappan när som helst kunde avbryta intervjun om han kände så. Samtyckesblankett (se bilaga 5) skrevs på i intervjusituationen. Det informerades samtycket innebär att deltagaren får information om studien och informationen ges på så sätt att det är begripligt (Kjellström 2014, 82–83). Alla pappor gav sitt medgivande för att intervjun kunde spelas in. Inspelningen skedde med hjälp av min egen telefon. Intervjun avslutades med summering av de ställda frågorna och pappan kunde vid behov tillägga något. Jag lämnade mina kontaktuppgifter för att pappan vid behov kunde ta kontakt efter intervjun.

För att läsaren ska kunna bedöma studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet var det nödvändigt att veta några bakgrundsinformationer, såsom pappans ålder, om han studerade, arbetade eller var hemmapappa och hans utbildningsnivå. Jag frågade också hur aktivt de hade besökt barnrådgivningen och om hälsovårdare hade bytts en eller flera gånger.

Alla intervjuerna genomfördes under mars 2017. Sex intervjuer genomfördes kalenderveckan 10, en intervju veckan 11 och en intervju veckan 13. Papporna hade blivit informerade om att intervjuerna tog högst en och en halv timme. Intervjuernas längd varierade från 52 minuter till 88 minuter. I två intervjusituationer var barnet också med. Alla intervjuerna var på finska.

Nyström (2015b, 53) konstaterar att syftet med den hermeneutiska studien är att skapa en dialog med personen som blir intervjuad för att hitta en gemensam mening. Därför var intervjusituationerna dialogiska. Temaområdena gick igenom i en fri ordning. Papporna fick berätta utan att bli störda. Jag lyssnade men sammanfattade också det som pappan hade berättat för att säkerställa att jag hade förstått rätt. Jag ansåg det vara viktigt att vid behov kunna be pappan att förtydliga eller precisera sina svar. Dessutom uppmuntrade jag pappan via verbala uttryck och gester att berätta mer för att gå djupare in i temat. Till exempel använde jag uttrycken ”vad skapade en sådan känsla”, ”vad hände då” och ”hur upplevde du det”. Jag märkte också att öppna frågor var svåra för en del av papporna, och det fanns olikheter i det hur lätt det var att fritt berätta om sina upplevelser. Därför var stödfrågorna viktiga. Till exempel använde jag frågorna ”hurdana temaområden samtalar

du om med hälsovårdaren vid barnrådgivning”, ”hur beaktar hälsovårdaren dig” och ”hur dan är relationen mellan dig och hälsovårdaren”. Under intervjuernas gång berättade papporna också om sina upplevelser av mödrarådgivning eller läkarbesök och det var nödvändigt att påminna pappan att fokuset i denna intervju stod på mötena med hälsovårdaren i barnrådgivningskontext.

Jag observerade pappan under intervjuens gång, eftersom pappans egna gester, ansiktsuttryck och tonläge också kunde visa känslor inför det innehåll som diskuterades, vilket gav en betydelsefull information till mig. Därför ansåg jag det också vara nödvändigt att spela in intervjun för att jag skulle kunna vara med på ett autentiskt sätt och observera pappan under intervjuens gång. Fast själva intervjun redan var slut och bandspelaren avstängd visade det sig att samtalen med papporna efter intervjun också var informativa. Efter mötet med pappan antecknade jag delar av dessa samtal som också användes i analysen.

Stämningen i intervjusituationerna var avspänd. Pappan fick själv välja sin plats i rummet och vid behov ta en paus under intervjuens gång. Jag lade märke till att barnets närvaro medförde lite rolöshet i två av intervjuerna och att det då var lite svårt för pappan att koncentrera sig på intervjun. I intervjusituationen lyftes inte min yrkesbakgrund upp, förutom i presentation, eller mina uppfattningar om fenomen. Inte heller tog jag någon ställning till pappornas åsikter.

Som forskare är det omöjligt att få syn på data utan att bli noggrant förtrogen med det (Elo & Kyngäs 2008, 109). Därför ansåg jag det vara viktigt att jag själv transkriberade mina data. Transkriberingen gjordes inom två veckor efter varje intervju. De inspelade intervjuerna och de nedskrivna anteckningarna transkriberades så att mina egna och pappans repliker skiljdes åt. Jag kodade varje transkriberad intervju för att garantera pappans identitetsskydd. Jag skrevs ut intervjuerna så noggrant som möjligt med pauser, skrattar och betoningar. Den icke-verbala kommunikationen kan avslöja eller lyfta fram underliggande meningar i samtalet och är därför viktig att tas i beaktande (Graneheim & Lundman 2004, 111). Därför läste jag den transkriberade texten en gång på så sätt att jag samtidigt lyssnade på den inspelade intervjun för att bättre komma ihåg intervjusituationen med dess icke-verbala element. Som helhet bestod data av en inspelad intervju på nio timmar och av 155 sidor transkriberade intervjutext med font 12 och radavstånd 1,5. Texten var skriven på finska.

6.5 Analys av data

I den här studien har en induktiv analysform använts, vilket innebar att analysen utgick från innehållet i texten (Danielson 2014, 335). Den induktiva analysformen är användbar och lämplig om tidigare teorier eller kunskap omkring fenomen saknas eller är bristfälliga. När man använder ett induktivt närmelsesätt gör man generaliseringar utgående från en mängd enstaka observationer. (Elo & Kyngäs, 2008, 109.)

I den här studien analyserade jag intervjudata med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och enligt den hermeneutiska tolkningstraditionen. Den kvalitativa innehållsanalysen är en typisk analysmetod för intervjudata i vårdvetenskap (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 141). Den kvalitativa innehållsanalysen innebär att sammanfatta de kvalitativa data på så sätt att fenomenet i fråga begripligt kan beskrivas och relationerna mellan olika faktorer förklaras. Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att identifiera och kvantifiera förekomsten av specifika ord eller innehåll i texten. Den kvalitativa aspekten av denna form av innehållsanalys innebär att man fokuserar sig på ordens underliggande meningar och intentioner. Studiens syfte eller forskningsfrågor styr innehållsanalysen. (Danielson 2014, 333–335; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23.) I den här studien styrde avhandlingens syfte analysprocessen.

Det finns olika faser i innehållsanalysen: att välja analysenhet, som till exempel kan vara transkriberade intervjudata, att göra sig förtrogen med sina forskningsdata, att kondensera, klassificera och tolka data samt att utvärdera den vetenskapliga kvaliteten på hela analysprocessen. Grundläggande i analysprocessen är att skilja åt likheter och skillnader, vilket innebär att klassifikationerna måste vara entydiga och utesluta varandra. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23–24.) Man börjar med att läsa texten igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild av texten. Analysen är en rörelse mellan texten som helhet och dess delar, vilket liknar tolkningsprocessen i den hermeneutiska tolkningstraditionen. Ord, meningar eller fraser, som innehåller relevanta informationer med avseende på studiens syfte, lyfts fram. Dessa ord, meningar eller fraser kallas för *meningsbärande enheter*. De framlyfta orden, meningarna och fraserna måste formuleras så att sammanhanget kvarstår, och är i regel originalcitrat. De meningsbärande enheterna *kondenseras* för att korta ner texten men ändå behålla innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i texten: *Koden* beskriver kortfattat meningsenhetens innehåll med ett enda eller ett par ord och är till stöd för att förstå sammanhanget mellan olika meningsenheterna och texten. *Kategorin* utgörs

av flera koder som har liknande innehåll. Kategorierna borde vara omfattande, vilket innebär att alla meningsenheterna som är relevanta i relation till studiens syfte tas med och delas in i sina egna kategorier. Var och en kategori borde ha sitt eget särdrag vilket innebär att en och samma meningsenhet inte kan finnas i två olika kategorier. Till slut formuleras *ett tema*. Den röda tråden genom meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter, koder och kategorier leder till den underliggande meningen som beskrivs med temat och sker på tolkningens nivå. (Danielson 2014, 332–333; Graneheim & Lundman 2004, 106–107.)

I den här studien bestod analysenheten av en transkriberad intervjutext. Analysen började med att läsa igenom texten uppreparande gånger. En genomläsning genomfördes så att jag samtidigt lyssnade på de inspelade intervjudata. Jag pendlade mellan textens olika delar och helhet samt mellan min förståelse och min förförståelse. Läsningen av hela texten påverkade förståelsen av dess delar och tvärtom. Jag reflekterade med jämna mellanrum över förförståelsens påverkan på tolkningsprocessen: om förförståelsen hade en för dominerande roll i tolkningsprocessen och om den förhindrade mig att inse textens äkta mening samt i vilken mån förförståelsen hjälpte mig att hitta textens mening. Dessutom pendlade jag mellan min förståelse utgående från texten och den gemensamma förståelsen som hade skapats med papporna i intervjusituationerna.

Studiens syfte var att beskriva pappornas upplevelser av mötena med hälsovårdaren, och syftet förblev oförändrat under hela analysprocessen. Syftet var nedskrivet på en papperslapp för att med jämna mellanrum påminna mig. Syftet styrde identifierandet av meningsenheterna i texten. Meningsenheten kunde bestå av ett enda ord eller en hel replik. Meningsenheterna var på finska men kondenseringarna var skrivna på svenska. Jag ansåg det vara en bra fas för översättning eftersom mitt resonemang då började gå mot en högre tolknings- och abstraktionsnivå. Eftersom jag skrev avhandlingen på svenska ansåg jag det vara viktigt att också resonemang på tolkningsnivån skedde på svenska. Inte heller bedömde jag det vara relevant att översätta själva meningsenheterna till svenska: Det fanns en risk att budskapet i meningsenheterna kunde ha gått förlorat på grund av översättning. Denna risk minskades genom att de ursprungliga meningsenheterna fungerade som bas för kondensering. Också översättningen i sig kunde anses vara som en egen fas i tolkningsprocessen: jag visade via mitt ordval hur jag hade tolkat det som papporna hade berättat. När analysen var slutförd översatte jag en del av meningsenheterna till svenska för att använda dem som ett beskrivande exempel i själva avhandlingen.

Längden på kondenseringarna varierade mellan en och fem satser. Jag var noggrann med översättning för att innebörden av de meningsbärande meningsenheterna skulle kvarstå. Varje kondenserad meningsenhet blev kodad. En kondenserad meningsenhet kunde bilda många koder. Totalt skapades 558 koder. Eftersom pappan delvis repeterade samma teman i sin berättelse och eftersom papporna delvis lyfte fram liknande tankar, var en del av koderna identiska med varandra. Jag skrev koderna på papperslappar. Jag grupperade samman koderna med ett liknande meningsinnehåll. Grupperingsprocessen fortskred stegvis genom att jag skapade mindre grupper av liknande koder och genom att jag för- enade grupper med liknande meningsinnehåll. Till slut skapade jag tio kategorier som bestod av koder med liknande meningsinnehåll. Dessa tio kategorier formade tre teman som omfattade meningsinnehållet av de bakomliggande kategorierna.

7 ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR

I den här studien har anvisningar för ”God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den” (2012) av en forskningsetisk delegation iakttagits när etiska frågeställningar blev bedömda. Schoenhofer (2002, 278) anser att en vårdvetenskaplig studie borde genomsyra de värden som har skapats inom disciplinen. Med andra ord ska studien och dess metoder präglas av vårdvetenskapens ethos. Ethos innebär tanken om forskarens lojalitet inför vårdvetenskapens sak och skildrar de grundvärden som respekteras under studiens gång, vilket innebär att livets helighet och människans värdighet tas i beaktande i studiens varje fas och berör alla som är delaktiga i forskningsprocessen (Eriksson 2003, 21–22; Eriksson & Lindström 2009, 9; Eriksson, Vehviläinen-Julkunen & Leino-Kilpi 2008, 296; Lindström m.fl. 2010, 199). Tillämpningen av anvisningarna för en god vetenskaplig praxis utgör också en del av forskarsamfundets självkontroll och forskningsorganisationernas kvalitetssystem (God vetenskaplig praxis och handläggning av miss-tankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012 2013, 18). Eftersom jag genomförde studien i Helsingfors gjorde jag en ansökan om forskningsstillstånd som riktades till social- och hälsovårdsverket. I ansökan beskrev jag studiens syfte, forskningsplan, etiska synpunkter och vad som var personalens insats i rekrytering av papporna.

Forskningsetikens syfte är att värna alla livsformer samt att försvara människans grundläggande värden och rättigheter. Enligt Kjellström (2014, 70) motiveras forskningsetiken med att den bidrar till att skydda de personer som medverkar i studien. För att studien ska anses vara etisk måste följande aspekter beaktas: studien måste handla om väsentliga frågor, ha en god vetenskaplig kvalitet och genomföras på ett etiskt sätt (Kjellström 2014, 76). Dessa aspekter behandlas i det följande.

Eriksson m.fl. (2008, 299) argumenterar för att det ska finnas ett vetenskapligt motiverat behov för studien. Studien ska också medföra nytta och eventuella risker borde minimeras. Den här studien handlade om pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdaren. Det fanns tidigare studier om pappornas upplevelser av barnrådgivning. Tidigare studier hade ändå inte fördjupat sig i hurdan betydelse papporna hade gett åt mötena med hälsovårdaren och varför det lönade sig att komma till barnrådgivningen, fast pappornas närvaro hade betonats mer under de senaste årtiondena. Den här studien strävade efter att svara på dessa frågor. Denna studie kan också utnyttjas i praktiken: den möjliggör en ökad förståelse av pappornas upplevelsevärld som kan påverka genomförandet av arbetet vid

barnrådgivningen. Denna information är betydelsefull i fråga om en familjecentrerad vård. Jag genomförde studien för att främja praktik och för att synliggöra de goda elementen i mötet mellan pappan och hälsovårdaren.

Jag genomförde studien enligt en god vetenskaplig praktik. Jag har öppet och noggrant beskrivit litteraturundersökning, genomförandet av datainsamlingen och analysen av forskningsdata. Jag har motiverat och övervägt mitt metodval för att studiens syfte skulle uppnås på ett vetenskapligt acceptabelt sätt. Jag har diskuterat studiens styrkor och svagheter och speglat dem mot relevant litteratur. Jag har omsorgsfullt gjort hänvisningar i texten för att var och en författare och forskare får den respekt och deras resultat det värde och den betydelse som tillkommer dem.

Enligt Näsman (2015, 37) syns vördnaden för människan på det sätt forskaren hanterar sitt forskningsmaterial. Jag garanterade anonymitet och konfidentialitet genom att bevara och behandla forskningsmaterialet på så sätt att någon utomstående person inte kunde ha tillgång till det. Jag bevarade pappornas kontaktuppgifter i mitt hem. Jag genomförde inspelningarna med hjälp av min egen telefon, som fungerade med lösenord, och flyttade inspelningarna till min dator. Ingen annan använde datorn förutom mig och det krävdes ett lösenord för att starta den. I transkriberingsfasen kodade jag papporna enligt en löpande numrering så att forskningsmaterialet bestod av bara oidentifierbara uppgifter. Inte heller gav jag namnen på barnrådgivningarna, där papporna blev rekryterade, till känna för att bevara pappornas identitetsskydd. Dock visste hälsovårdarna, som själv hade rekryterat papporna, vilken barnrådgivning papporna hade blivit rekryterade vid. Papporna blev informerade om vem som förutom mig hade möjlighet till att se forskningsmaterialet. Bara jag och min handledare hade tillgång till forskningsdata. Efter analysen förstörde jag pappornas kontaktuppgifter, forskningsdata och e-postdiskussioner som jag hade haft med papporna.

Jag presenterade resultat på så sätt att det inte kränkte eller förnedrade människans värdighet eller ifrågasatte individens sätt att tänka och handla. Meningen var inte att utvärdera pappornas upplevelser eller bedöma hälsovårdarens sätt att genomföra sitt arbete eller att lyfta upp brister i växelverkan mellan pappan och hälsovårdaren. Meningen var att skaffa information som skulle kunna hjälpa hälsovårdare att utveckla sig själva samt synliggöra det goda i praktiken som redan ingår i hälsovårdarens arbetspraktik, för att förstärka det i framtiden. Jag säkerställde anonymiteten i presentation av resultat, men det förhindrade ändå inte att pappan själv eller hans maka kunde identifiera vem som stod

bakom upplevelsen. I enlighet med personuppgiftslagen (1999/523) hade jag också tystnadsplikt, vilket innebar att jag inte i någon situation diskuterade det som papporna hade berättat och delat på så sätt att pappan kunde bli identifierad.

En viktig del av mitt etiska förhållningssätt var hur jag mötte papporna. I intervjusituationen ansågs pappan vara sakkunnig och pappan behandlades på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. I intervjusituation ville papporna ges en upplevelse av att de blev mötta och att deras tankar var betydelsefulla: nu var det pappan som stod i fokus, inte mamman eller barnet som enligt tidigare studier oftast stod i fokus på rådgivningsbyrå och i de vårdvetenskapliga studierna. Största delen av papporna konstaterade under intervjuens gång att det var viktigt att pappornas upplevelser granskades och de var intresserade och motiverade att delta i studien. Pappornas rätt att få tillräckligt med information bakom sitt deltagandebeslut säkerställdes med både en muntlig och en skriftlig information. Samtyckesblanketter skrevs på i intervjusituation. Papporna kunde med en lämplig betänketid göra sitt beslut. Dessutom var deltagandet frivilligt, och pappan hade rätt att när som helst avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak.

Eftersom intervjun som forskningsmetod är intim finns det alltid möjlighet till emotionella risker i form av obehag, uttråkning, rädslan för att bli identifierad, skam eller svårigheter i växelverkan mellan forskaren och deltagaren. Deltagaren kan uppleva bakgrunds- och forskningsfrågor vara för intima och känna sig obekväma i situation. Om intervjun handlar om teman som kan orsaka skuld- eller skamkänslor hos deltagarna kan det bli ett hinder för en autentisk kunskap. (Lukkarinen 2001, 126.) Jag bedömde forskningsfrågorna inte vara för intima för ett öppet samtal. Papporna fick också på förhand göra sig bekant med studiens temaområden eftersom jag i förväg skickade temaområdena åt papporna via e-postmeddelande. Papporna hade då möjlighet att fundera på vilka saker de ville lyfta fram och hur djupt i temat de ville gå. Att jag i förväg skickade temaområdena åt papporna kan också anses vara en del av ett informerat samtycke: papporna fick på förhand veta vilka teman de förväntades diskutera och fundera på om det kändes relevant och bekvämt att göra så. Papporna hade också rätt att låta bli att svara på frågor och berätta bara det som kändes relevant i situation, men det fanns inte situationer där pappan vägrade att svara på frågorna. Jag upplevde att stämningen var avspänd och naturlig i intervjusituationerna. För pappans del kunde tidsförlust räknas som nackdel i den här studien.

Maktposition eller genustänkande kan ha påverkat i intervjusituation. Eftersom jag själv är hälsovårdare och har mött papporna i mitt arbete är det möjligt att pappan har upplevt

sig vara underordnad och avhållit sig från sannfärdiga svar. Ändå upplevde jag att min bakgrund inte spelade en stor roll i intervjusituationerna, eftersom det inte lyftes fram speciellt i samtalen. Inte ens när själva intervjun var över ville papporna veta om mina egna upplevelser rörande mötet med papporna vid barnrådgivningen. Jag strävade efter att undvika skapandet av maktpositioner genom att bevara min objektivitet. Jag lyfte inte fram mina egna åsikter och upplevelser eller tog någon ställning till pappornas upplevelser. Pappan fick också själv bestämma sin plats i intervjusituationen. Jag försökte ändå undvika en ställning där jag och pappan satt ansikte mot ansikte. Stämningen verkade vara mer avslappnad när pappan fick låta sin blick vila i horisonten. Att jag själv är kvinna kan ha påverkat intervjusituationen. Det kan jämföras med situationen där pappan möter en kvinnlig hälsovårdare vid barnrådgivning. Jag får inte veta om det skulle ha varit lättare för pappan att mer öppet och avslappnat samtala med en annan man än med en kvinna.

8 RESULTAT

Följande teman och kategorier formades:

1. Att känna sig som en fullständig förälder

- Att få bekräftelse och självförtroende som pappa
- Att bli beaktad och behandlad likvärdigt med mamman

2. Känslan av trygghet och säkerhet

- Att få bekräftelse på att allt är normalt
- Att få stöd via kunskap
- Tillit till hälsovårdaren
- Kontinuitet

3. Att kunna dela med sig och öppna sig

- En naturlig och lugn stämning
- Personliga och professionella element som en del av delandet
- Delande av erfarenheter och funderingar rörande barnet och familjens vardagsarrangemang
- Känslan av osäkerhet och irrelevans rörande teman som handlar om själva pappan

8.1 Allmänna upplevelser av att komma som man och pappa till barnrådgivning

Alla pappor var nöjda med barnrådgivningen och rådgivningsverksamheten i allmänhet, och det kändes svårt att beskriva några negativa upplevelser. Papporna hade positiva tankar och känslor inför besöken vid barnrådgivningen. Det var alltid trevligt att komma och visa vad barnet hade lärt sig. Papporna njöt också av att samtala om sitt barn. Papporna beskrev att det kändes neutralt och naturligt att komma till barnrådgivningen som man och pappa. Det hade varit en självklarhet att pappan ska delta i barnrådgivningsbesöket, eftersom båda föräldrarna jämlikt tog hand om barnet och ville vara med i barnets alla viktiga händelser. Dessutom hade papporna manliga förebilder i sin kamratkrets. En del av papporna beskrev det som en rättighet och en förpliktelse att delta i besöket: Det var

rättighet i den meningen att också pappan tog hand om barnet. Förpliktelsen innebar tanken om att pappan som vuxen och förälder var förpliktad att bära sitt ansvar och att vara förtrogen med barnets angelägenheter.

