

Masteroppgave

MAJO5900 1 20 V MAJOR 19H påbygging
November 2020

Fedres vei til farsrollen.

Hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fedres
opplevelse av mestring - et integrative review

Kandidatnummer 506 & 509

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 16440

Fakultet for helsevitenskap

SAMMENDRAG

Tittel: Fedres vei til farsrollen. Hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fedres opplevelse av mestring- et integrative review.

Hensikt: Å oppsummere kunnskap som belyser hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen.

Problemstilling: Hvordan kan jordmor i svangerskapsomsorgen fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen?

Metode: Et integrative review hvor Whittemore & Knafls (2005) fem trinn ble benyttet. Systematiske søk i perioden 23.03- 02.04.2020 i databasene CINAHL, Medline, PsycINFO og MIDIRS. Studier fra sammenlignbare land, kvantitativt og kvalitativt design publisert i perioden 2010-2020, ble inkludert. Sentrale inklusjonskriterier var fedreperspektiv og prenatal periode. Studienes metodiske kvalitet ble vurdert ved bruk av Joanna Briggs Institutes kritiske vurderingssjekklistene. PRISMA 2009 Checklist ble brukt.

Resultater/Funn: Trettisv studier (14 kvalitative, 2 mixed methods og 21 kvantitative) ble inkludert. Fedrene oppga behov for forberedelse, følelsesmessig modning, gjensidig partnerstøtte, samt sosial støtte som viktig for utvikling av farsrollen. Innvirkende faktorer var parforholdskvalitet, psykisk helse og sosiodemografiske forhold. Fedrene opplevde seg ikke invitert inn som individuelle individer i svangerskapsomsorgen. Dette var i kontrast til egen oppfatning som viktig for sitt kommende barn og forelderrolle. De ønsket å bli sett, og involvert av jordmor. Fedre som opplevde seg involvert av jordmor, kjente seg mer engasjert.

Konklusjon: Aktivt invitere far inn i svangerskapsomsorgen som individuell med egne behov kan fremme fars opplevelse av mestring i utvikling av farsrollen, og utgjøre en positiv forskjell for familien.

Nøkkelord: Prenatal care, pregnancy, midwife(ry), antenatal, paternal behavior, fathers, father-child relations, adaptation, self-efficacy.

ABSTRACT

Title: Fathers' path to fatherhood. An integrative review; how midwife in prenatal care may promote fathers' perception of mastery.

Purpose: Summarize knowledge conducive to enlightening how midwife in prenatal care may promote perception of mastery in developing fatherhood.

Objective: How may midwife in prenatal care promote perception of mastery in developing fatherhood?

Method: An integrative review where Whitemore & Knafls' (2005) five steps were applied. Systematic search in the period 23.04-02.04.2020 in CINAHL, Medline, PsycINFO and MIDIRS databases. Studies from comparable countries, quantitative and qualitative design, in the period 2010-2020, were included. Central inclusion criteria comprised of the fathers' perspective and the prenatal period. The methodological quality of the studies was evaluated through Joanna Briggs Institute's checklists. PRISMA 2009 checklist was applied.

Results/Findings: Thirty-seven studies (14 qualitative, 2 mixed methods and 21 quantitative) were included. Fathers expressed need for preparation, emotional maturation, mutual partner and social support were important for developing the fathers' role. Influencing factors were relationship quality, mental health and sociodemographic impacts. Fathers did not feel regarded as individuals in prenatal care, contrasting perception of importance for their coming child and parenthood. To be perceived as the father to be and involved by the midwife. Fathers who felt involved by midwife experienced personal engagement.

Conclusion: Actively include the father in prenatal care as individual may improve the fathers' perceived perception of mastery in the development of the fathers' role, and positively impact on to the family to be.

Keywords: Prenatal care, pregnancy, midwife(ry), antenatal, paternal behavior, fathers, father-child relations, adaptation, self-efficacy.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN	1
2.0 FORMÅL, PROBLEMFORMULERING OG BEGREPSAVKLARING	4
2.1 Formål og problemformulering.....	4
2.2 Avgrensing og begrepsavklaring.	4
2.2.1 Mestring	5
2.2.2 Farsrolle.	5
2.2.3 Sammenlignbare land	6
2.2.4 Oppgavens oppbygning	6
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	7
3.1 Valg av teoretisk bakgrunn og rammeverk opp mot problemstilling.	7
3.2 Salutogenese.	7
3.2.1 Opplevelse av sammenheng, OAS	8
3.2.2 Mestringsressurser	9
4.0 METODOLOGI	10
4.1 Design og metode.....	10
4.1.1 Litteratursøk	13
4.1.2 Dataevaluering.....	14
4.1.3 Dataanalyse	15
4.1.4 Presentasjon.....	17
4.2 Etske overveielser.	18
5.0 RESULTAT	19
5.1 Fars søken etter mestring.....	21
5.1.1 Fars forberedelse og tilknytning.....	22
5.1.2 Fars følelsesmessige endringer.....	26
5.1.3 Fars forhold til partner	29
5.1.4 Fars sosiale støtte.....	31