I början hade det varit lite spännande att komma till rådgivningsbyrån, eftersom allt var nytt. Så småningom hade besöken vid barnrådgivningen blivit som en rutin. En del av papporna anade att mamman kanske hade haft mer spänningsskänslor inför besöken på grund av amning och eftersom mamman i regel tillbringade mer tid med barnet. Papporna berättade att familjen i regel förberedde sig inför besöket genom att fundera på frågor och vad som hade hänt sedan förra besöket i familjens vardag och i barnets utveckling.

Papporna hade haft några fördomar innan det första besöket vid barnrådgivningen: Några av papporna trodde att rådgivningstjänsterna bara var riktade till barn och mammor, och att det var fint, om pappan ”hade möjlighet” att vara med. Men alla pappor i den här studien upplevde att hela familjen hade ansetts vara som klient vid barnrådgivningen. En pappa hade trott att verksamheten vid barnrådgivningen var något kliniskt och var positivt överraskad över att samtalet spelade en så stor roll vid barnrådgivningen. På grund av vännernas erfarenheter hade några av papporna fördomar om att de ska bli trugade av identiteter och levnadsvanor. Men papporna i den här studien hade inte upplevt diktering eller trugande av identiteter vid barnrådgivning.

När hela familjen deltog i besöket vid barnrådgivning varierade rollerna mellan papporna: En pappa lekte stilla med barnet under besöket medan mamma var den som samtalade med hälsovårdaren och hjälpte hälsovårdaren med mätningar av barnet och vaccinationer. En del av papporna satt vid sidan med barnet och tog hand om barnet under besöket samt ställde och svarade på eventuella frågor men mamman samtalade mer med hälsovårdaren. En annan del av papporna bytte smidigt rollerna med mamman, beroende på situation, och de båda föräldrarna samtalade lika aktivt. Alla pappor var nöjda med sin roll vid besöket. Papporna beskrev också att de hade en mer aktiv roll vid barnrådgivningen jämfört med mödrarrådgivningen. En pappa beskrev också hur viktigt det var att pappan hade någon roll eller funktion under besöket för att inte känna sig utomstående och betydelselös.

Annars, om det till exempel är så att det är mamman som tar hand om barnets klädsel och sådant, så då... Då sitter pappan bara stilla i sin stol utan

att göra något. Så då är pappan helt onödig i situation. Varför skulle pappan ens gå där? Det kan kännas dåligt för pappan om han bara är där som en blyg viol.

Speciellt i början var mammans roll mer betonad vid barnrådgivning, vilket ansågs vara naturligt på grund av förlossning och amning. Det ansågs vara naturligt att mamman samtalade mer under besöket om mamman tog hand om barnet hemma. Mammans frågor och svar kunde vara mer spontana medan pappan behövde fundera lite längre på sina frågor och svar. En pappa beskrev:

Jag behövde fundera längre på frågor medan mamman kunde mer spontant ställa frågor och ger svar eftersom... Eftersom jag inte då var hemma med barnet. Så jag kunde inte komma ihåg hur barnet åt och sånt -- Det är ju självklart att det som vet bättre svarar på frågorna.

Papporna beskrev att deras uppgift var att lyssna och lägga på minnet det som hade samtalats och att säkerställa att allt blev frågat och sagt samt att vid behov komplettera mammans berättelse. För papporna var det viktigt att få höra instruktioner direkt från hälsovårdaren, inte via mellanhand. Papporna ansåg det vara deras rättighet att själv få höra och vid behov ställa preciserande frågor åt hälsovårdaren.

Jag ville säkerställa att allt vi hade funderat på under senaste månaden blev frågade -- Det skulle lätt kunna vara så att om frun ensam besökte barnrådgivning och sade något som verkar vara tvivelaktigt... Att "är det så på riktigt?" Det skulle vara lättare för mig att lita på det om jag hade hört det från själva hälsovårdaren. Jag skulle kunna tvivla på om hon hade förstått fel eller hört fel.

8.2 Att känna sig som en fullständig förälder

Vid barnrådgivningen fick papporna bekräftelse som pappa. Att man hade blivit pappa och en ansvarig förälder blev konkret i samtalen med hälsovårdaren. Besöken hade främjat pappornas självförtroende som småbarnspappa. Genom att beakta pappan visade hälsovårdaren att pappan var likvärdig med mamman. Pappan kunde uppleva sig vara en fullständig förälder.

8.2.1 Att få bekräftelse och självförtroende som pappa

Det kom fram i pappornas berättelser att deltagandet i barnrådgivningsbesöket hade förstärkt känslan av samhörighet och jämlikhet i familjen: det var familjens gemensamma sak och tecken på det att båda föräldrarna var ansvariga. Deltagandet i barnrådgivningsbesöket ”gjorde relationen mellan pappan och barnet lite närmare” som en pappa uttryckte det. Samtalen med hälsovårdaren hjälpte pappan att bearbeta saker som handlade om barnet. Pappan uppfattades då bli mer förtrogen med barnets angelägenheter, vilket i sin tur förstärkte självförtroendet som pappa. En pappa konstaterade att barnrådgivningen var ett viktigt ställe att sitta ner och orientera sig om barnet, eftersom den yrkesverksamma pappan inte alltid hängde med i barnets alla utvecklingsfaser och vardagliga vanor. Därför var barnrådgivningen också ett viktigt ställe för kunskapsuppdatering. Mötena med hälsovårdaren hade också gett bekräftelsen på att pappan hade handlat rätt med sitt barn: när hälsovårdaren hade konstaterat att barnet hade utvecklats och växt upp normalt och att barnet mår bra gav det upplevelsen av att pappan var sakkunnig och kapabel som förälder och med avseende på sitt eget barn vilket förstärkte självförtroende:

Det ger föräldrarna känslan av säkerhet, att allt går bra. Och att de har lyckats med att handla på ett rätt sätt med sitt barn. Eller att inse det om man har gjort något fel och vad som man kan göra bättre.

Att nuförtiden kunna komma till barnrådgivningen som man och pappa och att kunna själv samtala med hälsovårdaren tolkades i sig vara beviset på det att pappans viktiga roll i barnets liv var bekräftad av hälsovårdaren men också av omgivningen i överlag. En pappa beskrev att omgivningen inte alltid visade tillit till pappans förmåga att ta hand om barnet men med hälsovårdaren hade pappan aldrig upplevt sådant. Några av papporna konstaterade att hälsovårdaren tilltalade dem som ”pappa” vid barnrådgivningen vilket

hade känts naturligt och uppskattande. Tilltalandet upplevdes kännas bra, eftersom det konkretiserade och bekräftade nuläget: att man verkligen nu är en pappa till ett småbarn och också omgivningen bekräftar det. Som en del av papporna beskrev hade föräldraskapet blivit konkret i en liten annan takt jämfört med mamman. Barnrådgivningen kunde anses vara en aktör i pappans utvecklingsprocess: barnrådgivningen för sin del konkretiserade det att man hade blivit pappa och bar ansvaret för en annan människa.

Barnrådgivning var ett ställe där man... speciellt i början... för första gången på riktigt måste eller fick möjlighet att fundera på dessa saker -- Speciellt är papporna ganska förbryllade i situation kanske mer än mamorna som instinktivt förhåller sig till den nya situationen.

En del av papporna hade besökt barnrådgivningen utan mamman. Papporna beskrev att hälsovårdarens mottagande hade varit neutralt. Alla dessa pappor beskrev känslan av stolthet att som man och pappa komma till barnrådgivningen med sitt barn. En pappa beskrev känslan av kraft och belåtenhet efter att ha besökt barnrådgivningen bara med barnet. Den här pappan upplevde också att han måste koncentrera sig mycket mer än vid besöken där också mamman var med. Pappan konstaterade ändå att besöket förstärkte känslan av att pappan kan ta hand om sitt barn utan mamman. Alltså uppfattades det vara kraftgivande och skäl att vara stolt över att som pappa kom till barnrådgivningen med sitt barn utan mamman. Att pappan behövde anstränga sig mer när mamman inte var med vid besöket, tolkades vara tecken på det att det nu var pappan som bar ett fullt ansvar för barnet och som måste ta hand om det att allt nödvändigt blev berättat. Ansvaret blev konkret vid besöket och papporna beskrev det vara spännande. Dessutom kunde det vara tecken på att pappan inte hade tillbringat lika mycket tid med barnet jämfört med mamman, och pappan upplevde sig därför vara lite osäker i mötet med hälsovårdaren. Men till slut förstärkte denna upplevelse självförtroende som pappa:

Det var ju lite spännande, att "ja, jag som pappa tar hand om allt detta".

8.2.2 Att bli beaktad och behandlad likvärdigt med mamman

Alla pappor upplevde att hälsovårdaren tog dem mer i beaktande efter barnets födelse. Vid mödrarrådgivningen var det vanligare att pappan var där för att stödja mamman, medan mamman och hälsovårdaren samtalade sinsemellan. Några av papporna hade upplevt sig vara utomstående eller blivit lämnade vid sidan i samtalet vid barnrådgivningen men inte ofta eller i en störande mån. Men i regel hade papporna inte upplevt känslorna av utanförskap eller ignorering. Många av papporna konstaterade att hälsovårdaren försökte ta pappans arbetstider i beaktande vid tidsbeställning. Det upplevdes vara tecken på att pappan var välkommen och att pappans deltagande var önskvärt. Barnrådgivningstjänsterna ansågs också höra till dem.

Hälsovårdarens frågeställningar var avgörande i fråga om beaktandet. Hälsovårdaren ställde i regel frågorna till de båda föräldrarna samtidigt. Det kändes bra, och papporna upplevde inte att bara mamman förväntades kunna svara på frågorna. En del av frågorna var mer specifika och riktade till antingen till pappan eller mamman. Det fanns olikheter i pappornas upplevelser av hur pappan borde ha tagits i beaktande via frågeställning: En del av papporna beskrev det vara bra om pappans åsikter frågades efter separat. Andra pappor ansåg det vara en onödig betoning. Då upplevde pappan sig vara ofrånkomligt annorlunda jämfört med mamman. I stället ansåg dessa pappor att hälsovårdaren borde tilltala och behandla båda föräldrarna likadant. När hälsovårdaren likvärdigt hade samtalat med de båda föräldrarna upplevde papporna det vara tecken på att de både föräldrarna hade ansetts vara likvärdiga vid besöket och sakkunniga med avseende på sitt barn. Det kom fram i pappornas berättelser att hälsovårdarens respons och hållning var avgörande: när pappan lyfte fram sina egna åsikter fick han någon slags respons från hälsovårdaren i form av ett verbalt uttryck eller en icke-verbal gest. Det uppfattades medföra känslan av att pappans åsikter beaktades och att hälsovårdaren var intresserad av honom. Hälsovårdarens kroppsspråk spelade också en stor roll i mötet. Hälsovårdarens kroppsspråk beskrevs vara neutralt. Ögonkontakt och att hälsovårdaren placerade sig mot de båda föräldrarna var viktiga element i pappornas berättelser:

Att hon tar ögonkontakt med de båda föräldrarna. Det känns att man är där och blir likvärdig bemött. Ja... bara sådana små gester visar att hälsovårdaren är intresserad av åsikter av de båda föräldrarna.

Jag anser att det är bäst om hälsovårdaren tilltalar likvärdigt de båda föräldrarna -- Då går det helt åt skogen om teman som handlar om pappan skilt lyfts fram. Det är bra att hälsovårdaren inte har konstaterat att ”jaha, och sen ska vi fortsätta med pappan”, utan i regel tilltalar hon de båda likvärdigt vid barnrådgivning.

Att känna sig blivit beaktad och behandlad likvärdigt med mamman förutsatte också att hälsovårdaren själv var initiativrik med avseende på pappan. Det ansågs vara hälsovårdarens uppgift att vara aktiv och vid behov ställa specifika frågor eller lyfta fram teman som handlade om pappan för att beakta eller aktivera honom. Vid varje besök borde pappan tas i beaktande åtminstone i en liten mån. En pappa konstaterade ändå att hälsovårdaren också måste ha bedömningsförmåga eftersom inte alla pappor ville vara aktiva vid besöket. Vid behov önskades att hälsovårdaren skulle beakta och aktivera pappan till exempel genom att ställa specifika frågor eller genom att ta pappan med i mätningar av barnet vid besöket. Men detta borde genomföras neutralt och finkänsligt, utan betoning, och med hänsyn till pappans egen vilja att delta. Det kom fram i pappornas funderingar att det kunde vara skrämmande och framkalla osäkerhet om pappan inte var van vid att ta hand om barnet. Därför var det viktigt att hälsovårdaren bedömde i vilken mån pappan ville bli aktiverad.

Och då, om pappan verkar vara moltyst, borde hälsovårdaren ställa några frågor åt pappan. Eller om man ska mäta barnet eller något sånt så be pappan att hjälpa. En liten aktivering om pappan inte av sitt eget initiativ är delaktig.

En av papporna lyfte fram tanken att könet kan ha påverkat växelverkan och beaktandet av pappan. Pappan ansåg att växelverkan mellan två kvinnor kan ha varit mer naturlig på grund av en likadan upplevelsevärld. Några av papporna, som hade besökt barnrådgivning utan mamman, hade efteråt funderat över om besökets utförande och innehåll skulle ha varit likadant om mamman hade varit med vid besöket: en pappa berättade till exempel att besöken ibland hade varit rutinmässiga och snabba, och pappan funderade på om det berodde på det att han var man. En pappa ansåg också att besöken utan mamma var mer

lediga ur pappans synpunkt. Då behövdes det inte fundera på vem hälsovårdaren ska samtala med. Annars lyftes genuset eller ett stereotypt tänkande inte fram i pappornas berättelser.

Om man inte har så mycket att samtala om... Då är besöket över ganska snabbt och alla nödvändiga rutiner genomförs i en ganska snabb takt. Och då är det bara "hejdå" -- Jag vet inte om det beror på det att jag är man. Kanske inte.

Papporna upplevde att det kändes naturligt att möta en kvinnlig hälsovårdare vid barnrådgivningen, och många av papporna hade sedan länge haft en bild av att det alltid hade funnits en rådgivningstjänst (fin. *neuvolatäiti*) vid barnrådgivning. En del av papporna konstaterade att det var lättare att samtala med en kvinna om teman rörande barn och familjeliv. Men som konstaterades hade möten med hälsovårdaren trots det medfört funderingar om olikheterna i mötet med två kvinnor jämfört med en man och en kvinna samt om besökets utförande var beroende på om pappan var med eller inte. Könnsrollstänkandet kan ha medfört en ömsesidig, omedveten spänning i mötet: Det kan ha krävts mer av hälsovårdaren när både pappan och mamman eller bara pappan fanns där om hälsovårdaren själv var mer van vid att möta mammor och betrakta familjelivet utifrån mammornas beskrivningar och synpunkter. Pappan kan ha känt hälsovårdarens eventuella förundran över pappans närvaro eller hennes extra ansträngning för att också pappan skulle bli tagen i beaktande. Kanske kan pappan speciellt i början ha varit lite osäker på sin roll som man och pappa vid barnrådgivningen. Denna osäkerhet kan ha lett till funderingar över könets påverkan: kan man bli tagen på allvar av en kvinnlig hälsovårdare som kanske också själv är mamma för det i regel är mamman som tillbringar mer tid med barnet:

Det kan vara att jag är där som en man och hon som en kvinna. Det kan medföra sådana små nyanser -- Hon kan vara lite förbryllad över det, kanske.

8.3 Känslan av trygghet och säkerhet

Barnrådgivningen medförde känslan av trygghet och säkerhet genom att ta hand om barnets hälsoundersökningar och genom att fungera som en pålitlig informationskälla. Att få bekräftelse på att allt är normalt samt kunskap ansågs vara barnrådgivningens basfunktioner. Känslan av trygghet och säkerhet innebar också tillit till hälsovårdaren och upplevelsen av kontinuitet.

8.3.1 Att få bekräftelse på att allt är normalt

Alla pappor letade efter bekräftelsen av en yrkeskunnig hälsovårdare att allt var bra och normalt i barnets utveckling och uppväxt. Det kom fram i pappornas berättelser att besöken varierade hur mycket pappan upplevde sig ha dragit nytta av det. Papporna förutsatte inte några särskilda upplevelser eller överraskningar, utan besöken kunde vara neutrala: ingen ny information gavs eller särskilt samtal skapades. Fast besöket hade varit neutralt, utan nya instruktioner eller givande samtal, var det varje gång avgörande viktigt att få veta att allt i barnets utveckling och uppväxt framskred normalt. Papporna beskrev också att de i regel samtalade om barnets dygnsrytm och familjens vardagsarrangemang med hälsovårdaren, vilket gav bekräftelsen att familjens basfunktioner var fungerande med avseende en trygg och gynnsam utvecklingsmiljö för barnet.

Vi kom på besök enligt tidtabell och det konstaterades att allt var okej. Att "fortsätt bara på samma sätt". Det kan anses vara som ett neutralt besök. Det är inte alltid nödvändigt att få något nytt med sig. Utan det är tillräckligt att man får bekräftelse på att man kan fortsätta på samma sätt. Att man har handlat rätt.

Där får man bevis eller bekräftelse på att det är ett helt normalt beteende. Att vårt barn inte var så svårt och krävande som vi hade tänkt om. Men då man är så trött och allt... Att det är en stödpelare, på sätt och vis, som man kan stödja sig mot under graviditet och i början för att säkerställa att allt går bra.

8.3.2 Att få stöd via kunskap

I intervjuerna framkom att kunskap i form av information och instruktioner samt bekräftelse på tidigare kunskaper var som ett konkret element som barnrådgivningen hade gett. Systematikens betydelse i rådgivningen betonades: hälsovårdaren måste informera familjen om allt nödvändigt, eftersom det finns olika familjer med olika bakgrund och förkunskaper. Systematik var viktigt fast information inte berörde familjen eller fast familjen själv inte skulle ha varit överens om allt med hälsovårdaren. Det viktigaste var att hälsovårdaren berättade om de allmänna rekommendationerna för alla familjerna. Information och instruktioner handlade om barnet, till exempel barnvård, barnets grundbehov och barnets olika utvecklingsfaser samt vad föräldrarna måste ta i beaktande eller följa i barnets utveckling. Några av papporna konstaterade också att de gärna observerade hälsovårdarens sätt att beröra och behandla barnet för att lära sig något av det.

Där får man kunskap. Och vår uppgift är att lyssna för att vi kan lära oss något nytt och för att vi kan handla enligt rekommendationerna. Praktiskt taget är det i början den enda informationskällan -- Det känns bra om man har fått ett nytt informationspapper eller -häfte eller andra kunskapsbitar med sig.

Om det berättas något, som inte berör en, kan man förbise det. Men jag anser det vara bra att man blir informerad. Till exempel kan några föräldrar tänka att skakandet av barn är helt okej. Också det är viktigt att konstatera att "by the way..." Man vet aldrig vad föräldrarna tänker om föräldraskap och barn och annat. Jag anser att hälsovårdaren måste berätta allt. Att åtminstone har det blivit berättat.

Det verkade vara så att papporna hade bra baskunskaper om barn och förmågor att leta efter information. Att få bekräftelsen på sina tidigare kunskaper ansågs vara lika viktigt som en ny information: att pappan hade handlat eller tänkte handla på ett rätt sätt eller att pappan hade dragit rätt slags slutsatser om barnets angelägenheter. Medvetenhet om att familjen med jämna mellanrum kunde fråga och få kunskapsuppdatering upplevdes också

i sig vara rogivande. I sin helhet gav kunskapen känslan av trygghet och säkerhet att vara med sitt barn.

De är sådana observationer och slutsatser som man själv också har gjort. Att ”det här beror kanske på det där”. Men det är fint att kunna samtala om dessa med hälsovårdaren. Där får man bekräftelse.

8.3.3 Tillit till hälsovårdaren

Det kom fram i pappornas berättelser att tilliten till hälsovårdaren var stark. Papporna litade på hälsovårdarens yrkeskunnighet med avseende på barnet. Papporna beskrev att barnets hälsoundersökningar var barnrådgivningens basfunktioner: att barnets utveckling och uppväxt följdes samt vaccinationsprogram sågs till. Papporna litade på det att allt nödvändigt skulle tas i beaktande av hälsovårdaren. Papporna trodde på att hälsovårdaren lyfte fram alla viktiga teman i samtalet och såg till att besökets innehåll var tillräckligt omfattande. Hälsovårdaren ansågs vara ett proffs som visste vad som var normalt i barnets utveckling och samt i småbarnsfamiljens vardag. Papporna konstaterade hälsovårdaren vara som en pålitlig informationskälla och förväntade att deras frågor blev svarade.

De är ju proffs och har sett många bebisar. Så då kan de med en stor säkerhet konstatera ”att det är helt normalt” eller att ”håll ett öga på något” eller något sånt. Förstås förstärker det självförtroende som förälder att vara med sitt barn.

Hälsovårdarens yrkeskunnighet blev synlig vid besöket. Olika element identifierades i pappornas berättelser som återspeglade hälsovårdarens yrkeskunnighet: Hälsovårdarens habitus var självsäker och saklig. Svaren var entydiga, säkra och logiska. Hälsovårdaren medgav också om hon inte visste svaret och ledde vid behov familjen till andra informationskällor. Hälsovårdaren berättade om sina observationer om barnet under besöket, vilket gav papporna upplevelsen av öppenhet: att hälsovårdaren berättade om det som var normalt och det som inte var normalt, och inte undanhöll denna kunskap.

En pappa konstaterade att han inte förutsatte egna personliga erfarenheter hos hälsovårdaren: det var inte nödvändigt att hälsovårdaren själv var förälder utan pappan uppskattade yrkeskunnighet som hade skapats via utbildning och arbetserfarenhet. Utomstående synpunkter av en yrkeskunnig hälsovårdare uppskattades. Ändå var det viktigt att hälsovårdaren förblev en objektiv informationskälla: hälsovårdaren lyfte inte starkt fram sina egna åsikter eller förmodanden utan lyssnade på och strävade efter att betrakta situation ur familjens synpunkt. En pappa konstaterade att om familjen själv hade frågat efter hälsovårdarens personliga åsikter och hälsovårdaren hade velat dela med sig det, hade familjen uppskattat det. Sammanfattningsvis hade papporna ett starkt förtroende för hälsovårdarens yrkeskunnighet, som hade skapats via utbildning och arbetserfarenhet, och att hälsovårdaren beaktade allt nödvändigt och berättade öppet om sina observationer samt att hälsovårdaren var objektiv i sin position.

Fast tilliten till hälsovårdarens yrkeskunnighet var stark, skapades tillit på en djupare nivå med en bekant hälsovårdare när familjen och hälsovårdaren lärde känna varandra. Papporna föredrog att hälsovårdaren höll fast vid sin yrkesroll och profession och att besöken var effektiva. Men papporna beskrev också att känslan av en ömsesidig tillit skapades när familjen fick veta lite om hälsovårdarens bakgrund. Papporna upplevde att hälsovårdaren visade förtroende å sin sida när hon berättade något om sig själv. Det kändes också fint att kunna ha lite småprat utanför barnrådgivningskontexten, vilket oftast var möjligt bara med en bekant hälsovårdare. Då blev hälsovårdarens personlighet lite mer synlig bakom yrkesrollen och det var lättare för pappan att närma hälsovårdaren när han fick en liten bild av det hurdan den andra var bakom sin yrkesroll.

Speciellt med vår första hälsovårdare, som vi hade under graviditetstiden och en tid efter barnets födelse... Med henne hann relationen formas och då kunde man... Att vi alla kunde slappna av, och oundvikligt började man veta mer om den andra. Så blev det så att vi då och då samtalande allt annat sinsemellan -- Jag anser att det är... Att det är tecken på tillit när man har delat något av sig själv. Då är det lättare att närma den andra.

8.3.4 Kontinuitet

Papporna beskrev relationen med hälsovårdaren med orden *bra, pålitlig, saklig* och *inte för intim*. Papporna beskrev att det var viktigt och önskvärt att familjen hade en bekant

hälsovårdare som familjen mötte gång efter gång. Det skapade upplevelsen av kontinuitet. Största delen av papporna beskrev sina upplevelser av omsättningen av hälsovårdare. Det kom fram i pappornas beskrivningar att det var lättare att komma till barnrådgivningen när en bekant hälsovårdare tog emot. Det var lättare och smidigare att fortsätta med den bekanta hälsovårdaren som kom ihåg familjen och vad som hade samtalats om vid förra besöket. Familjens aktuella situation togs mer i beaktande i samtalet när hälsovårdaren var bekant. Att hälsovårdaren var bekant lockade pappan att mer öppet och ärligt samtala med henne, eftersom pappan kände till hälsovårdarens sätt att handla och reagera. Bekantskapet underlättade också för hälsovårdaren att ta pappan i beaktande: en pappa beskrev att hälsovårdaren lätt samtalade mer med mamman om familjen och hälsovårdaren inte kände varandra från tidigare. Att familjen kom överens med hälsovårdaren var avgörande med avseende på en fungerande relation, och en pappa beskrev att hälsovårdaren byttes ut av familjens eget initiativ eftersom personkemin inte hade stämt.

Man kanske förlitar sig mer på den andra när hon är bekant. Och kanske börjar både pappan och mamman så småningom berätta mer och mer ärligt om sina saker när hälsovårdaren är bekant -- Det skapar någon slags tillit när man vet att en bekant person finns där.

Relationen skapades via kontinuitet. En pappa, som hade träffat många hälsovårdare, konstaterade att relationen inte skapades i de enstaka mötena. Därför ville familjen redan i början av besöket veta om det fanns potential för en relation eller om hälsovårdaren var en tillfällig vikarie. Medvetenhet om kontinuitet eller icke-kontinuitet kan ha påverkat prestationerna vid besöket: Om det hade funnits potential för en relation skulle pappan och hälsovårdaren ha engagerat sig mer i mötet. Om det hade visat sig vara engångsmöte skulle pappan och hälsovårdaren i mötet kanske inte ha velat komma för nära varandra. I stället beskrev papporna att omsättningen av hälsovårdare alltid medförde nya perspektiv som ansågs vara nyttiga.

Det hann inte formas någon relation. Relationen rörande barnet eller vården skapades egentligen inte -- Det kan vara så att någon relation skulle kunna ha skapats eller man skulle kunna ha fått något stöd via kontinuiteten. Men jag var inte medveten om det eller kunde längta efter det eftersom det inte hade funnits någon kontinuitet.

Papporna beskrev upplevelsen av kontinuitet fast hälsovårdaren hade bytts: Den nya hälsovårdaren hade gjort sig förtrogen med familjens situation innan besöket. Det blev synligt i att familjen inte behövde upprepa eller referera sin historia. Inte heller talade hälsovårdaren något icke-relevant i relation till familjens situation. Den nya hälsovårdaren gjorde också hänvisningar till de förra besöken.

Varje gång verkar det vara så att den där nya hälsovårdaren har gjort sig förtrogen med tidigare dokument. Det känns att hon vet hurdant barnet är och vad som har hänt i familjens historia. Vi har inte behövt beskriva allt från början. Dock har det varit så att kanske man samtalar igen om några teman men det har inte stört.

Fast kontinuiteten säkerställdes genom dokumentering beskrev papporna att några viktiga oskrivna element gick förlorade när hälsovårdaren inte var den samma. Det kunde vara stämningen vid besöket, kroppsspråket eller intuitiva upplevelser som hade uppstått hos hälsovårdaren. Dessa element kunde ha fördjupat en ömsesidig förståelse i mötet.

Fast besöken inte upplevdes vara mekaniska hade papporna lagt märke till att det fanns en viss struktur vid besöket. Besökets struktur medförde trygghet, eftersom pappan visste vad som skulle hända under besöket. Speciellt om hälsovårdaren inte var den samma kvarstod samma trygga rutiner. Det medförde också tillit till att allt nödvändigt togs i beaktande fast hälsovårdaren inte kände barnet och familjen. Besökens enhetliga strukturer kunde därför anses vara en del av kontinuiteten:

När jag tänker på det är det ganska trevligt att det är så enhetligt... Det som följas. Så det stör inte så mycket om hälsovårdaren byts.

8.4 Att kunna dela med sig och öppna sig

En naturlig och lugn stämning fick papporna att dela med sig och öppna sig vid barnrådgivningen. Hälsovårdaren skapade med sin hållning och närvaro en angenäm stämning vid besöket. Det kom fram att alla möten var individuella, eftersom pappans personlighet och sociala förmågor samt hälsovårdarens personlighet och professionalitet påverkade i vilken mån pappan ville dela med sig och öppna sig vid besöket. Temana rörande barnet och familjens vardagsarrangemang var vanliga teman vid barnrådgivning, men det kändes inte relevant att samtala om temana utanför det. Barnrådgivningen ansågs till exempel inte vara ett rätt ställe att samtala om sina egna upplevelser som pappa.

8.4.1 En naturlig och lugn stämning

Papporna beskrev stämningen vid besöket med orden *lugn, avslappnad, informell och naturlig*. Hälsovårdaren hade en stor roll i stämningsskapandet. Papporna beskrev hälsovårdaren vara lugn, neutral och vänlig. Familjen togs emot med leende och detta leende var med under besöket. En del av papporna beskrev att det kändes roligt att bli inkallad med barnets namn vid barnrådgivningen. Det hjälpte papporna att orientera sig i situation, att de fanns där för sitt eget barns skull. En ömsesidig presentation med hälsovårdaren tolkades också hjälpa papporna att orientera sig i situation. Papporna beskrev att varje besök började med frågan ”hur har ni mått” vilket var ett bra och naturligt sätt att orientera sig och att få kontakt med hälsovårdaren. Som en pappa beskrev:

Man börjar inte omedelbart gå igenom besökets agenda utan det finns ett litet andrum där. Att man frågar ”hur har ni mått” och sånt. Det skapar en känsla av att man är välkommen. Och att det på riktigt är kul att vi finns där.

Det som präglades besöket vid barnrådgivning var att det fanns tid: familjen kunde samtala med hälsovårdaren i lugn och ro. Känslan av att hälsovårdaren fanns där för just den här familjen och att hon var beredd på att ta emot familjens berättelse blev synligt i pappornas berättelse. Denna känsla kom fram när hälsovårdaren via lugnet visade att det fanns tid. Det var viktigt att hälsovårdaren var riktade mot föräldrarna i stället för datorn. En pappa beskrev upplevelsen av lugnet med orden:

Och kanske är lugnet förknippad med det att det finns en autentisk stämning att "hej, jag finns här för er och jag har tid för er".

Besöket beskrevs vara informellt och naturligt. En pappa berättade hur viktigt det var att hälsovårdaren var naturlig och autentisk i mötet. Då var det lättare att närma sig hälsovårdaren och möta henne som människa. Det var fint att också kunna skratta tillsammans. Några av papporna upplevde det också vara bra om hälsovårdaren tilltalade pappan med hans eget namn, eftersom det kändes vara mer personligt och informellt. Besöken upplevdes inte vara mekaniska utföranden. Det blev synligt i pappornas berättelser genom att hälsovårdaren kunde ta familjens individuella situation och informationsbehov i beaktande i utförandet av besöket. Informalitet och naturlighet tolkades ha blivit synliga också genom att hälsovårdaren beundrade barnets individuella egenskaper: fast hälsovårdaren hade mött många barn under sin karriär och trots att besöket hade en viss tidsram och struktur ville hälsovårdaren lyfta fram barnets unikheter och inte bara konstatera att allt var normalt. Via denna informalitet och naturlighet, kanske även spontanitet, främjade hälsovårdaren barnet och familjen att känna sig bekväma och avslappnade i situation samt föräldrarna att vara stolta över sitt barn.

Och den rådgivning man får... Den är inte ur någon lärobok eller som man ger utan att veta vad som är mottagarnas bakgrund. Utan människan på riktigt möter en annan människa.

En pappa berättade att det kändes bra när hälsovårdaren undersökte barnet på ett barnvänligt sätt: hälsovårdaren undersökte barnet smidigt vid sidan av samtalet eller genom att leka med barnet. Det kändes att hälsovårdaren inte ville genomföra besöken mekaniskt utan tog hänsyn till barnets och familjens villkor för att barnet och familjen skulle kunna känna sig bekväm och trygg i situation. Papporna fick också upplevelsen av att hälsovårdaren ville dem väl: att hälsovårdaren fanns där för just den här familjen, att hon ville svara på familjens stödbehov och genom sin hållning främja familjen att känna sig bekväm och trygg i situation. Eller som en pappa uttryckte det att familjen upplevde sig vara i goda händer (fin. *hyvissä kantimissa*).

Papporna beskrev att det var lätt att ställa frågor som handlade om barnet och de behövde inte skämmas över sina frågor. Den naturliga och lugna stämningen möjliggjorde att pappan kunde vara sig själv. En pappa beskrev att det fanns ”luftighet” (fin. *ilmavuus*) i besökets struktur: det fanns tydliga pauser eller brytpunkter mellan olika temaområdena och stämningen var gynnsam för att lyfta fram sina egna tankar som hade kommit fram under besökets gång. Det var viktigt att kunna ställa frågor och lyfta fram tankar under besökets gång som annars skulle ha fallit i glömska. Lugnet och luftighet i besökets gång tolkades möjliggöra det att dialogen skapades: frågorna ställdes turvis och pappan hade också möjlighet att styra samtalets genomförande enligt familjens behov.

Visst har jag frågat allt slags saker och ting, även dumma saker. Finns det ens sådana saker man inte kan samtala om vid barnrådgivning? Troligen inte. Det är kanske en bra sak att där man kan och får fråga allt som medför förundran.

8.4.2 Personliga och professionella element som en del av delandet

Pappans egen personlighet påverkade i vilken mån han ville ta del av samtalet: En pappa beskrev sig vara passiv av sitt eget initiativ. En annan pappa konstaterade att hans sociala förmågor främjade deltagandet i samtalet. En yrkesverksam pappa beskrev det vara svårt att orientera sig i situationen och hänga med i samtalet, om pappan hade kommit direkt från jobbet och om han under besökets gång hade tänkt över sin föregående arbetsdag. Då hamnade han lätt utanför i samtalet. Hälsovårdaren var den som styrde samtalet, och papporna samtalade inte om teman utanför det som hälsovårdaren hade lyft fram. Papporna ansåg det vara viktigt att hälsovårdaren ställde specifika frågor och frågade rätt-framt. Papporna beskrev att hälsovårdaren visade sitt intresse för pappan och familjens välmående genom att aktivt ställa frågor. Det upplevdes också vara tecken på att hälsovårdaren ville möta familjen och ville hjälpa pappan att delta i växelverkan om pappan inte själv hade förmåga att göra det. Genom frågor visade hälsovårdaren vilka teman som var relevanta att behandla vid barnrådgivningen. Om hälsovårdaren ställde generella frågor blev svaren lätt snäva. Men som sagt fanns det personliga olikheter mellan papporna i fråga om viljan och förmågan att dela med sig och öppna sig. Papporna önskade att hälsovårdaren tog hänsyn till pappans egen vilja och förmåga att dela med sig och öppna sig vid besöket.

Det är viktigt att hon ställer massor av frågor rörande just då rådande tidskede. Att "hur är det med er" och "har ni lagt märke till ditt och datt" -- Och visst är det tecken på det att hälsovårdaren är intresserad av oss.

Hälsovårdarens aktivitet och initiativrikedom tolkades vara avgörande, eftersom pappan kanske inte kom ihåg eller hade förmåga att lyfta fram alla väsentliga teman och sakförhållanden. Om hälsovårdaren inte var initiativrik var det svårt att skapa givande samtal. Då krympte också mängden information som samtalen medförde. Sammanfattningsvis kunde konstateras att hälsovårdarens aktivitet kunde anses vara en del av hennes professionalitet och det hade en stor betydelse för pappans delaktighet och viljan att dela med sig och öppna sig. Mötena var unika i det avseendet att varje pappa var individuell med sin personlighet, sina sociala förmågor och sin upplevelsevärld. Dessutom fanns det olikheter mellan hälsovårdarna.

Kanske då, om hon inte är initiativrik och ställer frågor... Då får man inte så mycket kunskap och sådant.

8.4.3 Delande av erfarenheter och funderingar rörande barnet och familjens vardagsarrangemang

Samtalen med hälsovårdaren var centrala i pappornas berättelser. För det mesta handlade samtalen om praktiska teman omkring barnet. Pappan svarade på hälsovårdarens frågor och berättade om sina vardagliga observationer om barnet. Hälsovårdaren upplevdes vara en rätt person att samtala med om barnets angelägenheter. Allt som handlade om barnet ansågs kunna samtalas om. En pappa beskrev att det kändes bra och viktigt att samtala fast familjen inte hade haft några stora problem i sin vardag, och ibland skapades bra samtal. Med hälsovårdaren kunde pappan dela sina eventuella funderingar och förundran rörande barnet. Pappan fick respons på sina funderingar i form av utomstående synpunkter och bekräftelse. Hälsovårdaren var medvandrare. En pappa jämförde samtalen med hälsovårdaren med kamratstöd. Papporna upplevde sig dela "bördan" med hälsovårdaren som en pappa uttryckte det:

Det har ju gett sånt... rörande ork och sånt. Att man får en känsla av att man delar bördan med någon. Man behöver inte... eftersom man besöker barnrådgivningen så ofta så man delar bördan med någon annan. Man behöver inte länge fundera på om man har gjort några stora misstag eller om det finns något som man borde ha upptäckt. Det är den största hjälpen.

Föräldrarnas ork och eventuella trötthet var ett annat viktigt samtalsämne. Till exempel samtalades om vardagsarrangemang för att de båda föräldrarna kunde få pauser i vardagen. Att få möjlighet att samtala om sin egen ork tolkades skildra det att papporna ansåg hälsovårdaren vara intresserad av familjen som helhet. Hälsovårdaren var inte bara intresserad av hur barnet mår utan också föräldrarnas välmående. Det i sin tur kunde få pappan att inse familjen vara en fungerande enhet: föräldrarnas välmående påverkade barn och tvärtom, och att det var viktigt att ta hand om sig själv.

När pappan delade och delade med sig sina upplevelser av familjevardag och observationer om barnet blev de mer konkreta. Delandet satte i gång resonemang hos pappan när han fick möjlighet att betrakta sin familjevardag med hälsovårdaren. Vardagsrutiner gör lätt så att man blir blind för dem. Med hälsovårdaren fick pappan möjlighet att betrakta situationen med lite utomstående ögon vilket ledde till aha-upplevelser. En pappa beskrev hur samtalen med hälsovårdaren hade gett nya synpunkter på familjens sömnarrangemang:

En gång samtalade vi med en äldre hälsovårdare om vårt sömnarrangemang. Eftersom jag jobbade sov jag i vårt arbetsrum. Men hon uppmunttrade mig att sova i samma säng med mamman och barnet. Inte heller kände det att "sjutton, vad hör det till dig", utan det var intressant att få höra utomstående synpunkter om den här saken.

8.4.4 Känslor av osäkerhet och irrelevans rörande teman som handlar om själva pappan

Enligt papporna var barnrådgivningen inte ett rätt ställe att samtala om sitt eget faderskap eller teman som handlade om pappans personliga upplevelser av familjelivet. I själva verket upplevde papporna att det inte alls var relevant att bara samtala om sig själv. Papporna

ansåg det vara ett lite själviskt och ett ineffektivt sätt att använda tid. Barnet och mamman ansågs vara primära, och stödet och resurser borde i första hand prioriteras med tanke på dem. En pappa konstaterade att han hade slog ifrån sig möjligheterna att samtala om sina egna upplevelser, eftersom han ansåg att mamman hade det svårast och hade uppoftat sig mer i familjen. Därför kändes det vara mer relevant och naturligt att mamman hade möjlighet att samtala om sina egna upplevelser med hälsovårdaren. Dessutom upplevdes det vara pinsamt för papporna att samtala om sig själva, eftersom också barnet och mamman fanns där och besöket var riktat till hela familjen. Samtalen med andra pappor föredrogs. Men det upplevdes vara passande om temat faderskap behandlades ytligt: till exempel kunde papporna samtala om pappaledighet, balans mellan hem och arbete och barnfamiljens vardagsarrangemang men inte om sina upplevelser och känslor som faderskapet hade medfört i mannens liv.

Några av papporna lyfte fram sina upplevelser av faderskap i intervjusituationen. Till exempel beskrev några av papporna känslorna av otillräcklighet som förälder när barnet för en tid föredrog mamman i allt möjligt. En pappa beskrev känslorna av otillräcklighet och förundran i relation till den stora livsförändringen och hur man som förälder och make på ett vettigt sätt kunde diskutera arbetsfördelning hemma med sin maka i en ny livssituation. Papporna hade inte lyft fram sina tankar och känslor med hälsovårdaren eftersom de inte direkt handlade om barnet som en pappa uttryckte det:

En tid var det så att allt jag gjorde verkade vara helt fel, och det var ganska tufft. Fast jag visste att barnet inte hatade mig men ändå tar man det personligt... Det var en sak jag skulle ha kunnat samtala om men jag lyfte inte upp det. Jag antog att det inte hör till den där situationen eftersom det inte handlade om barnets matning och sånt.

Teman som inte direkt handlade om barnet upplevdes vara lite överraskande. En pappa beskrev sin förvåning när hälsovårdaren började samtala om föräldrarnas parförhållande i stället för barnet.

Det var på ett något sätt... utanför "boxen". Förstås trodde man att hon talade om barnet eftersom vi hela tiden hade samtalat bara om barnet. Så dock etsade det sig fast i minnet. Att man borde också ta hand om sitt parförhållande.

Papporna verkade inte veta eller var osäkra på vad som var relevant att lyfta fram vid barnrådgivningen. Fast papporna ansåg att hela familjen stod i fokus vid barnrådgivningen upplevdes det inte vara relevant att dela med sig av sina funderingar och utmaningar till exempel med avseende på föräldraskapet eller parförhållandet. Barnet och mamman stod i fokus, och tanken om att röra sig utanför det, mot pappan, medförde känslan av pinsamhet, förundran och irrelevans. Det syntes också i pappornas berättelser att de nedvärderade betydelsen av sina upplevelser som pappa vid sidan av mamman, eftersom mamman hade genomgått graviditet och förlossning samt tagit hand om amning och eftersom det i regel var mamman som i början stannade hemma med barnet. Det fanns någon slags uppoffringstanke bakom pappornas upplevelser: papporna var inte tillåtna att klaga på eller fördriva tiden med att samtala om sina funderingar och utmaningar som pappa, eftersom han inte hade uppoffrat sig i samma mån som mamman:

När man får barn så är det kvinnan som bär den största bördan. Att det är på många sätt mer påfrestande för kvinnan. På sätt och vis är det uppfattningen. Jag törs inte säga att "det känns tufft" eller sådant. Eftersom det alltid är faktum att mamman har fött, ammat och blivit tvungen att vara vaken under nätterna. Det skulle vara jättesjälviskt att då börja klaga på sig själv.

Papporna beskrev också några samtalsämnen som de medvetet undvek. Papporna förstod att hälsovårdaren måste följa allmänna rekommendationer och ansåg det vara bra att hälsovårdaren systematiskt lyfte fram relevanta rekommendationer och samtalsämnen med avseende på barnets olika åldersskeden och utvecklingsfaser. Några av papporna beskrev att de började undvika några samtalsämnen med hälsovårdaren, eftersom familjens åsikter avvek från hälsovårdarens rekommendationer. Avvikelsen från hälsovårdarens rekom-

mendationer medförde en tillfällig känsla av mindervärdighet och stress fast hälsovårdaren inte hade dömt familjens val. I dessa situationer funderade pappan på om familjen hade gjort sitt bästa för barnets skull speciellt om hälsovårdaren starkt verkade stå bakom de allmänna rekommendationerna. En pappa konstaterade att de allmänna rekommendationerna inte tog hemmapappor i beaktande utan familjen måste själv vara initiativrik för att få rådgivning och stöd i fråga om det.

Vi började undvika teman rörande amning -- Vi var av annan åsikt än hälsovårdaren eller den åsikt som hon representerade -- Men vi tänkte att varje familj gör sina egna beslut. Och säkert representerar hälsovårdaren sådana rekommendationer som är bra för barnet och dock måste hon lyfta fram dessa. Vi upplevde det egentligen inte vara som en negativ sak utan litet som en... Det medförde extrastress... Att om man har gjort allt möjligt för barnets skull.

8.5 Sammanfattning av resultat och konklusion

Syftet med den här studien var att klargöra hur pappan upplevde mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen. Syftet styrde analysen av forskningsdata. Denna studie strävade efter att svara på tre forskningsfrågor. Resultatet kan sammanfattas på följande sätt:

1. Vad innebär ett bra möte med hälsovårdaren vid barnrådgivning ur pappans synpunkt?
 - Hälsovårdaren tilltalar och behandlar de båda föräldrarna likadant.
 - Pappan får respons från hälsovårdaren i form av ett verbalt uttryck eller en icke-verbal gest som visar att pappans åsikter beaktas och att hälsovårdaren är intresserad av honom. Pappans arbetstider tas i beaktande i tidsbeställning.
 - Ögonkontakt och att hälsovårdaren placerar sig mot de båda föräldrarna.
 - Hälsovårdaren ger tid åt familjen.

- Hälsovårdaren är ansvarig för mötets och samtalets genomförande. Hälsovårdaren tar familjens individualitet och stödbehov i beaktande i besökets utförande. Hälsovårdaren är ansvarig för att pappan blir beaktad under besöket.
- Bekräftelsen på att allt är normalt i barnets utveckling och uppväxt och i familjens vardagsarrangemang.
- Papporna vill få kunskap och bekräftelse på sina tidigare kunskaper.
- Tillit till hälsovårdarens yrkeskunnighet och att hälsovårdaren är en pålitlig informationskälla. Hälsovårdaren är självsäker och saklig. Hälsovårdarens svar är entydiga, självsäkra och logiska. Hälsovårdaren lyfter inte starkt fram sina egna åsikter eller förmodanden. Hälsovårdaren är lugn, neutral, vänlig och autentisk då det är lättare att närma honom eller henne och ställa frågor utan skam.
- Öppenhet i kommunikation: hälsovårdaren berättar om sina observationer och medger om han eller hon inte vet svaret.
- Familjen har en egen hälsovårdare då det är lättare att komma till barnrådgivningen och familjens aktuella situation tas bättre i beaktande. Bekantskap främjar växelverkan mellan pappan och hälsovårdaren.
- En obekant hälsovårdare gör sig förtrogen med familjens situation via dokumentering.

2. Vad sker i mötet mellan pappa och hälsovårdare?

- Besöket börjar med en ömsesidig presentation med hälsovårdaren och frågan ”hur har ni mått?”.
- Besöken har en likadan struktur.
- Det finns tydliga pauser eller brytpunkter mellan olika temaområden.
- Hälsoundersökningar av barnet. Pappan kan hjälpa med mätningar och vaccinering.
- Samtalen om praktiska teman rörande barnet samt föräldrarnas ork och trötthet. Inte relevant att samtala om sitt eget faderskap eller sina personliga upplevelser.
- Spontanitet. Hälsovårdaren kan till exempel tilltala pappan med hans eget namn, beundra barnets individuella egenskaper eller ha småprat med pappan.

3. Hur påverkar mötet mellan pappa och hälsovårdare pappans välmående och faderskap?

- Förstärker känslan av samhörighet och jämlikhet i familjen. Rättighet och förpliktelse att som pappa delta i besöket.
- Relationen mellan pappan och barnet blir närmare. Pappan blir mer förtrogen med barnets angelägenheter.
- Bekräftelsen av att pappan har handlat rätt med sitt barn, att pappan är sakkunnig och kapabel som förälder.
- Bekräftelsen på att man verkligen nu är småbarnspappa.
- Känslan av stolthet, kraft och belåtenhet att som man och pappa komma till barnrådgivningen med sitt barn.
- Känslan av att de både föräldrarna är likvärdiga vid besöket och sakkunniga med avseende på sitt barn.
- Pappan får dela med sig av sina eventuella funderingar och förundran rörande barnet för att få utomstående synpunkter och bekräftelse samt möjlighet att betrakta situationen med lite utomstående ögon, vilket leder till aha-upplevelser.

Det kom fram i pappornas berättelser att det lönade sig att komma till barnrådgivning. Besöken vid barnrådgivningen hade förstärkt självförtroende som pappa: Pappan blev mer medveten om barnets angelägenheter vilket gav säkerhet att vara med sitt barn. Dessutom fick pappan bekräftelsen från hälsovårdaren att han hade gjort det som var rätt. Barnrådgivningen var ett ställe där den nuvarande situationen och föräldraskapet blev lite mer konkreta via bekräftelsen av och samtalen med hälsovårdaren: när hälsovårdaren tilltalade en som ”pappa” eller förväntade sig att pappan skulle kunna ta del av samtal rörande barnet var det ett konkret tecken på det att man nu var småbarnspappa med ansvar och utomstående förväntningar.

Besöken medförde bra erfarenheter och känslan av att pappan hade lyckats. Speciellt när pappan besökte barnrådgivningen bara med sitt barn, utan mamman, medförde det känslan av stolthet, kraft och belåtenhet, vilket i sin tur förstärkte självförtroendet och gav bekräftelsen som pappa: att man som pappa kunde klara sig med sitt barn och också hälsovårdaren hade varit där och bekräftat det.

Enligt papporna tog hälsovårdaren i regel dem bra i beaktande vid besöket. Beaktandet av pappan innebar både verbala och icke-verbala element. I ett bra möte blev pappan och mamman likvärdigt tilltalade och behandlade. I en situation där pappan var i risk att hamna i skymundan önskade papporna att hälsovårdaren beaktar pappan neutralt och fin-känsligt utan att lyfta pappan fram med en extrabetoning. Att få en utomstående bekräftelse som pappa och att bli likvärdigt behandlad med mamman av hälsovårdaren samt att kunna stärka sitt självförtroende som småbarnspappa medförde upplevelsen av att pappan var en fullständig förälder.

Papporna tog med sig känslan av trygghet och säkerhet vid besöken. Papporna letade efter bekräftelsen på att allt framskred normalt i barnets utveckling och uppväxt. Dessutom ville de höra från hälsovårdaren att familjens vardagsarrangemang var passande med avseende på en trygg och gynnsam utvecklingsmiljö för barnet. Kunskap var ett annat konkret element som barnrådgivningen hade gett vid sidan av bekräftelsen på att allt var normalt. Kunskaperna bestod av information och instruktioner samt bekräftelsen på pappans tidigare kunskaper.

Tilliten till hälsovårdarens yrkeskunnighet var stark. Hälsovårdaren ansågs vara en pålitlig och en objektiv informationskälla. Tillit på personnivå skapades med en bekant hälsovårdare när familjen och hälsovårdaren lärde sig känna varandra och relationen bildades.

Kategorin ”kontinuitet” tolkades innebära att familjen hade en egen bekant hälsovårdare, att hälsovårdaren i förväg hade blivit bekant med familjens historia och att besöken hade en viss bekant och upprepande struktur. Det var lättare att komma till barnrådgivningen när en bekant hälsovårdare tog emot. Dessutom var det lättare och smidigare att fortsätta med en bekant hälsovårdare. Men fast hälsovårdaren var den samma hade den nya hälsovårdaren i regel blivit bekant med familjens historia. Enhetliga ramar för besöken medförde förutsägbarhet: pappan visste vad som ska ske under besöket även om en ny hälsovårdare tog emot familjen.

Stämningen vid besöket, pappans personlighet och hälsovårdarens professionalitet samt vad som ansågs vara ett relevant samtalsämne vid barnrådgivningen påverkade i vilken mån och vilka saker pappan ville dela med sig till hälsovårdaren. Stämningen vid besöket var lugn och naturlig vilket hjälpte pappan att dela och öppna sig. Lugnet och naturlighet möjliggjorde också att pappan kunde vara sig själv och lyfta fram sina tankar utan skam. Hälsovårdaren hade en avgörande roll i stämningsskapandet. Stämningen började ta sin

form genast i början av besöket när familjen blev inkallad och en ömsesidig presentation genomfördes. Besökets början var viktig i den meningen att pappan då orienterade sig i situation och fick kontakt med hälsovårdaren.

Via sitt lugn visade hälsovårdaren att det fanns tid. Naturlighet skapades via informalitet: till exempel kunde hälsovårdaren tilltala pappan med hans eget namn, och familjen och hälsovårdaren kunde skratta tillsammans. Besöken var inte mekaniska utförandena. Det blev synligt i det att hälsovårdaren tog familjens individuella situation och stödbehov i beaktande. Det blev möjligt via dialogen som skapades i en gynnsam stämning. Dessutom mötte och undersökte hälsovårdaren barnet på ett barnvänligt sätt och delvis på barnets villkor. Det fanns även tid och rum för spontanitet när hälsovårdaren till exempel beundrade barnets individuella egenskaper. I sin helhet skapades upplevelsen av att hälsovårdaren var intresserad av och ville möta familjen samt att hälsovårdaren ville familjen väl.

Pappornas personlighet och sociala förmåga påverkade i vilken mån pappan ville dela med sig och öppna sig under besöket. I regel var papporna nöjda med sin del vid besöket. Hälsovårdaren förväntades ta pappans personlighet och sociala förmågor i beaktande. Därför spelade hälsovårdarens professionalitet en stor roll i fråga om pappans vilja att dela med sig och öppna sig. Papporna önskade att hälsovårdaren aktivt lyfte fram teman i samtal och frågade rätt fram. Då var det lättare för pappan att inse vilka teman som var relevanta vid barnrådgivningen. Största ansvaret för genomförandet av samtalet låg hos hälsovårdaren.

Papporna delade med sig av sina erfarenheter och funderingar rörande barnet och familjens vardagsarrangemang. Papporna fick respons på sina tankar från hälsovårdaren i form av nya utomstående synpunkter. Samtalen med hälsovårdaren hjälpte pappan att ta lite avstånd från den nuvarande situationen och betrakta sig själv och sin familj med nya ögon. Responsen kunde också bestå av bekräftelsen på att allt var normalt. Mötena liknade kamratstöd och skapade upplevelsen av att pappan delade bördan men hälsovårdaren. Hälsovårdaren var medvandrare.

I allmänhet lyftes samtalen med hälsovårdaren många gånger fram i pappornas berättelser. Samtalen hade en avgörande roll redan i början av besöket för att pappan fick kontakt och blev mer bekant med hälsovårdaren. Hälsovårdaren tog reda på familjens situation genom att samtala med familjen. Pappan fick dela med sig av sina funderingar och fick respons. Via samtalen fick papporna kunskap och bekräftelsen på att allt var normalt. Samtalen satte också resonemang i gång i pappan i fråga om barn och familjens vardag.

Papporna ville inte dela med sig av sina upplevelser av faderskap eller känslor som barnets födelse hade medfört. Barnrådgivningen ansågs inte vara ett rätt ställe att som man och pappa samtala om sig själv. Barnet och mamman var primära: det var barnet vars utveckling och uppväxt följdes vid barnrådgivning, och det var mamman som hade fött barnet, ammade och i regel tillbringade mer tid med barnet. Temana rörande faderskap, parförhållande eller pappans personliga välmående orsakade känslorna av pinsamhet, förundran och irrelevans i barnrådgivningskontext. Fast papporna ansåg att hela familjen stod i fokus vid barnrådgivning kändes det inte relevant att samtala om de ovannämnda temana. Dessutom var det svårt att dela med sig av sina tankar med hälsovårdaren om pappans åsikter avvek från hälsovårdarens. Hellre undvek eller ignorerade pappan sådana teman för att undgå eventuella känslor av mindervärdighet och stress.

9 DISKUSSION

Den här pro gradu-avhandlingen har haft sin fokus på pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen. Studien, som jag genomfört som en del av avhandlingen, kan ge en ny förståelse för pappans upplevelsevärld: Vad uppfattas vara bra i mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen ur pappans synpunkt? Vad sker i mötet? Vad ger mötet med hälsovårdaren till pappan rörande hans välmående och faderskap? Den här avhandlingen gjorde också synligt hur familjecentrering hade förverkligats vid barnrådgivning ur pappornas perspektiv. Familjecentreringen i barnrådgivningskontext innebar bland annat att barn, mammor och pappor var klienter på rådgivningsbyrån och att verksamheten baserade sig på deras kunskaper och färdigheter som experter på sin egen familj, och syftet med vården var att förstärka familjens kraftresurser och stödja familjen att lösa sina eventuella problem (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 22; Friedman m.fl. 2003, 38; Gedaly-Duff m.fl. 2010, 333.) I min studie identifierade jag tre teman som beskrev pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivning: 1. Att känna sig som en fullständig förälder, 2. Känslan av trygghet och säkerhet, 3. Att kunna dela med sig och öppna sig.

Alla pappor i min studie var nöjda med barnrådgivning, och det kändes neutralt och naturligt att komma dit. Också enligt Viljamaa (2003, 84) var papporna i regel belåtna med barnrådgivningstjänsterna. Enligt Viljamaa m.fl. (2011, 289–290) och Vuorenmaa m.fl. (2016, 294) var papporna med en positiv självbild och en högre utbildningsnivå mer belåtna med rådgivningsverksamheten än papporna med en negativ självbild och en lägre utbildningsnivå. Det är möjligt att bara papporna med en positiv självbild har deltagit i min studie. Dessutom hade papporna en relativt hög utbildningsnivå. Dessa faktorer kan ha inverkat på att pappornas upplevelser för det mesta var positiva.

Det ansågs vara en självklarhet samt pappans rättighet och förpliktelse att kunna delta i besöket, eftersom båda föräldrarna tog hand om barnet. Enligt Fägerskiöld (2006, 8) ville papporna delta i besöket, eftersom de var intresserade av barnets utveckling och uppväxt och för att kunna hjälpa mamman. Det är möjligt att idealet av det delade föräldrskapet har blivit starkare bland papporna under det senaste årtiondet, då pappans delaktighet nuförtiden anses vara mer en rättighet och en förpliktelse snarare än att bara hjälpa mamman med det praktiska.

Min studie fördjupade förståelsen för hurdan betydelse mötena mellan pappa och hälsovårdare hade haft för pappan. Temat *”Att känna sig som en fullständig förälder”* innebar

att pappan fick bekräftelsen på att han hade handlat rätt med sitt barn samt bekräftelsen på sitt faderskap av hälsovårdaren. Det förstärkte självförtroende som småbarnspappa och att pappan kunde klara sig med barnet. Det innebar också att hälsovårdaren beaktade och behandlade båda föräldrarna likadant. Det skapade upplevelsen av att pappan var en likvärdig förälder och lika kapabel som mamman. Det kan konstateras att barnrådgivning härigenom kan öka familjens inre kraftresurser, det vill säga självförtroende och känslan av det delade föräldraskapet. Dessa synpunkter har inte lyfts fram ur pappornas perspektiv i tidigare studier som ingick i litteraturöversikten.

Som redan konstaterades kunde barnets bästa inte förverkligas utan föräldrarna (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005, 22). Alla pappor i min studie ansåg att hela familjen stod i fokus vid barnrådgivningen. Det innebar att hela familjen fanns på plats och att varje familjemedlem togs i beaktande och kunde dela med sig av sitt eget perspektiv med hälsovårdaren. Vid barnrådgivning kunde de båda föräldrarna få kunskap och bekräftelse och hålla sig ajour med barnets angelägenheter för att göra sitt bästa för barnets skull. Alla pappor i min studie upplevde sig ha blivit bra beaktade av hälsovårdaren. De hade inte upplevt känslor av utanförskap eller ignorering förutom några enstaka fall. I stället konstaterade Fägerskiöld (2006, 81–83) och Mesiäislehto-Soukka (2005, 74) att en del av papporna upplevde besöken vid barnrådgivning vara frustrerande, eftersom hälsovårdaren förbisåg dem och för att de borde själva ta initiativ för att få kontakt med hälsovårdaren. Enligt studien av Alehagen m.fl. (2011, 157–160) samt den nationella utredningen (2008, 24–26) har rådgivningsbyråerna satsat mer på att främja pappornas delaktighet vid barnrådgivning och att papporna ska kunna känna sig vara välkomna. Det är möjligt att tiden och därigenom attitydförändringen på rådgivningsbyråerna har inverkat på att pappor nu tas mer aktivt i beaktande, vilket kan vara en orsak till att papporna i min studie inte hade upplevt känslor av utanförskap eller ignorering.

Deltagandet i barnrådgivningsbesöket hade förstärkt pappornas känslor av samhörighet och jämlikhet i familjen. Dessutom hade deltagandet gjort relationen mellan pappan och barnet närmare. Också i studien av Vuorenmaa m.fl. (2016, 297–298) upplevde papporna en ökad känsla av delaktighet i familjen. Goodman (2005, 197) påpekade i sin studie att ju mer engagerad pappan var, desto mer givande och tillfredsställande upplevdes faderskapet vara. Därför kan barnrådgivningen anses ha bra möjligheter att förstärka pappornas upplevelser av det engagerade faderskapet och de positiva upplevelser som det medför. Enligt Holopainen m.fl. (2015, 51; 2014a, 191) medförde mötet beröring om man hade

mod att hänge sig åt mötet. I min studie upplevde papporna känslor av stolthet, kraft och belåtenhet samt ett ökat självförtroende som pappa. Dessa upplevelser kan anses vara en form av beröring som mötena mellan pappa och hälsovårdare hade medfört. Barnrådgivningen var ett ställe där pappan fick bekräftelse av en utomstående person, en yrkeskunnig hälsovårdare, att han hade handlat rätt med sitt barn och kunde ta hand om barnet. Barnrådgivningen var också ett ställe där den nuvarande situationen och pappans föräldraskap blev lite mer konkreta via bekräftelsen av och samtalen med hälsovårdaren. Som Goodman (2005, 197) påpekade i sin studie upplevde papporna det vara givande att behärska nya situationer med sitt barn, och de nyblivna papporna längtade efter bekräftelsen på sitt faderskap från sin omgivning.

Det kändes bra när hälsovårdaren tilltalade och behandlade de båda föräldrarna likadant, eftersom det skapade känslan av att båda föräldrarna var likvärdiga och kapabla att ta hand om sitt barn. Papporna i min studie beskrev att hälsovårdarens hållning var neutral. Det ansågs vara viktigt att hälsovårdaren hade ögonkontakt med och placerade sig mot de båda föräldrarna. Som Tiitinen och Ruusuvoori (2012, 42; 2015, 127–128) konstaterade i sin studie hade kommunikativa faktorer en stor roll i växelverkan mellan två människor samt att förmedla medvetna eller omedvetna meddelanden. Koskinen och Lindström (2015, 553) konstaterade i sin studie att vårdarens gensvar meddelade ett aktivt lyssnande. Papporna i min studie betonade också responsen de fick från hälsovårdaren i form av ett verbalt uttryck eller en icke-verbal gest för att uppleva sig blivit hörd och förstådd. Att hälsovårdaren ställde frågor till de båda föräldrarna, med tanke på att båda föräldrarna kunde och hade tillfälle att svara på frågorna, kändes bra. Hälsovårdaren aktiverade pappan neutralt och finkänsligt under mötet, likadant som mamman och utan betoning och med hänsyn till pappans egen vilja att delta.

Enligt den nationella utredningen (2008, 36–37) ansåg en del av hälsovårdarna att olikheterna mellan mannens och kvinnans sätt att tänka kunde göra det svårare att skapa en fungerande växelverkan med papporna. I regel är hälsovårdarna på rådgivningsbyråerna kvinnor. Forskningsöversikten visade också att både pappan och hälsovårdaren hade fördomar och förväntningar i fråga om rollerna i familjen, och dessa fördomar blev synliga via medvetna eller omedvetna kommunikativa faktorer i mötet mellan pappan och hälsovårdaren (Fägerskiöld 2006, 81–83; Massoudi m.fl. 2011, 400; Mesiäsiliento-Soukka 2005, 74; Tiitinen & Ruusuvoori 2015, 127–128; Wells m.fl. 2013, 760). Därför antog jag i början av studien att genus kunde spela en viss roll i mötena mellan pappan och hälsovårdaren. Men genustänkandet lyftes inte fram i en betydande mån i min studie.

Tvärtom, som också Fägerskiöld (2006, 82) hade upptäckt i sin studie, upplevde papporna att det var mer lätt och naturligt att samtala med en kvinna om teman rörande barn och familjeliv. Ändå konstaterade en del av papporna att könet kan ha påverkat, och att relationen mellan två kvinnor kan ha varit mer naturlig på grund av en likadan upplevelsevärld. Papporna i min studie ansåg det vara naturligt att mamman samtalade mer med hälsovårdaren och att rådgivningsverksamhet i allmänhet var mer riktade till mamman och barnet, fast hela familjen ansågs vara som klient vid barnrådgivning. Fägerskiöld (2006, 81) och Mesiäslehto-Soukka (2005, 74) beskrev också att papporna upplevde att stödet och instruktioner, som hade getts vid barnrådgivning, hade sin betoning på relationen mellan mamman och barnet.

Temat *”Känslan av trygghet och säkerhet”* innebar element som också hade lyfts fram i tidigare studier. Som Nåden (2000, 82) konstaterade i sin studie längtade patienten efter upplevelsen av trygghet i mötet. Holopainen m.fl. (2014b, 54) påpekade i stället att när patienten kände trygghet i mötet kunde han eller hon sätta sin tillit till vårdaren och lita på vårdarens yrkeskunnighet. Papporna i min studie upplevde känslan av trygghet och säkerhet när grunden till tillit hade lagts under besöken. Pappornas tillit till hälsovårdaren var stor i min studie. Papporna litade på hälsovårdarnas yrkeskunnighet och upplevde att familjen var ”i goda händer” men tillit på en djupare nivå nåddes med en bekant hälsovårdare när pappan lärde sig känna hälsovårdaren och kände sig då mer trygg i situationen. Det att pappan fick kunskap och information samt bekräftelsen av en yrkeskunnig hälsovårdare på att allt var normalt i barnets utveckling och uppväxt medförde också känslan av trygghet och säkerhet. Betydelsen av kontinuitet hade lyfts fram i tidigare studier, och enligt min studie var kontinuitet också en viktig del av känslan av trygghet och säkerhet. Min studie gav en djupare förståelse för hur upplevelsen av kontinuitet skapades och varför det ansågs vara viktig. Kontinuitet var en förutsättning för att relationen med hälsovårdaren kunde skapas. Det var viktigt att lära känna hälsovårdaren och hennes sätt att handla och reagera. Besöken var också smidigare och det var lättare att komma till barnrådgivningen när en bekant person tog emot. Att hälsovårdaren via bekantskap eller med hjälp av dokumentering visste något om familjen möjliggjorde att familjens individuella situation och behov togs i beaktande. Ur ett familjecentrerat perspektiv beskriver temat *”känslan av trygghet och säkerhet”* förstärkandet av familjens inre och yttre kraftresurser: Mötena med hälsovårdaren erbjuder kunskap och information, vilket ökar familjens inre kraftresurser i form av en ökad kunskapsbas. Barnrådgivningen fungerar som familjens yttre kraftresurs. Via mötena med hälsovårdaren fick pappan bekräftelsen på att

allt framskred normalt. Hälsovårdaren som familjens yttre kraftresurs upplevdes vara pålitlig och kontinuerlig och tog familjens individualitet i beaktande.

Papporna hade en stor respekt för barnrådgivningsverksamheten. Besöken vid barnrådgivningen var viktiga tillfällen. Det kom till exempel fram i att papporna planerade sina arbetsdagar på så sätt att deltagandet var möjligt. Dessutom var det vanligt att familjen förberedde sig inför besöket genom att fundera på och skriva ner eventuella frågor samt vad som hade hänt i familjens vardag och i barnets utveckling. Papporna upplevde att de hade fått svar på sina frågor och varit belåtna med hälsovårdarens svar. Också enligt Fägerskiöld (2006, 83) och Mesisäislehto-Soukka (2005, 74–75) upplevdes besöken vid barnrådgivning vara viktiga. Där kunde familjen få kunskap och tillfälle att samtala om sina eventuella bekymmer och funderingar med en yrkeskunnig hälsovårdare, och föräldrarna hade i regel förberett sig inför besöket. Det som avvek från tidigare studier var att enligt dessa studier ansågs svaren av hälsovårdare ibland vara mångtydiga och att papporna längtade efter mer konkreta instruktioner (Hallberg m.fl. 2010, 300; Viljamaa 2003, 85; Vuorenmaa m.fl. 2011, 293). Det kom inte fram i min studie. Eftersom tillit och respekt för rådgivningsverksamhet värderas högt är det ännu viktigare att säkerställa verksamhetens höga kvalitet och enhetlighet också i framtiden genom att förstärka relationen mellan vetenskap och praktik.

Enligt Fägerskiöld (2006, 83) och Viljamaa (2003, 94) ansåg papporna att hälsovårdarens viktigaste uppgifter vid barnrådgivning var att främja barnets hälsa och utveckling samt att ta hand om vaccinationsprogram. Det kom också fram i min studie. Papporna litade på att allt nödvändigt togs i beaktande av hälsovårdaren. Papporna letade efter bekräftelse på att allt i barnets utveckling och uppväxt var normalt och att familjens vardagsarrangemang var fungerande rörande en trygg och gynnsam utvecklingsmiljö för barnet. Papporna uppskattade om hälsovårdaren berättade om sina observationer om barnet, vilket skapade känslan av öppenhet i situationen. Holopainen (2016, 41) betonade också öppenhet i kommunikationen i sin studie. Dessutom var öppenhet i kommunikation ett viktigt element i en familjecentrerad vård (Gedaly-Duff m.fl. 2010, 333). Som Fägerskiöld (2006, 82), Jansson m.fl. (2001, 148) och Viljamaa (2003, 88–90) konstaterade i sina studier ansåg papporna också i min studie att kunskap i form av information och instruktioner samt att få bekräftelsen på pappornas tidigare kunskaper var det viktigaste konkreta element som barnrådgivningen hade gett dem.

Det visade sig att en ömsesidig bekantskap främjade växelverkan i mötet. Tuominen m.fl. (2014, 8–9) visade i sin studie hur viktigt det var att familjen hade en bekant hälsovårdaren att arbeta med. I min studie upplevde papporna att det var lättare att komma till barnrådgivningen när en bekant hälsovårdare tog emot familjen. Dessutom var det lättare att fortsätta med en bekant hälsovårdare som kom ihåg familjen och dess situation. Papporna lyfte fram betydelsen av de oskrivna elementen i mötet med hälsovårdaren som gick förlorade om hälsovårdaren inte var den samma. Familjens individuella situation togs mer i beaktande när familjen och hälsovårdaren kände varandra. Enligt min studie skapades relationen med hälsovårdaren via kontinuitet. Via kontinuitet lärde pappan känna hurdan den andra var i växelverkan. Papporna upplevde också att bekantskap med hälsovårdaren hjälpte hälsovårdaren att ta pappan i beaktande vid besöket. Det var viktigt för papporna att veta om det fanns potential för relation eller om hälsovårdaren var en tillfällig vikarie. Papporna beskrev upplevelsen av kontinuitet fast hälsovårdaren inte var den samma. Denna upplevelse kom till när den nya hälsovårdaren på förhand hade gjort sig förtrogen med familjens situation. Också den enhetliga strukturen av besöken skapade upplevelsen av kontinuitet.

Papporna i Mesiäsllehto-Soukkas (2005, 75) studie upplevde att besöken vid barnrådgivning var enstaka, små stunder i livet och att hälsovårdaren inte kunde göra sig förtrogen med familjens situation tillräckligt bra. Samt ansågs besöken vara rutinmässiga och åtgärdscentrerade. Dessa element lyftes inte fram i min studie. I stället uppskattade papporna hälsovårdarens synpunkter och ansåg att hälsovårdaren var en pålitlig och en objektiv informationskälla. Hälsovårdaren genomförde inte sitt arbete rutinmässigt, utan hon kunde ta familjens individuella situation och informationsbehov i beaktande i besökets genomförande och gå framåt delvis enligt barnets och familjens villkor.

Enligt Holopainen (2016, 58) kom symmetri i mötet fram i att bakom vårdarens och patientens roll fanns en enskild människa med sin livshistoria, upplevelser och känslor och som ville bli mött som en enskild människa. Det fanns också element av symmetri i mötena mellan pappa och hälsovårdare, speciellt om familjen och hälsovårdaren kände varandra. Det syntes i det att pappan och hälsovårdaren kunde ha småprat tillsammans och att hälsovårdaren vågade visa sitt jag och kunde berätta något om sig själv, dela sitt, och på så sätt visa tillit. Nåden (2000, 84) och Holopainen (2016, 13–15, 58) diskuterade också modets betydelse i mötet. Till exempel krävde det mod av vårdaren att vara sig själv och att vara öppen inför mötet för att låta det ske, fast känslorna av osäkerhet och tveksamhet fanns med. Det lyftes fram i min studie hur viktigt det var att hälsovårdaren

vågade vara sig själv i mötet och att hon inte gömde sig bakom någon roll. Då var det lättare för pappan att närma hälsovårdaren, att möta henne som människa.

Temat ”Att kunna dela med sig och öppna sig” beskrev växelverkan mellan pappan och hälsovårdaren. Att kunna dela med sig och öppna sig var beroende på stämningen vid besöket, personliga faktorer och hälsovårdarens professionalitet samt vilka teman som ansågs vara relevanta i barnrådgivningskontext. I studierna av Hallberg m.fl. (2010, 300) och Fägerskiöld (2006, 81–82) hade betydelsen av stämning också lyfts fram och att hälsovårdarens lugn, neutralitet, vänlighet och mottaglighet var viktiga element i stämningsskapande och upplevelsen av att det fanns tid för mötet. Hälsovårdarna i min studie skapade en naturlig och lugn stämning i besöket med sitt lugn, neutralitet och vänlighet. Som redan konstaterades lyfte papporna i min studie fram att hälsovårdarens naturlighet och autenticitet gjorde det lättare att som pappa närma sig hälsovårdaren och vara avslappnad i situation. Holopainen m.fl. (2015, 52) påpekade att när vårdaren värnade om patientens värdighet och var finkänslig under mötets gång möjliggjordes det att patienten inte behövde skämmas över sina känslor och upplevelser. Papporna i min studie upplevde att de kunde vara sig själva och att de inte behövde skämmas över sina frågor. Hälsovårdarens finkänslighet blev också synlig genom att hon hade bedömningsförmåga i fråga om vilka teman pappan ville samtala om. Till exempel upplevdes det inte vara relevant att samtala om de upplevelser som faderskapet hade medfört.

Massoudi m.fl. (2011, 397–398) och den nationella utredningen (2008, 36–37) visade att hälsovårdarna hade en positiv inställning till att arbeta med papporna. Det syntes också i min studie eftersom papporna upplevde att hälsovårdarens mottagande var neutralt och vänligt och att det kändes fint att komma till barnrådgivningen. Enligt Mesiäislehto-Soukka (2005, 74) kände papporna i regel sig välkomna vid barnrådgivningen. Hallberg m.fl. (2010, 300) konstaterade att papporna upplevde sig vara välkomna när de kunde ta del av samtalet, bli hörd av hälsovårdaren och när hälsovårdaren strävade efter att ta pappans arbetstider i beaktande i tidsbeställning. Holopainen (2016, 11) och Nåden (2000, 81) diskuterade *inbjudan*, vilket innebar att vårdaren via sitt kroppsspråk och sitt uttryck visade att den andra var välkommen. I studien av Alehagen m.fl. (2011, 157) ansåg hälsovårdarna att det första intrycket i mötet mellan hälsovårdaren och pappan var avgörande för att pappan också i framtiden skulle delta i besöket. Också i min studie verkade den första kontakten vara betydelsefull. Dessutom kunde element av inbjudan igenkännas. Inbjudan förmedlades indirekt: Familjen blev inkallad av hälsovårdaren och med barnets namn. Familjen togs emot med ett leende. Besöket började med ”ett litet andrum”, med

en ömsesidig presentation och frågan om, hur familjen hade mått. Att hälsovårdaren tilltalade pappan och hade ögonkontakt med pappan kunde anses vara en del av inbjudan, att hälsovårdaren ville möta pappan och bjuda honom in i mötet. Via sitt lugn visade hälsovårdaren att det fanns tid. Via sitt kroppsspråk och sina frågor visade hälsovårdaren att hon var intresserad av familjen och ville möta och vara tillgänglig för familjen. Då upplevde papporna sig vara välkomna vid barnrådgivningen och dessa element skapade en naturlig och lugn stämning. Det fanns tid att samtala med hälsovårdaren i all lugn och ro. Papporna upplevde att hälsovårdaren fanns där för just den här familjen. Fägerskiöld (2006, 82) konstaterade i sin studie att papporna uppskattade det att hälsovårdaren gav tid åt familjen.

Nåden (2000, 86) diskuterade ”ett litet extra”, vilket innebar att vårdaren hade gjort någonting för patienten som inte var traditionellt eller nödvändigt att göra men hade gjort det, eftersom han eller hon ville göra den andra väl. I min studie syntes det lilla extra eller spontanitet till exempel i att hälsovårdaren beundrade barnets individuella egenskaper eller tilltalade pappan med hans namn. Papporna upplevde att familjen hade blivit mött individuellt, med hänsyn till familjens bakgrund, fast hälsovårdaren hade varit obekant. Det kunde också anses vara en form av att göra det lilla extra, att hälsovårdaren hade ägnat sig åt att bli bekant med familjens bakgrund, visade det via hänvisningar till förra samtalen och på så sätt skapade upplevelsen av individualitet och kontinuitet. Dessa element, att göra något extra, kunde anses vara viktiga i stämningsskapandet.

Som Holopainen m.fl. (2014a, 191) samt Koskinen och Lindström (2013, 146) visade i sina studier letade patienterna efter någon som de kunde dela sina tankar och känslor med och som var tillräckligt stark och modig att ta emot och stiga in i dialogen. Samtalen med hälsovårdaren var centrala i pappornas berättelser i min studie. Det kändes bra och viktigt att samtala fast familjen inte hade haft några stora problem. Att sätta på ord sina upplevelser gjorde dem mer konkreta. Delandet satte i gång resonemang hos pappan och pappan kunde betrakta situationen med lite utomstående ögon vilket ledde till aha-upplevelser. Mötena mellan pappa och hälsovårdare jämfördes i min studie med kamratstöd eller delandet av bördan. Hälsovårdaren ansågs vara medvandrare.

Samtalen med hälsovårdaren handlade om praktiska teman rörande barnet, vilket också kom fram i studien av Hallberg m.fl. (2010, 292–293). Dessutom samtalande papporna om ork och eventuell trötthet. Element av familjecentrering blev synliga i samtal med hälsovårdaren, eftersom samtal rörde inte bara barnet utan också föräldrarnas välmående. Det konkretiserade vilken stor betydelse föräldrarnas välmående hade för barnet och att detta

tema därför var viktigt att lyfta fram vid barnrådgivningen. Enligt Fägerskiöld (2006, 81) och Viljamaa (2003, 88–89) ville papporna fundera på sin självbild, uppbyggandet av faderskap och den livsförändring som barnet medförde vid barnrådgivning, och papporna längtade efter en mer personlig kontakt med hälsovårdaren för att kunna samtala om de ovan nämnda temana. Enligt min studie hade papporna funderingar rörande föräldraskap och en förändrad livssituation, men papporna upplevde det bland annat vara pinsamt att samtala om dessa, teman eftersom också mamman och barnet fanns med under besöket. Papporna ansåg att barnrådgivning inte var ett rätt ställe att samtala om sitt eget faderskap eller teman som handlade om pappans personliga upplevelser av familjelivet. Fast papporna i intervjusituation lyfte fram funderingar som handlade om faderskapet och parförhållandet hade de inte samtalat om dessa teman med hälsovårdaren, eftersom de inte direkt handlade om barnet. Det kändes irrelevant att samtala om sig själv, eftersom mamman ansågs ha uppoffrat sig mer för familjens skull. Papporna ansåg att stödet ska i första hand prioriteras för barnet och mamman. Är det möjligt att papporna lättare skulle dela med sig av sina funderingar med hälsovårdaren om pappan kunde möta hälsovårdaren på tu man hand? Som också Viljamaa (2003, 89) upptäckte i sin studie var papporna inte heller i min studie ivriga att samtala om sitt parförhållande vid barnrådgivningen. Papporna föredrog kamratstöd jämfört med stödet av hälsovårdaren, vilket också kom fram i studien av Fägerskiöld (2006, 82). Några av papporna undvek avsiktligt att dela med sig av sina tankar med hälsovårdaren om det fanns åsiktsskillnader eller om familjen avvek från de generella rekommendationerna eftersom det väckte tillfälliga negativa känslor och funderingar om föräldrarna hade gjort sitt bästa för barnets skull. Också enligt Vuorenmaa m.fl. (2011, 293) längtade papporna efter mer individuella och alternativa instruktioner. Det väckte en fråga om familjens individuella situation inte blev mött på grund av de allmänna rekommendationerna.

Enligt Holopainen (2016, 69) syntes asymmetri i mötet i det att vårdaren hade sin yrkesroll bakom sig och patienten förväntade sig blivit mött yrkeskunnigt. Mötena i min studie var asymmetriska till sin karaktär: papporna förväntade att hälsovårdaren bar det största ansvaret för mötets genomförande och hade en stor tillit till hälsovårdarens yrkeskunnet. Också hälsovårdarna i studierna av Massoudi m.fl. (2013, 398) och Wells m.fl. (2013, 760) och papporna i studien av Fägerskiöld (2008, 81) ansåg att det var hälsovårdarnas ansvar och uppgift att aktivera papporna vid besöken, och att det fanns olikheterna i pappornas förmåga och vilja att dela med sig. Enligt den nationella utredningen (2008, 38) upplevde en del av hälsovårdarna att det var svårt att få papporna att samtala om sina

känslor och eventuella problem. Dessutom var det ofta så att det var lättare för de aktiva papporna att uttrycka sina behov än de mindre aktiva papporna som kanske hade ett större stödbehov. Också i min studie blev det synligt att pappornas egen personlighet och sociala förmåga påverkade i vilken mån han ville ta del av samtalet och dela med sig.

Min studie visade att papporna behövde hälsovårdarens stöd och hjälp för att dela med sig och öppna sig eftersom papporna inte alltid visste vilka teman som var relevanta och viktiga att samtala om eller saknade förmåga att ta initiativ i samtal. Papporna i min studie beskrev att hälsovårdaren ställde frågor till pappan och på så sätt aktiverade pappan och satte i gång pappans resonemang. Dessutom tog hälsovårdaren hand om de teman som var viktiga att umgås och fundera på. Via frågor visade hälsovårdaren också vilka teman som var relevanta att samtala om vid barnrådgivningen. Det var svårt att skapa ett givande samtal om hälsovårdaren inte var initiativrik. Asymmetri syntes också i att det var hälsovårdaren som gav stöd och rådgivning enligt familjens behov medan pappan och familjen som tog emot. Som Holopainen m.fl. (2015, 51) konstaterade ville patienten få information och tillfälle att ställa frågor i mötet med vårdaren. Papporna i min studie upplevde att de kunde ställa frågor rörande barnet och förväntade sig att deras frågor blev besvarade eller att hälsovårdaren vid behov ledde dem till andra informationskällor.

Det kom fram i studien av Massoudi m.fl. (2011, 400) samt i den nationella utredningen (2008, 29 – 31) att det, till skillnad från när det gällde mammorna, inte fanns systematiska metoder för att kartlägga pappornas välmående vid barnrådgivning. Eftersom mammornas välmående granskas systematiskt på rådgivningsbyråerna kan det också ge en bild av att rådgivningsbyråtjänsterna för det mesta är riktade till mammorna. Och därför kan det känna lite förvirrande för papporna att plötsligt börja samtala om sig själva. Dock kan det också vara så att pappan inte vill dela med sig av sina upplevelser och förundran med någon utomstående. Kanske är pappan inte van vid att samtala om sig själv och sina känslor. Och då borde pappans vilja respekteras. Ur familjevårdvetenskapligt perspektiv utgick samtal och stöd från familjens behov: om papporna upplevde att de inte ville eller behövde dela med sig utan att stödet riktades till mamman eller barnet, ansågs det vara familjens egen prioritering i situation. Men om pappan lät bli att dela med sig, eftersom det inte ansågs vara relevant för pappan att göra det, fast han hade haft funderingar och behovet av stöd, förverkligades inte idealet av en familjecentrerad vård. Eftersom familjen fungerar som en dynamisk enhet spelar också pappans upplevelser och känslor en stor roll. I avhandlingens bakgrundsdel har faderskapets trender i dagens samhälle beskrivits. Finns det en sådan förmodan eller tanke i dagens samhälle att pappan alltid måste vara

stark och stödja mamman? Är det tecken på svaghet om pappan lyfter fram sin egen trötthet eller osäkerhet? Eller är det så att männen kan göra det bara med sina likar men inte med officiella aktörer, speciellt om barnet och mamman finns med?

10 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN

Varje studie har sina styrkor och begränsningar, och kvaliteten av en forskningsprocess kan förstärkas genom att noggrant bedöma dess styrkor och begränsningar (Giorgi & Giorgi 2008, 47). Beträktandet av metodologiska val är en viktig del i forskningsprocessen och bör övervägas under hela studiens gång (Metsämuuronen 2011, 131). I metodlitteratur används de engelska termerna ”objectivity”, ”credibility”, ”dependability”, ”transferability” och ”application” för att bedöma de metodologiska valen i en kvalitativ studie.

Objektivitet beskriver studiens relativa neutralitet och i vilken mån resultaten kan bli bekräftade av andra forskare. I den kvalitativa studien anses forskaren alltid framföra sitt unika perspektiv i studie. Läsaren kan bedöma studiens objektivitet när forskaren har noggrant beskrivit den valda forskningsmetoden och genomförandet av forskningsprocessen, från datainsamling till framförandet av resultat, för att forskarens resonemang under studiens gång blir synligt. Forskaren ska lyfta fram sin egen förförståelse och sina egna antaganden rörande fenomen i fråga. Dessutom är det nödvändigt att forskaren reflekterar över eventuella felkällor och felaktiga slutsatser. (Farely 2013, 150; Jiggins Colorafi & Evans 2016, 23.)

Styrkan i min studie är att jag noggrant har beskrivit forskningsprocessen och gjort tankekedjorna synliga. Dessutom hade jag motiverat mitt metodval. Fördelen med att använda intervjun som forskningsmetod var att papporna fritt kunde lyfta fram sina tankar omkring temat. Intervjun var inte begränsad i en strikt struktur eller i slutna frågor. Den semistrukturerade intervjun möjliggjorde att en djupare förståelse av temat kunde nås.

Min egen förförståelse spelade en viktig roll i analysen, och jag har presenterat den i ett separat kapitel. Den hermeneutiska analysmetoden gav utrymme för min förförståelse. Enligt Graneheim och Lundman (2004, 111) samt Näsman och Nyholm (2015, 141–142) är tolkning alltid påverkad av forskarens egen historia, gällande värderingar och kultur samt kontext. En hermeneutisk läsning och tolkning omfattar alltid bedömning och ifrågasättande av det som tycks vara givet. Forskaren borde också låta själva texten berätta utan att tillägga några extrabetydelser som inte finns där. I min studie är det möjligt att förförståelsen har styrt förståelsen: det fanns en risk att mina egna upplevelser och tolkningar, som jag hade gjort om papporna under barnrådgivningsbesöken i mitt eget arbete som hälsovårdare, hade påverkat både i intervju- och analysprocessen. Därför var det viktigt att under analysens gång pendla mellan förförståelse och förståelse och kritiskt bedöma om förförståelsen har gynnat eller förhindrat att inse textens mening.

Jag funderade över eventuella felkällor i min studie. Giorgi och Giorgi (2008, 31) konstaterar att den andras upplevelsevärld aldrig helt kan nås. Även om pappornas berättelser innehöll sanning fanns det alltid en risk att jag hade missat någon viktig aspekt så att beskrivningen eller förklaringen var förenklad och inte helt uttömmande. Jag kan ha förstått papporna fel. Därför var de preciserande frågorna och bekräftelser avgörande viktiga i intervjusituationerna. Det var också sannolikt att jag och papporna hade olika uppfattningar om fenomen i fråga: Till exempel beskrev en del av papporna att temat faderskap hade lyfts fram vid besöken i form av samtal om familjeförmåner och barnfamiljens vardagsarrangemang. Men en del av papporna kanske ansåg inte att de ovan nämnda temana handlade om faderskap och konstaterade därför att faderskapet inte hade behandlats vid besöken. Men som redan har konstaterats upplever och beskriver varje människa verkligheten ur sin egen synpunkt. Därför var det viktigt att låta själva texten berätta.

Giorgi och Giorgi (2008, 47) påpekar att berättelserna alltid är subjektiva, inte objektiva rapporter, och att de subjektiva berättelserna är bundna till personens minneskunskap. Det är möjligt att pappan har mints fel, glömt bort några viktiga aspekter eller blandat minnen om mödra- och barnrådgivning. Därför ansåg jag det vara viktigt att med jämna mellanrum säkerställa att minnen och upplevelser rörde barnrådgivningen.

Hirsjärvi m.fl. (2010, 206–207) påpekar att intervjusituation alltid är kontextspecifik, vilket innebär att deltagaren kan uttrycka sig annorlunda i en intervjusituation jämfört med någon annan situation. Det är också möjligt att deltagaren vill ställa sig in hos intervjuaren och ge önskvärda svar. Eftersom jag själv är hälsovårdare kan det ha påverkat pappans vilja att lyfta fram sina tankar. Försköning och förvrängning är alltid möjliga i intervjuforskning (Giorgi & Giorgi 2008, 48). I min studie var det möjligt att papporna inte ville lyfta fram negativa och besvärliga aspekter för att inte såra mig och min yrkeskår. Papporna ville kanske inte berätta något som upplevs vara skamlig eller tecken på pappans egen bristfällighet.

En svensk översättning av credibility är *trovärdighet* eller *inre validitet*. När man betraktar studiens trovärdighet ligger fokus på data, analysprocess och riktighet av forskningsresultat: Är datamängden tillräckligt stor och omfattande i relation till studiens syfte? Är analysmetoden lämplig i relation till forskningsdata och studiens karaktär? Har analysprocessen beskrivits noggrant och åskådligt så att läsaren har möjlighet att följa forskarens resonemang och tankekedja under processens gång och för att forskaren kan visa att hans eller hennes tolkning baserar sig på forskningsdata? Riktighet av resultat bedöms

också genom att spegla resultat mot tidigare studier eller mot en teoretisk ram. (Graneheim & Lundman 2004, 109–110; Jiggins Colorafi & Evans 2016, 24.)

I genomsnitt tog intervjuerna en timme. Mötena med papporna var reflekterande och informativa till sin karaktär. Att deltagarantalet var tillräckligt med avseende på studiens syfte blev synligt i det att samma huvudteman lyfts fram intervju efter intervju. Jag insåg att forskningsdata var mättade. Jag kunde ha genomfört en provintervju innan de egentliga intervjuerna. Men jag modifierade inte intervjuguiden efter den första intervjun, eftersom jag bedömde frågorna i guiden vara relevanta, och frågorna ledde pappornas resonemang i en rätt riktning. Stödfrågorna varierade beroende på pappans förmåga att gå på djupet i temat och hur varje enskilt samtal framskred.

Den kvalitativa innehållsanalysen och den hermeneutiska tolkningstraditionen ansågs passa bra för den här studien. Enligt Elo och Kyngäs (2008, 113) är det karakteristiskt för den kvalitativa innehållsanalysen att det inte finns ett entydigt rättesnöre för analysen, eftersom alla forskningsdata är säregna. Dessutom har varje forskare sitt eget sätt, sin egen syn, sina egna förutsättningar och förmågor att gå igenom sina data. Näsman och Nyholm (2015, 142) påpekar också att inom den hermeneutiska tolkningstraditionen måste man komma ihåg att verkligheten kan tolkas på många olika sätt och att olika tolkningar kan vara likvärdiga, men vissa tolkningar kan vara mer betydelsefulla och ge en djupare förståelse än de andra. Graneheim och Lundman (2004, 110) anser det vara avgörande att hitta de relevanta meningsenheterna som är i enhetlighet med studiens syfte. Risken finns dock att textens mening går förlorad på grund av kondensering och abstraktion. I min studie har en del av textens innehåll kanske gått förlorad på grund av översättning. Det kan anses vara en extra analysfas där jag tolkar vad pappan har menat med sitt uttryck och använder tolkning för att hitta ett motsvarande ord i ett annat språk. Jag ansåg det vara avgörande viktigt att noggrant beskriva hur jag hade skapat meningsenheter, kondenseringar och abstraktioner för att läsaren ska kunna bedöma analysens riktighet. Innehållsanalysen som metod är systematisk och kan synliggöras via ett analysdiagram. Det ursprungliga analysdiagrammet bestod av 302 sidor. Därför var det inte möjligt att infoga diagrammet i ett skriftligt arbete. Utdrag av analysdiagram finns som bilaga (bilaga 6).

Jag ansåg det vara viktigt att använda originalcitrat för att läsaren ska kunna bedöma tolkningens riktighet och för att jag skulle kunna motivera mina tolkningar utgående från texten och göra mitt resonemang synligt. På grund av avhandlingens publikationsspråk översatte jag citaten till svenska. De ursprungliga citaten och transparensen i analysprocessen gav också utrymme för läsaren att göra sina egna tolkningar. Jag ansåg inte att

mina tolkningar var de enda rätta. Eftersom analysen utgick från textens innehåll och var induktiv till sin karaktär var risken liten för att tidigare teorier skulle ha styrts och begränsats vad som lyftes fram och vad som bortsågs från, och på ett så sätt ha påverkat tolkningen (Sohlberg & Sohlberg 2013, 93).

Triangulering kan ha förstärkt studiens inre validitet. Triangulering innebär att forskaren använder mer än en datainsamlingsmetod, perspektiv eller medforskare för att analysera data (Jiggins Colorafi & Evans 2016, 23). Till exempel skulle det ha varit möjligt att använda enkät som en kompletterande metod då den kvalitativa delen skulle ha fungerat som en bas för utformning av en enkät. Jag skulle kunna ha förstärkt kvaliteten av den kvalitativa innehållsanalysen genom att analysera data med andra forskare eller studerande för att undvika styrningen av mina egna intentioner. (Elo & Kyngäs 2008, 113). Utvärdering av analysen, där en annan forskare eller studerande gör sin egen analys av forskningsmaterialet, skulle också ha förstärkt analysens kvalitet (Jiggins Colorafi & Evans 2016, 24). Två andra studerande läste igenom analysen i skrivfasen för att bedöma dess begriplighet och konsistens. Men det fanns inte resurser för en mer djupgående analys eller utvärdering. Ett annat bra sätt att säkerställa tolkningens riktighet är att be deltagarna att värdera de gjorda tolkningarna och studiens resultat (Farrelly 2013, 150). Denna metod kräver dock mer resurser och uppoffring av deltagarna och det borde man komma överens om på förhand. I fråga om perspektiv hade jag det vårdvetenskapliga perspektivet bakom mig och förutfattade uppfattningar bildad av tidigare studier. Dessutom hade jag min förförståelse som var påverkad av min yrkesbakgrund. Olika perspektiv hade betydelse i betraktandet av forskningsresultat för att få en djupare och mer omfattande förståelse för pappornas upplevelser. Men inget perspektiv styrde själva analysfasen utan analysen skedde rent utgående från pappornas berättelser.

Det fanns likheter jämfört med tidigare studier men också nya aspekter. Till exempel i fråga om hur viktigt det var att hälsovårdaren var den samma eller hurdana känslor det väckte att som man samtalar om sig själv, gav min studie en djupare insikt. Jag skulle kunna ha genomfört litteraturundersökningen annorlunda och mer omfattande än jag nu hade gjort. Det kunde finnas betydelsefulla forskningsresultat som inte nu hade tagits med i den här avhandlingen. Till exempel uteslöt jag studier utanför Norden i den här avhandlingen vilket gjorde perspektivet litet snävare.

Dependability, alltså *pålitlighet* eller *reliabilitet*, handlar om stabilitet i fråga om datainsamling och analysprocess: Har var och en intervju genomförts enligt en samma procedur? Hur har forskarens egen insikt utvecklats och förändrats under studiens gång och hur

har denna förändring påverkat forskarens beslut under analysprocessen? (Graneheim & Lundman 2004, 110.) Giorgi och Giorgi (2008, 28) anser att ju mer begränsat och mer exakt syftet är desto bättre är studien. Den här avhandlingen hade ett tydligt format syfte: att beskriva pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivningen. Detta syfte förblev oförändrat, från planeringsfas till framförandet av resultat, och styrde också enhetligt studiens genomförande. Jag säkerställde konsistensen vid intervjusituationer, eftersom jag själv genomförde alla intervjuer och ställde samma frågor i varje intervju.

Den kvalitativa forskningstraditionen möjliggör det att forskningsplan kan modifieras vid behov under studiens gång (Hirsjärvi m.fl. 2010, 164). Det innebär att den kvalitativa forskningstraditionen möjliggör också en viss flexibilitet i datainsamling och dataanalys (Henricson & Billhult 2014, 132–133). I min studie tog forskningsplanen sin form under studiens gång: I början var det meningen att genomföra både individuella intervjuer och en gruppintervju. Men eftersom det verkade vara svårt att hitta tillräckligt många pappor bestämde jag mig för att modifiera denna plan.

Jag hade inte tidigare använt forskningsintervjun som forskningsmetod. Därför utvecklades jag som intervjuare under studiens gång. Dessutom blev jag mer förtrogen med pappornas upplevelsevärld och fenomenets väsen efter varje intervju. Dessa faktorer har påverkat hur jag genomförde intervjuerna och mina tolkningar i intervjusituationen. De sista intervjuerna har möjligen varit mer djupgående när jag utvecklades som intervjuare. Jag ställde samma frågor i varje intervjusituation men i olika ordning, eftersom samtalen med papporna framskred på olika sätt. Samtalen påverkade mitt och pappans resonemang: via samtalen skapades nya synpunkter som påverkade innehållet i samtalen. Forskningssituationerna varierade också i det avseendet att omgivningen varje gång var olik. Hemmiljö och kaféer upplevdes vara bra ställen för intervjuerna. Då skapades en informell stämning. I två av intervjuerna fanns också barnet med. Jag upplevde att barnets närvaro gjorde det lite svårare för pappan att koncentrera sig, vilket kan ha påverkat pappans förmåga att dela med sig av sin berättelse.

Jag genomförde intervjuerna under en bestämd tidpunkt, vilket säkerställde enhetlighet i intervjuerna. Då var det lättare för mig att bevara greppet om intervjusituationerna och att bli mer rutinerad. Jag genomförde en av intervjuerna cirka två veckor senare än de andra, eftersom pappan var bortrest. Jag kom djupt in i pappornas upplevelsevärld under processens gång och processade intensivt mina observationer och tankar under den här perioden.

Transferability beskriver *generaliserbarhet* eller *yttre validitet* av forskningsresultat: är forskningsresultaten överförbara till andra liknande grupper och situationer? (Graneheim & Lundman 2004, 110). Jiggins Colorafi och Evans (2016, 24) anser att deltagarnas egenskaper ska beskrivas så att läsaren kan bedöma hur resultat kan tillämpas i andra liknande grupper. Dessutom ska forskaren reflektera över eventuella hinder för generaliserbarhet. I min studie har jag beskrivit pappornas bakgrund med hänsyn till att pappornas anonymitet blev bevarad. Papporna var lite äldre och hade högre utbildningsnivå än de nyblivna papporna och män i genomsnitt i Finland. Alla pappor var aktiva och delaktiga hemma och i barnets liv. Alla pappor hade också en stabil ekonomisk situation. Barnen i familjerna var friska. Forskningresultaten kan bäst beskriva upplevelser bland papporna som har forskningsgruppens egenskaper. I avhandlingen har faderskapets särdrag i dagens samhälle och rådgivningsverksamhetens ställning beskrivits omfattande. Det underlättar bedömningen av resultatens generaliserbarhet, när läsaren kan bli bekant med fenomenets bakgrund och kan spegla deltagarna i min studie mot bilden på faderskap som har presenteras i avhandlingens bakgrundsdel.

Forskningsresultaten i min studie kan inte generaliseras utan en omsorgsfull bedömning, eftersom antalet deltagare var litet. Enkät som datainsamlingsmetod skulle ha möjliggjort ett större deltagarantal och på så sätt ha stärkt studiens generaliserbarhet. Men som redan har konstaterats ovan strävar den kvalitativa forskningsmetoden inte efter en uttömmande generaliserbarhet utan en djupare förståelse av fenomenets väsen.

Forskningsgruppen var också utvald. Eftersom jag personligen hämtade pappornas kontaktuppgifter vid barnrådgivningarna fick jag veta vilka barnrådgivningar papporna hade blivit rekryterade vid. Bara en viss grupp av hälsovårdare verkade ha tagit hand om rekrytering, vilket lett till selektion. I början av rekryteringsperioden var totalt tio barnrådgivningar med i södra och västra Helsingfors, men papporna blev rekryterade bara vid två barnrådgivningar. Det var möjligt att personliga frågor hade påverkat, eftersom jag själv var bekant med personalen och hade arbetat vid de två barnrådgivningar där papporna blev rekryterade. Det var kanske lättare att anstränga sig för att rekrytera papporna när hälsovårdarna personligen kände forskaren jämfört med en situation där forskaren bara ansiktslöst kommunicerade med hälsovårdarna via e-postmeddelanden och telefonsamtal. Jag skulle ha kunnat besöka alla barnrådgivningar som fanns med i rekryteringen och själv berätta om min studie för att bli bekant med hälsovårdarna. Också hälsovårdarna har kunnat välja vissa pappor att rekrytera: det är lättare att rekrytera om växelverkan och

stämningen vid besöket har varit bra och hälsovårdaren själv har upplevt att hon har lyckats med mötet. Brådskan kan ha hindrat hälsovårdarna att informera om studien.

Det kan ha varit möjligt att pappornas delaktighet varierade mellan barnrådgivningar eller, som hälsovårdarna berättade, att ettårskontroller inte förekom under rekryteringstiden. Det skulle ha kunnat erbjuda mer synpunkter på fenomenet om papporna från olika barnrådgivningar och med olika bakgrund hade deltagit i studien. Nu kondenserades urvalet i två barnrådgivningar. Man vet inte heller om dessa två barnrådgivningar finns i en miljö där papporna är mer delaktiga.

Jag vet inte om de pappor som har deltagit i studien har en gemensam nämnare som inte kan visas i den här studien: till exempel kan dessa pappor vara mer belåtna med mötena med hälsovårdaren än de pappor som inte har velat delta i studien? Papporna i min studie var nöjda med barnrådgivningen, och för det mesta lyfte de fram positiva upplevelser, men enligt tidigare studier hade papporna också negativa upplevelser rörande barnrådgivning (Fägerskiöld 2006, 83; Hallberg m.fl. 2010, 300; Mesiäislehto-Soukka 2005, 75; Viljamaa 2003, 85; Vuorenmaa m.fl. 2011, 293). Det kan också vara ett tecken på att papporna i gruppen var utvalda. De pappor som inte deltog i barnets ettårskontroll, men ändå hade besökt barnrådgivningen tidigare, kunde inte tas i beaktande, eftersom pappan måste själv vara på plats vid rekryteringssituationen. Denna grupp kan dock bära en avgörande information inom sig rörande studiens syfte.

Applikation innebär hur man kan dra nytta av resultat och vilken betydelse studien har för praktik och vetenskapsområde (Jiggins Colorafi & Evans 2016, 24). Syftet i min studie var att beskriva levda erfarenheter och upplevelser så detaljerat och konkret som möjligt. Studien kan gynna praktiken genom att ge en djupare förståelse av pappornas upplevelsevärld. Den kan ge ett bredare perspektiv om pappornas upplevelsevärld åt både en nybliven och en erfaren hälsovårdare som arbetar med småbarnspappor och uppmuntra hälsovårdaren att mer aktivt och via olika metoder ta pappan i beaktande under barnrådgivningsbesöket. Den kan hjälpa hälsovårdaren att inse vilken betydelse barnrådgivningen nuförtiden har i pappornas vardag och vilken viktig kraftkälla hälsovårdaren anses vara ur pappornas synpunkt. Det kan öka och förstärka hälsovårdarens respekt för sitt yrke och för att vara familjens stöttepelare. Jag upplevde också att jag hade utvecklats som hälsovårdare under processens gång: Till exempel insåg jag vilken stor betydelse eller en symbolisk mening det i sig hade att pappan kunde delta i besöket, vilket jag inte hade tänkt på förut. Eller hur papporna önskade att de blev tilltalade eller beaktade under besöket.

Eriksson och Lindström (2007, 12–14) använde ovan begreppet ”tillägnelse”, som innebar att den hermeneutiska tolkningen och förståelsen ledde till handling. Den ökande förståelsen möjliggör att hälsovårdaren kan tillägna sig nya förhållningssätt och arbetsmetoder. Studien i sig kan ha fördjupat pappornas insikter om barnrådgivningens funktion och betydelse i deras liv, eftersom intervjusituationerna var reflekterande och djupgående till sin karaktär. Både jag och papporna verkade få aha-upplevelser under intervjuernas gång.

11 SLUTSATS

I den här avhandlingen har pappornas upplevelser av mötet med hälsovårdare kartlagts. Litteraturoversikten och den kvalitativa intervjuforskningen visade vad ett bra möte mellan pappan och hälsovårdaren innebar, vad som skedde i mötet och hur mötet påverkade pappans faderskap och välmående. Avhandlingen visade också hur familjecentrering hade förverkligats vid barnrådgivning ur pappornas perspektiv. Det kom fram att det lönade sig att som pappa komma till barnrådgivningen, och att hela familjen stod i fokus. Barnrådgivningstjänsterna ansågs också höra till pappan. Det var lätt att komma dit och stämningen var bra. Pappan kunde vara sig själv. Hälsovårdaren tog i regel pappan bra i beaktande under besöket, likvärdigt med mamman. Besöken medförde bra erfarenheter och positiva känslor som gynnade pappan att utföra sitt faderskap och känna sig likvärdig med mamman. Samtalet och en ömsesidig växelverkan spelade en viktig roll vid barnrådgivningsbesöket i stället för kliniska åtgärder. Via samtalen fick pappan kunskap och bekräftelse. Via samtal kunde pappan också dela med sig. Hälsovårdaren ansågs vara en medvandrare. Tillit och respekt för hälsovårdarens arbete var stora. Studien kan gynna praktiken eftersom det gör pappornas upplevelser av barnrådgivning synliga. Den kan öka hälsovårdarens förståelse för pappornas upplevelser och förväntningar. Den kan gynna hälsovårdarens självreflektion: hur han eller hon möter papporna och hur han eller hon som proffs kan utveckla sig själv för att mer aktivt och via olika metoder ta pappan i beaktande.

Studien kan gynna planeringsarbete rörande rådgivningsverksamhet. Det kom till exempel fram i studien att papporna inte alltid visste vad som var relevant att samtala om vid barnrådgivningen. Barnrådgivningens funktion kan ha varit oklar, och pappan visste inte i hurdana frågor han kunde vända sig till barnrådgivningen. Barnrådgivningens uppgifter borde därför tydliggöras. Till exempel är de så kallade omfattande hälsoundersökningarna bra tillfällen att berätta om rådgivningens funktioner. Då är det vanligt att de båda föräldrarna är med. Då betraktas också blanketten, som vid mödrarådgivningen heter ”*Kraftresurser i vardagen hos familjer som väntar sitt första barn*” och vid barnrådgivningen ”*Kraftresurser i vardagen hos småbarnsfamiljer*”. Med hjälp av dessa blanketter samtalar man till exempel om socialt stöd, föräldraskapet och parförhållandet. Det är ett bra tillfälle att visa att också de här temana är relevanta i rådgivningsbyråkontext och med avseende på familjens välmående.

Min studie lyfte också fram behov av vidare forskning. Studiens resultat kan användas som bas för en mer djupgående och preciserande forskning. Till exempel skulle resultatens generaliserbarhet förutsätta fler deltagare med varierande bakgrund. Kvantitativa metoder och statistiska analyser skulle kunna användas för att samla mer data och för att få ett mångsidigare urval av deltagare. Studiens resultat kan fungera som bas för en strukturerad eller semistrukturerad enkät.

Min studie betraktade upplevelser av pappor som bodde i Helsingfors. Det skulle vara intressant att granska pappornas upplevelser av barnrådgivningen också i andra delar av landet och utanför en urban miljö. Finns det olikheter i pappornas delaktighet mellan olika miljöer och vad kan vara orsaken till det? Lyckas man möjligen bättre med något i en annan miljö med avseende på mötena med papporna?

Papporna i min studie och deras familjer hade inte några stora problem i sin vardag. Syftet med den här studien var att betrakta pappor som hade en stabil livssituation och vardagen med barnet fungerade. I framtiden skulle det vara nödvändigt att forska om pappor som själva har eller vilkas familjemedlemmar har ett ökat stödbehov, till exempel på grund av barnets eller föräldrarnas hälsoproblem, ekonomiska svårigheter eller sociala problem. Hur upplever papporna att de blir mötta och stötta av hälsovårdaren när familjen har upplevt motgångar i sin vardag? Eller är det så att mannen måste vara den starkaste aktören i familjen och stödja dem andra?

I litteraturoversikten lyftes fram fenomenet ”det lilla extra”, vilket innebar att vårdaren visade sin välvillighet genom att göra något extra, att vårdaren gjorde någonting för patientens bästa och på ett osjälviskt sätt. Helin och Lindström (2003, 416) konstaterade ovan att uppoffring, i form av att göra något för patientens skull, kombinerad med ansvar och respekt för människans värdighet kunde anses vara det värdefullaste vårdaren kunde ge. Det skulle vara intressant att forska mer om detta fenomen i rådgivningsbyråkontext: Vilken betydelse har det lilla extra i rådgivningsbyråkontext och mötena mellan hälsovårdare och familj? Hur känns det att som hälsovårdare genomföra det lilla extra? Ökar det hälsovårdarens egen tillfredsställelse i sitt arbete? Vad motiverar till att göra något extra för familjens skull? Är viljan att göra något extra för familjens skull skapad av yttre eller inre motivation? Papporna i min studie lyfte fram situationer då hälsovårdaren hade gjort något som kunde tolkas vara det lilla extra. I pappornas berättelser präglades dessa situationer av att familjens individualitet och unikheter hade tagits mer i beaktande genom dessa små gärningar och att det gjorde relationen mer förtrolig och stämningen mer informell.

Ett intressant tema som lyftes fram var betydelsen av kontinuitet. I tidigare studier har kontinuitet också lyfts fram som ett betydande element i rådgivningsbyråkontext. Det skulle vara intressant att betrakta det här temat djupare. Till exempel vilken betydelse har kontinuitet i fråga om pappans vilja att dela med sig av sina tankar och öppna sig och att känna sig trygg och bekväm under besöket? Skulle det vara lättare att samtala om sina eventuella funderingar rörande sina egna upplevelser, faderskapet och parförhållandet om hälsovårdaren var bekant? Om kontinuiteten har en avgörande roll i mötet borde det tas mer i beaktande i planering och förverkligande av barnrådgivningsverksamhet?

LITTERATUR

Alehagen, S., Hägg, M., Kalén-Enterlöv, M. & Johansson, A. K. 2011. Experiences of Community Health Nurses Regarding Father Participation in Child Health Care. *Journal of Child Health Care*, **15** (3), 153–162.

Allen, S. & Daly, K. 2007. The Effects of Father Involvement: An Updated Research Summary of the Evidence. Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph. Tillgängligt: http://www.fira.ca/cms/documents/29/Effects_of_Father_Involvement.pdf

Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen 2005. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker. Yliopistopaino, Helsingfors.

Connell, R. W. 2005. Change among the Gatekeepers: Men Masculinities, and Gender Equality in the Global Arena. *Journal of Women in Culture and Society*, **30** (3), 1801–1825.

Danielson, E. 2014. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. Mediapoolprint AB, Estonia, 163–176.

Eerola, P. & Mykkänen, J. 2014. Isyyskokemusten jäljillä. Teoksessa: Eerola, P & Mykkänen, J. toim. *Isän kokemus*. Hakapaino, Tampere, 7–18.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*. **62** (1), 107–115.

Eriksson, K. 2003. Ethos. I: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. *Gryning II–klinisk vårdvetenskap*. Multiprint Oy, Vasa, 21–34.

Eriksson, K. 2009. Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I: Martinsen, K. & Eriksson, K. Å *se og å innse–om ulike former for evidens*. Akribe AS, Oslo, 35–80.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. 2007. Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund – några grunddrag. I: Eriksson, K., Lindström, U. Å. Matilainen, D., Lindholm, L. red. *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 5–20.

Eriksson, K. & Lindström, U. 2009. Vårdvetenskap som Caring Science. *Pro terveys*, **36** (4), 9–13.

Eriksson, K., Vehviläinen-Julkunen, K. & Leino-Kilpi, H. 2008. Hoitotiede ja tiedeetiikka. *Hoitotiede*, 20 (6), 295–303.

Eydal, G. B., Gislason, I. V., Rostgaard, T., Brandth, B., Duvander, A. Z. & Lammi-Taskula, J. 2015. *Community, Work & Family*, 18 (2), 167–181.

Evans, M. 2003. *Gender and Social Theory*. Biddles Limited, Guildford and King's Lynn.

F 6.4.2011/338. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Statens författningsdata Finlex. Refererad 5.12.2015. Tillgängligt: [Http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110338](http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110338)

Farrelly, P. Issues of Trustworthiness, Validity and Reliability. *British Journal of School Nursing*, 8 (3), 149–151.

Finlands officiella statistik. 2014. Ätten työllisyys kääntyi laskuun. (Uppdaterad 7.10.2014, hänvisad 16.1.2016). Tillgängligt: [Http://www.stat.fi/til/tyti/2013/14/tyti_2013_14_2014-10-07_kat_002_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyti/2013/14/tyti_2013_14_2014-10-07_kat_002_fi.html)

Flouri, E. & Buchanan, A. 2004. Early Father's and Mother's Involvement and Child's Later Educational Outcomes. *British Journal of Educational Psychology*, 74 (2), 141–153.

Folkpensionsanstalten. Refererad 5.12.2017. Tillgängligt: [Http://www.kela.fi/web/sv](http://www.kela.fi/web/sv)

FPA-statistik – Förmåner till barnfamiljer 2014. 2015. Folkpensionsanstalten. Refererad 5.12.2015 Tillgängligt: [Http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_lapsiperhe_etuustilasto_2014.pdf/a4486bb4-7f32-4baf-a255-d2739cd2e2dc?version=1.0](http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_lapsiperhe_etuustilasto_2014.pdf/a4486bb4-7f32-4baf-a255-d2739cd2e2dc?version=1.0)

Friberg, F. & Öhlén, J. 2014. Fenomenologi och hermeneutik. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. Mediapoolprint AB, Estonia, 345–371.

Friedman, M. M., Bowden, V.R. & Jones, E. G. 2003. *Family Nursing. Research, theory, & practice*. Pearson Education, New Jersey.

Forsberg, H. & Kröger, T. 2010. Introduktion. I: Forsberg, H. & Kröger, T. red. *Social Work and Child Welfare Politics – Through Nordic Lenses*. MPG Books Group, Bodmin, 1–10.

Fägerskiöld, A. 2006. Support of Fathers of Infants by the Child Health Nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **20** (1), 79–85.

Fägerskiöld, A. 2008. A Change in Life as Experienced by First-Time Fathers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **22** (1), 64–71.

Gadamer, H.-G. 2002. *Sannig och metod i urval*. Media Print i Uddevalla AB, Uddevalla.

Gage, J., D., Everett, K., D. & Bulloc Linda. 2006. Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, **38** (1), 56–62.

Garfielda, G., Isaccob, A. & Bartloc, W. 2010. Men's Health and Fatherhood in the Urban Midwestern United States. *International Journal of Men's Health*, **9** (3), 161–174.

Gedaly-Duff, V., Nielsen, A., Heims, M. L. & Pate, M., F. 2010. Family Child Health Nursing. I: *Family Health Care Nursing – Theory, Practice and Research, 4th Edition*. F. A. Davis Company, Philadelphia, 332–378.

Giorgi, A. & Giorgi, B. 2008. Phenomenology. In: Smith, J. A. ed. *Qualitative Psychology – A Practical Guide to Research Methods*. The Cromwell Press, Trowbridge, Wiltshire, 26–52.

God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012. 2013. Publikation av Forskningsetiska delegationen. Tillgängligt: [Http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Goodman, J. H. 2005. Becoming an Involved Father of an Infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **34** (2), 190–200.

Graneheim, U., H. & Lundman, B. 2004. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, **24** (2), 105–112.

Haarala, P. & Honkanen, H. 2008. Terveystenhoitaja yhteiskunnallisena vaikuttajana. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. toim. *Terveystenhoitajan osaaminen*. Edita Prima, Helsingfors, 439–500.

Haarala, P. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitaja ammattina. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. toim. *Terveystenhoitajan osaaminen*. Edita Prima, Helsingfors, 13–40.

Habib, C., Santoro, J., Kremer, P., Toumbourou, J., Leslie, E. & Williams, J. 2010. The Importance of Family Management, Closeness with Father and Family Structure in Early Adolescent Alcohol Use. *Addiction*, **105** (10), 1750–1758.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007 – Tulokset ja seurannan kehittäminen. Rapport 21/2008 av Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Valopaino Oy, Helsingfors.

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Rapport 12/2014 av Institutet för hälsa och välfärd. Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy, Tammerfors.

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Bloigu, A. & Pelkonen, M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto Valtakunnallinen seuranta 2012. Publikation av Institutet för hälsa och välfärd. Juvenes Print–Tampereen Yliopistopaino Oy, Tammerfors.

Hakulinen, T., Onwen-Huma, H., Varsa, H., Pulkkinen, P. & Sand, M. 2016. *Sukupuolten tasa-arvo neuvolan asiakastyössä. Miten tukea vanhempia ja lapsia sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta?* Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Lönnberg Print & Promo, Helsingfors.

Hallberg, A.-C., Beckman, A. & Håkansson, A. 2010. Many Fathers Visit the Child Health Care Centre, but Few Take Part in Parents' Groups. *Journal of Child Health Care*, **14** (3), 296–303.

Handbok för mödrarådgivningen – nationell rekommendation. 2015. Publikation av Institutet för hälsa och välfärd. I: Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. red. Juvenes Print–Finlands Universitetstryckeri Ab, Tammerfors.

Helin, K. & Lindström, U. Å. 2003. Sacrifice: An Ethical Dimension of Caring that Makes Suffering Meaningful. *Nursing Ethics*, **10** (4), 414–427.

Henricson, M. & Billhult, A. 2014. Kvalitativ design. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod.* Mediapoolprint AB, Estonia, 129–138.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Kariston kirjapaino Oy, Tavastehus.

Holmes, E. K. & Huston, A. C. 2010. Understanding Positive Father-Child Interaction: Children's, Fathers', and Mothers' Contributions. *Fathering*, **8** (2), 203–225.

Holopainen, G. 2016. *Mötets kalejdoskop – det vårdande mötets skiftande monster*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Vasa.

Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. 2015. Caring Elements in the Short Encounter. *International Journal for Human Caring*, **19** (4), 50–55.

Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. 2014a. The Space of Togetherness—A Caring Encounter. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **28** (1), 185–192.

Holopainen, G., Nyström, L. & Kasén, A. 2014b. Day by Day, Moment by Moment—the Meaning of the Caring Encounter. *International Journal of Caring Sciences*, **7** (1), 51–57.

Huttunen, J. 2010. Isyyteen sitoutuminen ja sen merkitys miehelle. *Suomen Lääkärilehti*, **63** (3), 175–181.

Institutet för hälsa och välfärd. 2014. Historia. [Uppdaterad 27.11.2014, refererad 5.12.2015]. Tillgängligt: <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneurolakasikirja/lastenneurolatyon-perusteet/lastenneurolajarjestelma/historia>

Institutet för hälsa och välfärd. 2015. Lastenneurolajarjestelmä. [Uppdaterad 11.9.2015, refererad 19.1.2016]. Tillgängligt: <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneurolakasikirja/lastenneurolatyon-perusteet/lastenneurolajarjestelma>

Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvaloissa. 2008. Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Yliopistopaino, Helsingfors.

Jansson, A., Petersson, K. & Udén, G. 2001. Nurses' First Encounters with Parents of New-Born Children – Public Health Nurses' Views of a Good Meeting. *Journal of Clinical Nursing*, **10** (1), 140–151.

Jiggins Colorafi, K. & Evans, B. 2016. Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research & Design Journal*, **9** (4), 16–25.

Kiiianmaa, N. 2012. *Tasa-arvobarometri 2012*. 2012. Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Yliopistopaino, Tammerfors.

Kjellström, S. 2014. Forskningsetik. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. Mediapoolprint AB, Estonia, 69–94.

Koskinen, C. & Lindström U. 2015. An Envisioning About the Caring in Listening. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **29** (3), 548–554.

Koskinen, C. & Lindström U. 2013. Listening to the Otherness of the Other: Envisioning Listening Based on a Hermeneutical Reading of Lévinas. *The International Journal of Listening*, **27** (3), 146–156.

Kvale, S. & Brinkmann, S. 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Dimograf, Bielsko-Biala.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, **23** (2), 138–148.

L 30.12.2010/1326. Hälso- och sjukvårdslag. Statens författningsdata Finlex. Refererad 2.8.2016. Tillgängligt: [Http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rds%20lag%20](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rds%20lag%20)

L 22.4.1999/523. Personuppgiftslag. Statens författningsdata Finlex. Refererad 10.9.2017. Tillgängligt: [Http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990523](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990523)

Lamb, M. E. 2010. How Do Fathers Influence Children's Development? Let Me Count the Ways. In: Lamb, M. E. ed. *The Role of the Father in Child Development*. John Wiley & Sons, New Jersey, 1–26.

Lammi-Taskula, J. 2008. Doing Fatherhood: Understanding the Gendered Use of Parental Leave in Finland. *Fathering*, **6** (2), 133–148.

Lammi-Taskula, J. & Salmi, M. 2014. Isät, työ ja perhe. Teoksessa: Eerola, P & Mykkänen, J. toim. *Isän kokemus*. Hakapaino, Tampere, 75–90.

Lammi-Taskula, J., Salmi, M. & Parrukoski, S. 2009. *Työ, perhe ja tasa-arvo*. Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Yliopistopaino, Helsingfors.

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. toim. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WS Bookwell Oy, Juva, 21–43.
- Lawson, T. G. 2014. Systems Model In: Alligood, M. R. ed. *Nursing Theorists and Their Work, 8 th Edition*. Mosby Elsevier, Maryland Heights, 281–302.
- Levinas, E. 1985. *Ethics and infinity: conversations with Philippe Nemo*. Duquesne University Press, Pittsburgh.
- Lewis, C & Lamb, M. E. 2003. Fathers' Influences on Children's Development: The Evidence from Two-Parent Families. *European Journal of Psychology of Education*, **18** (2), 211–228.
- Lindström, U., Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J., E. 2010. Theory of Caritative Caring. In: Alligood, M. R. & Tomey, A. M. ed. *Nursing Theorists and Their Work, 7 th Edition*. Mosby Elsevier, Maryland Heights, 190–221.
- Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. toim. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WS Bookwell Oy, Juva, 116–164.
- Magill-Evans, J., Harrison, M., Rempel, G. & Slater, L. 2006. Interventions with Fathers of Young Children: Systematic Literature Review. *Journal of Advanced Nursing* **55** (2), 248–264.
- Mallors, M. H., Charles, S. T., Shevaun, D. N. & Almeida, D. M. 2010. Perceptions of Childhood Relationships with Mother and Father: Daily Emotional and Stressor Experiences in Adulthood. *Developmental Psychology*, **46** (6), 1651–1661.
- Massoudi, P., Wickberg, B. & Hwang, P. 2011. Fathers' Involvement in Swedish Child Health Care—The Role of Nurses' Practices and Attitudes. *Acta Pædiatrica*, **100** (3), 396–401.
- Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. *Perheellisäys isien kokemana—fenomenologinen tutkimus*. Doktorsavhandling. Uleåborgs universitet, Uleåborg.
- Metsämuuronen, J. 2011. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. International Methelp Oy, Helsingfors. [Elektronisk version.]

- Mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa. 2014. Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Tillgängligt: [Http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3532-7](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3532-7)
- Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2012. *Yhteistä aikaa etsimässä–Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla*. Institutet för befolkningsforskning. Vammalan Kirjapaino Oy, Helsingfors.
- Mykkänen, J. & Eerola, P. 2013. Isyyteen sitoutuminen ja isän vastuu esikoisisien kertomana. *Kasvatus*, **44** (1), 17–29.
- Nelson, C. A. 1999. How Important are the First 3 Years of Life? *Applied Developmental Science*, **3** (4), 235–238.
- Nyholm, L. 2015. Att utlägga förståelse i hermeneutisk mening. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. red. *Hermeneutisk forskningspraxis*. Multiprint Oy, Vasa, 129–135.
- Nyström, L. 2015a. Den hermeneutiska forskningstraditionen. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. red. *Hermeneutisk forskningspraxis*. Multiprint Oy, Vasa, 1–18.
- Nyström, L. 2015b. Hermeneutisk tolkning. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. red. *Hermeneutisk forskningspraxis*. Multiprint Oy, Vasa, 43–58.
- Nyström, K. & Öhrling, K. 2004. Parenthood Experiences During the Child's first Year: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing* **46** (3), 319–330.
- Nåden, D. 2000. Den arkeologiske scene. I: Eriksson, K. & Lindström, U. red. *Gryning–En vårdvetenskaplig antologi*. Multiprint Oy, Vasa, 77–93.
- Näsman, Y. 2015. Hermeneutik, etik och forskningsetik. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. red. *Hermeneutisk forskningspraxis*. Multiprint Oy, Vasa, 37–42.
- Näsman, Y. & Nyholm, L. 2015. Kvalitetsgranskning av hermeneutiska studier. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. red. *Hermeneutisk forskningspraxis*. Multiprint Oy, Vasa, 137–146.
- Premberg, Å., Hellström, A.-L. & Berg, M. 2008. Experiences of the First Year as Father. *Scandinavian Journal of Nursing Sciences*, **22** (1), 56–63.
- Priebe, G. & Landström, C. 2014. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar–grundläggande vetenskapsteori. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. Mediapoolprint AB, Estonia, 31–52.

Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., Gissler, M., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2011. *Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla – Kyselytutkimuksen peruseräraportti*. Publikation av Institutet för hälsa och välfärd. Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy, Tammerfors.

Schoenhofer, S. O. 2002. Philosophical Underpinnings of an Emergent Methodology for Nursing as Caring Inquiry. *Nursing Science Quarterly*, **15** (4), 275–280.

SAOB – Ordbok över svenska språket utgiven av Svenska Akademien. Refererad 5.12.2017. Tillgängligt: <https://www.saob.se/>

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. 2008. Fathers' Involvement and Children's Developmental Outcomes: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Acta Paediatrica*, **97** (2), 153–158.

Saveman, B. – I. 2017. Familjen – En resurs för framtidens hälsa och vård. Muntlig presentation vid Vårdvetenskapens 30-årsjubileum, Åbo Akademi Akademill, Vasa 28.9. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap.

Shears, J. K. 2007. Understanding Differences in Fathering Activities Across Race and Ethnicity. *Journal of Early Childhood Research*, **5** (3), 245–261.

Sivonen, K. 1998. Humanismen som idé. *Vård i Fokus* **2**, 4–13.

Social- och hälsovårdsministeriet. Refererad 5.12.2017- Tillgängligt: <http://stm.fi/sv/framsida>

Sohlberg, P. & Sohlberg, B.-M. 2013. *Kunskapens former*. Liber, Stockholm.

Statistisk årsbok för Finland 2016. 2016. Publikation av Statistikcentralen. Edita Prima Oy, Helsingfors.

Säävälä, H., Keinänen, E. & Vainio, J. 2001. *Isä neuvolassa–työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville*. Publikation av social- och hälsovårdsministeriet. Edita Oyj, Helsingfors.

Tiitinen, S. 2015. *Supporting Parenthood in Interaction – A Conversation Analytic Study of Maternity and Child Health Clinics*. Doktorsavhandling. Tammerfors universitet. Suomen Yliopistopaino Oy–Juvenes Print, Tammerfors.

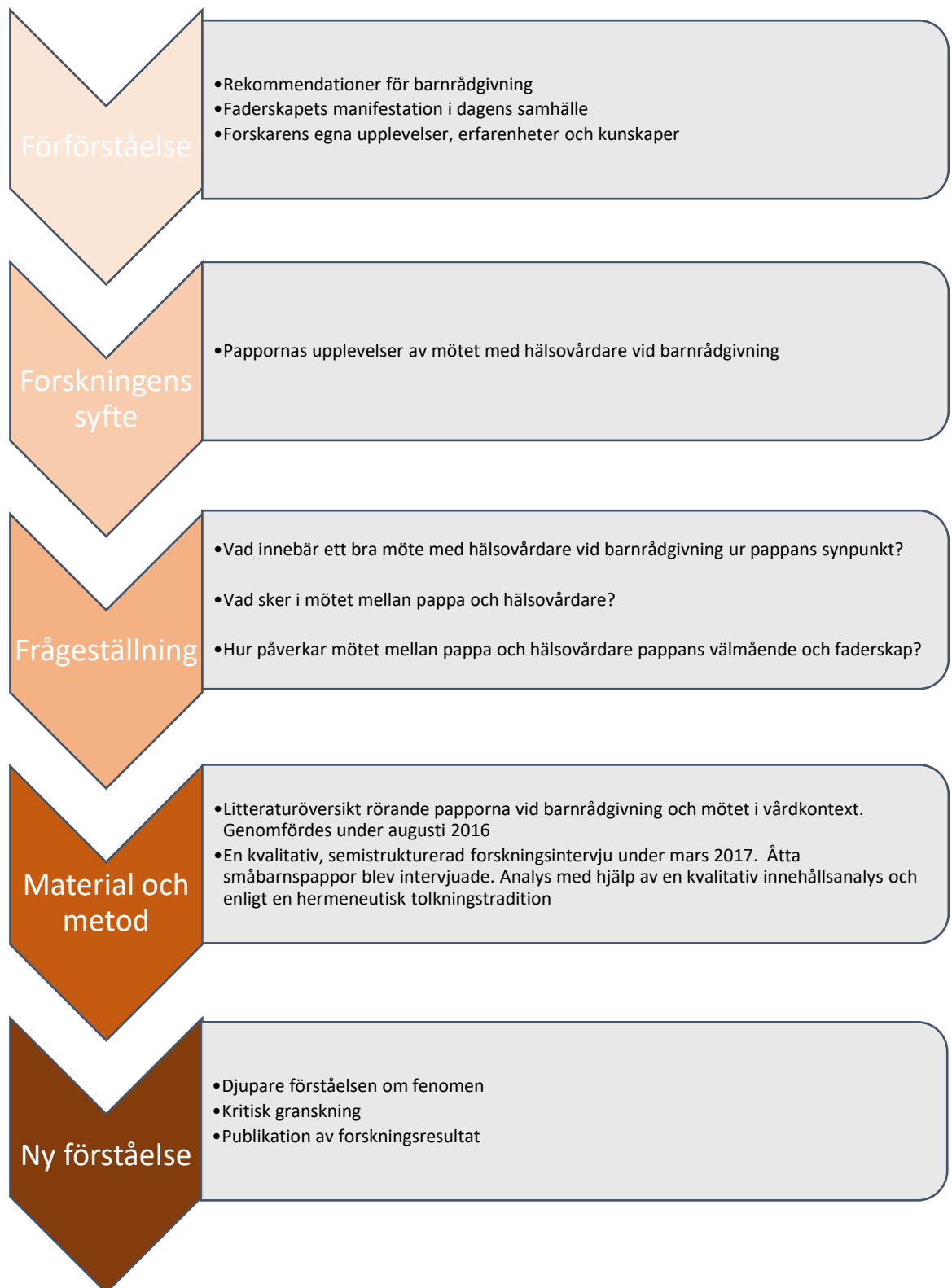
- Tiitinen, S. & Ruusuvuori, J. 2015. Producing Gendered Parenthood in Child Health Clinics. *Discourse & Society*, **26** (1), 113–132.
- Tiitinen, S. & Ruusuvuori, J. 2012. Engaging Parents Through Gaze: Speaker Selection in Three-Party Interactions in Maternity Clinics. *Patient Education and Counselling*, **89** (1), 38–43.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. & Rautava, P. 2014. Relational Continuity of Care in Integrated Maternity and Child Health Clinics Improve Parents' Service Experiences. *International Journal of Integrated Care*, **14** (4), 1–12.
- Viljamaa, M.-L. 2003. *Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki*. Doktorsavhandling. Fakulteten för psykologi, Jyväskylä universitet. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä
- Vuorenmaa, M. 2016. *Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuden yhteydessä olevat tekijät*. Doktorsavhandling. Tammerfors universitet. Suomen Yliopistopaino Oy–Juvenes Print, Tammerfors.
- Vuorenmaa, M., Halme, N., Perälä, M.-L., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Perceived Influence, Decision-Making and Access to Information in Family Services as Factors of Parental Empowerment: A Cross-Sectional Study of Parents with Young Children. *Scandinavian Journal of Nursing Sciences*, **30** (2), 290–302.
- Vuorenmaa, M., Salonen, A. H., Aho, A. L., Tarkka, M.-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Puolivuotiaiden lasten isien neuvolan terveydenhoitajalta saamat ohjeet ja tuki. *Hoitotiede*, **23** (4), 285–295.
- Watt, S. & Norton, D. 2004. Culture, Ethnicity, Race: What's the Difference? *Paediatric Nursing*, **16** (8) 37–42.
- Wells, M. B., Varga, G., Kerstis, B. & Sarkadi, A. 2013. Swedish Child Health Nurses' Views of Early Father Involvement: A Qualitative Study. *Acta Paediatrica*, **102** (7), 755–761.
- Wells, M., B. & Sarkadi, A. 2012. Do Father-Friendly Policies Promote Father-Friendly Child-Rearing Practices? A Review of Swedish Parental Leave and Child Health Centers. *Journal of Child and Family Studies*, **21** (1), 25–31.
- West, C. & Zimmerman, D. 1987. Doing Gender. *Gender & Society*, **1** (2), 125–151.

Wiklund, L. 2003. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Natur och kultur, Stockholm.

Wolff, P. H. & Feinbloom, R. I. 1969. Critical Periods and Cognitive Development in the First 2 Years. *Pediatrics*, 44 (6), 999–1006.

Åstedt-Kurki, P. 2010. Family Nursing Research for Practice: The Finnish Perspective. *Journal of Family Nursing*, 16 (3), 256–268.

Bilaga 1 Forskningsdesign



Bilaga 2 Informationsbrevet till hälsovårdarna

Hyvä kollega!

Työstän pro gradu -tutkielmaa, joka on osana hoitotieteen maisteriopintojani Åbo Akademiassa. Tarkoitukseni on tutkia isien kokemuksia lastenneuvolasta. Olen kiinnostunut isän ja terveydenhoitajan välisistä kohtaamisista. Haluan selvittää, miten isät kokevat kohtaamisen terveydenhoitajan kanssa lastenneuvolassa. Mitä isän hyvä kohtaaminen tarkoittaa isien kokemana ja kertomana? Miten perhekeskeisyys toteutuu isien näkökulmasta?

Tutkimuksessani haastattelen pikkulapsiperheiden isiä. Tutkimuksen valintakriteereinä on, että perheessä on vähintään yksi noin vuoden ikäinen lapsi. Lapsi voi olla perheen esikoinen tai perheessä voi olla useampia lapsia. Tutkittava isä asuu lapsen ja lapsen äidin kanssa samassa taloudessa. Isä on syntynyt ja kasvanut Suomessa ja puhuu äidinkielenään joko suomea tai ruotsia.

Haastattelut ovat kestoaltaan korkeintaan 1,5 h ja ne nauhoitetaan. Haastattelu toteutetaan isän kanssa yhdessä sopimassamme rauhallisessa paikassa.

Olisin kiitollinen, jos voisit auttaa minua isien löytämisessä tutkimukseeni. Pyydänkin Sinua tiedustelemaan isien halukuudesta osallistua tutkimukseen. Ajatuksena on rekrytoida isiä tutkimukseen lapsen 1-vuotistarkastuksen yhteydessä, etelän neuvoloissa. Isän tulee olla mukana käynnillä. Sinun tehtävänäsi olisi lyhyesti kertoa tutkimuksesta ja antaa tutkimuksesta kiinnostuneille isille infokirje tutkimuksesta. Tutkimuksesta kiinnostunut isä saa jättää niin halutessaan yhteystietonsa yhteydenottoani varten. Halutessaan isä voi olla myös itse yhteydessä minuun haastatteluajan sopimiseksi. Toivon kuitenkin, että yhteydenotto tapahtuisi 13.3.2017 mennessä. Liitteenä on taulukko, jonne luvan antaneiden isien yhteystietoja voi koota.

Isien jatkorekrytointi tapahtuu 13.2–10.3. 2017. Noudan isien yhteystiedot neuvoloittain vastuuterveydenhoitajalta viikolla 11, jolle kerätyt yhteystiedot voidaan palauttaa rekrytointiajan päättyttyä eli 10.3.

Tutkimuksen avulla tulemme saamaan lisää tietoa isien kohtaamisesta lastenneuvolassa, ja se tarjoaa mahdollisuuksia myös työmme kehittämiseksi.

Voit olla rohkeasti yhteydessä halutessasi tietää lisää tutkimuksesta ja sen toteutuksesta!

Ystävällisin terveisin

Tiina Ahti
Terveydenhoitaja, hoitotieteen maisteriopiskelija
tiina.tonteri@gmail.com
040 XXX XX XX

Regina Santamäki Fischer
Yliopistonlehtori
regina.santamakifischer@abo.fi
050 XXX XX XX

Bilaga 3 Informationsbrevet till papporna

Hej Du, som är pappan till ett litet barn!

Att bli pappa är en av de största vändpunkterna i mannens liv. Faderskap medför ett nytt livsinnehåll och skäl att vara stolt över. Faderskap är en livslång uppgift, som utvecklas och formas genom att leva livet med barnet.

Barnrådgivningens primära mål är att säkerställa barnets hälsa och välbefinnande och se till att han eller hon utvecklas så gynnsamt som möjligt. Barnets bästa kan inte förverkligas utan föräldrarna, för barnets välbefinnande beror på hela familjens välbefinnande. Familjecentreringen i barnrådgivning innebär bland annat att barn, mammor och pappor är rådgivningsbyråns klienter och att verksamheten baserar sig på deras kunskaper och färdigheter som experter på sin egen familj.

Mitt syfte är att klargöra pappornas upplevelser av barnrådgivning. Jag är intresserad av mötena mellan pappan och hälsovårdaren. Jag vill ta reda på hur papporna upplever mötet med hälsovårdaren vid barnrådgivning. Vad innebär ett bra möte enligt papporna? Hur förverkligas familjecentrering ur pappornas synpunkt?

Målgrupp i min studie är de småbarnspappor som har ett eller flera barn och åtminstone ett av barnen är ungefär ett år gammal. Papporna i min studie blir intervjuade. Intervjuerna tar högst en och en halv timme. Intervjuplatsen väljas i samråd med pappan. Intervjuerna inspelas.

Intervjudata bevaras och behandlas med omsorg. Bara jag och min handledare har tillgänglighet till intervjudata. Papporna kan inte bli identifierade i ett slutligt skriftligt arbete. Forskningsdata förstörs efter studie. Deltagande i studie är frivilligt, och Du kan när som helst avbryta Din medverkan i studie utan att ange orsak.

Studien är en pro gradu-avhandling och en del av mina magisterstudier i fakulteten för välfärdstudier vid Åbo Akademi. Jag ska också skriva en artikel om min studie som publiceras i en facktidning.

Jag skulle vara tacksam, om Du kunde delta i studien! Via Din deltagande kan Du bidra att öka kunskap om pappornas upplevelser av barnrådgivning och på så sätt främja rådgivningsverksamhet.

Jag har fått Dina kontaktuppgifter via Din hälsovårdare. Jag ska kontakta Dig inom två veckor efter Du har fått detta informationsbrev. Du kan också kontakta mig för att komma överens om intervjutidspunkt. Då hoppas jag att Du kan kontakta mig senast den 13.3 2017.

Du kan alltid kontakta mig för att få tilläggsinformation och svar på Dina frågor omkring studie.

Med vanliga hälsningar

Tiina Ahti
Hälsovårdare, magisterstuderande i vårdvetenskap
tiina.tonteri@gmail.com
040 XXX XX XX

Regina Santamäki Fischer
Akademilektor
regina.santamakifischer@abo.fi
050 XXX XX XX

Hei, pienen leikki-ikäisen lapsen isä!

Isäksi tuleminen on yksi suurimmista käännekohdista miehen elämässä. Isyys tuo mukanaan uutta sisältöä miehen elämään ja antaa aiheen olla ylpeä. Isyys on elämänmittainen tehtävä, joka kehittyy ja muotoutuu lapsen kanssa arkea elämällä.

Lastenneuvolan tehtävänä on varmistua lapsen normaalista kasvusta ja kehityksestä sekä lapsen hyvinvoinnista. Lapsen paras ei voi kuitenkaan toteutua ilman vanhempia, minkä vuoksi lastenneuvolassa panostetaan koko perheen hyvinvoinnin turvaamiseen. Neuvolassa pyritään edistämään vanhempien hyvinvointia sekä tukemaan vanhemmuudessa. Puhutaankin, että lastenneuvolassa tehdään perhekeskeistä työtä: perhekeskeisyys tarkoittaa, että koko perhe, sekä isä, äiti että lapsi, ovat lastenneuvolan asiakkaita ja asiantuntijoita oman perheensä asioissa.

Tarkoitukseni on tutkia isien kokemuksia lastenneuvolasta. Olen kiinnostunut isän ja terveydenhoitajan välisistä kohtaamisista. Haluan selvittää, miten isät kokevat kohtaamisen terveydenhoitajan kanssa lastenneuvolassa. Mitä isän hyvä kohtaaminen tarkoittaa isien kokemana ja kertomana ja miten perhekeskeisyys toteutuu isien näkökulmasta?

Tutkimuksessani haastattelen isiä, joiden perheessä on vähintään yksi noin vuoden ikäinen lapsi. Haastattelut ovat kestoltaan korkeintaan 1,5 h ja ne nauhoitetaan. Haastattelu toteutetaan isän kanssa yhdessä sopimassamme rauhallisessa paikassa.

Haastatteluaineistoa säilytetään ja käsitellään huolella, ja ainoastaan tutkijalla ja tutkimuksen ohjaajalla on mahdollisuus käsitellä tutkimusaineistoa. Haastateltavat eivät ole tunnistettavissa haastattelujen perusteella lopullisessa työssä. Tutkimuksen jälkeen tutkimusaineisto tuhoetaan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja Sinun on missä tahansa tutkimuksen vaiheessa mahdollista vetäytyä pois tutkimuksesta ilman vaadittuja perusteluja.

Tutkimus on pro gradu -tutkielma ja osana maisteriopintojani Åbo Akademiassa, hoitotieteen laitoksella. Tutkimuksen pohjalta julkaistaan myös artikkeli ammattilehdessä.

Olisin kiitollinen osallistumisestasi tutkimukseen! Tutkimuksen kautta voit olla lisäämässä tietoutta isien kohtaamisesta lastenneuvolassa ja siten kehittämässä neuvolatyötä.

Olen saanut yhteystietosi omalta terveydenhoitajaltasi. Olen Sinuun yhteydessä haastatteluajan sopimiseksi kahden viikon sisällä kirjeen saatuasi. Sinun on mahdollista ottaa myös minuun yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi. Tuolloin toivon yhteydenottoasi 13.3.2017 mennessä.

Voit myös aina olla minuun yhteydessä saadaksesi lisätietoa ja vastauksia kysymyksiisi tutkimukseeni liittyen.

Ystävällisin terveisin

Tiina Ahti
Terveydenhoitaja, hoitotieteen maisteriopiskelija
tiina.tonteri@gmail.com
040 XXX XX XX

Regina Santamäki Fischer
Yliopistonlehtori
regina.santamakifischer@abo.fi
050 XXX XX XX

Intervjuguide

Bakgrundsinformation

- pappans ålder, utbildningsnivå, arbetssituation, civilstånd
- barnets / barnens ålder
- eventuell pappaledighet
- vem som tar ansvar för barnets rådgivningsbesök
- pappans deltagande i rådgivningsbesök under graviditet och efter barnets födelse, eventuella hinder för att inte kunna delta i besöket
- omsättning av hälsovårdare

Kan Du beskriva, hur det känns att som man och pappa komma till barnrådgivning?

Kan Du erinra Dig ett lyckat möte? Vad som skedde där och hurdana känslor väcktes?

Har Du upplevt någon gång att inte ha blivit mött? Vad skedde där hurdana känslor väcktes?

Kan Du beskriva, vad som barnrådgivning har gett Dig?

Bilaga 5 Samtyckesblankett

SAMTYCKESBLANKETT

Jag är medveten om att forskaren, Tiina Ahti har fått mina kontaktuppgifter via vår hälsovårdare, och jag har gett mitt tillstånd till det. Jag har blivit informerad både muntlig och skriftlig om studiens syfte och genomförande. Jag är medveten om att intervjun ska inspelas, och att bara forskaren har tillgänglighet till de inspelade intervjudata. Jag är medveten om att utöver forskaren har avhandlingens handledare möjlighet att ha tillgänglighet till de utskrivna intervjudata. Jag har blivit försäkrad att jag inte kan bli identifierad i en utskreven text eller i ett slutligt arbete. Jag är medveten om att det slutliga arbetet och artikeln, som grundar sig på studien, kan innehålla mina originalcitrat, men jag kan inte bli identifierad enligt det.

Jag ska frivilligt delta i studien. Jag vet att min uppgift är att fritt beskriva mina tankar med anknytning till ämnesområden, som forskaren lyfter fram. Jag är medveten om att jag kan när som helst kontakta forskaren för att avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak och utan konsekvenser som har negativa effekter för mig. Då ska de eventuella forskningsdata som handlar om mig, förstöras.

Jag har fått kontaktuppgifter av forskaren, Tiina Ahti, och jag kan vid behov kontakta henne i fråga om studien.

Det finns två identiska stycken av denna samtyckesblankett, den ena är riktad till mig och den andra till forskaren, Tiina Ahti.

Ort och datum

Deltagarens underskrift

Deltagarens namnförtydligande

Forskarens underskrift

Forskarens namnförtydligande

SUOSTUMUSLOMAKE

Olen tietoinen, että tutkimuksen tekijä, Tiina Ahti on luvallani saanut yhteystietoni neuvolaterveydenhoitajamme kautta. Minua on informoitu sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan, ja että ainoastaan tutkija tulee käsittelemään haastattelunauhoitteita. Olen tietoinen, että tutkijan lisäksi tutkimuksen ohjaajan on mahdollista tarkastella puhtaaksikirjoitettua haastattelumateriaalia, kuitenkin niin, etten ole tekstin perusteella tunnistettavissa. Olen tietoinen, että kirjallisessa työssä ja tutkimuksen pohjalta julkaistavassa artikkelissa voi olla suoria lainauksia haastattelustani kuitenkin niin, ettei minua ole mahdollista niiden perusteella tunnistaa.

Olen vapaaehtoisesti osallistumassa tutkimukseen. Tiedän, että tehtävänäni on vapaasti kertoa ajatuksistani liittyen tutkijan esille tuomiin aihepiireihin. Olen tietoinen siitä, että voin missä tahansa tutkimuksen vaiheessa olla tutkijaan yhteydessä vetäytyäkseni pois tutkimuksesta ilman vaadittuja perusteluja tai että sillä olisi negatiivisia vaikutuksia minuun. Tuolloin minusta jo mahdollisesti kertynyt tutkimusaineisto tuhoetaan.

Olen saanut tutkimuksen tekijän, Tiina Ahdin yhteistiedot ja voin halutessani olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen.

Suostumuslomakkeita on laadittu kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää itselleni ja toinen tutkimuksen tekijälle, Tiina Ahdille.

Paikka ja aika

Tutkimukseen osallistujan nimikirjoitus

Tutkimukseen osallistujan nimenselvennys

Tutkijan nimikirjoitus

Tutkijan nimen selvennys

Bilaga 6 Exempel på analysprocess