5.2 Jordmor; en viktig støtte på veien.	32
5.2.1 Jordmors kompetanse	33
5.2.2 Bli sett av jordmor	35
5.3 Kvalitetsvurdering	36
6.0 DISKUSJON.....	38
6.1 Resultatdiskusjon.	39
6.2 Metodediskusjon.	48
7.0 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING.....	53
8.0 KONKLUSJON.....	54
LITTERATURLISTE	55
VEDLEGG.....	62

1.0 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN

I likhet med mor, omtales det å bli far som et stort vendepunkt i livet, en livsovergang som innebærer store endringer. Lisbeth Brudal skrev, allerede i 1983, om starten på foreldreskapet som en modningskrise hvor «tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig» (Brudal, 1983). Å kjenne at man er i stand til å håndtere den nye situasjonen og ha ressurser som gjør at man kan velge ulike strategier er en viktig del av livsovergangen og åpner opp for vekst og mestring inn i den nye rollen (Lindström, Eriksson, & Sjøbu, 2015). Den danske svangerskapsomsorgen, Sundhedsstyrelsen beskriver svangerskapet som en «utviklingsdynamisk periode» for foreldrene og hvor fedre gjennomgår lignende psykologiske prosesser som mor (Sundhedsstyrelsen, 2013). WHO (World Health Organization) har i sine anbefalinger for helsefremmende intervensjoner for mors- og nyfødtes helse inkludert en sterk anbefaling om økt involvering av far i svangerskapet, fødsel og etter fødsel (WHO, 2015). Vårt utgangspunkt for denne masterstudien har vært egne erfaringer med blivende fedre, i vårt arbeid som jordmødre i svangerskapsomsorgen. Vi er interessert i hva som finnes av kunnskap om fedres erfaringer i svangerskapet og hvordan vi som jordmødre kan være en støtte i prosessen mot farsrollen.

I perioden 2010 – 2019 er det årlig født mellom 54 000 og 60 000 barn i Norge (SSB, 2020a). Av disse barna er hovedtyngden født inn i en tradisjonell familiemodell, bestående av mor, barn, far, og eventuelle søsken (Folkehelseinstituttet, 2020). Fedrene til disse barna er langt mer aktive i forhold til sine barn enn fedre i tidligere generasjoner har vært (Skjøthaug, 2019). Fars aktive deltakelse og omsorg fra barnets fødsel og videre i småbarns liv er i dag betraktet som viktig for barnets utvikling, for familien og for forholdet til mor (Cabrera & Peters, 2000).

Viktigheten av at et barn skal ha to likestilte omsorgsgivende foreldre er tydeliggjort av den norske stat gjennom den nye barnelovens §35 (Lov om barn og foreldre) hvor foreldre som ikke bor sammen ved barnets fødsel automatisk får delt foreldreansvar, dersom ikke annet er meldt. Forventninger om at far skal være mer deltagende i barnets liv er også definert i foreldrepermisjonsordningen fra 1.juli 2018. I 2018 ble foreldrepermisjonsordningen utvidet og gjort tredelt, hvor både mor og far ble likestilt med en tredjedel hver og hvor siste tredjedel er avsatt til valgfri fordeling seg imellom. Den norske stat anser fars del som viktig, den er forbeholdt ham og kan som et utgangspunkt ikke overføres til mor (BFD, 2018; NAV, 2020).

Tradisjonelt har svangerskapsomsorgen satt søkelys på den gravide kvinnen og hennes forberedelse til forelderrollen. Far er blitt sett på som en støtte for kvinnen og ikke tydelig inkludert som selvstendig person med egne behov for å utvikle sin forelderrolle (Wells, 2016). Retningslinjene for svangerskapsomsorgen har i sitt basisprogram klare anbefalinger for å fremme helse og mestring hos den gravide, men heller ikke i retningslinjene har far en egen rolle. Far blir referert til som partner eller familie i sammenheng med den gravide. Det fremgår ikke i retningslinjene anbefalinger for å fremme mestring hos den vordende far som en individuell person, men det er samtidig anbefalt at helsepersonell skal bistå partner sammen med den gravide i en viktig livshendelse (Helsedirektoratet, 2019).

At den blivende far får mulighet til å utvikle sin forelderrolle under svangerskapet er en viktig del av livsovergangen og forberedelsen til farskapet (Pålsson, Persson, Ekelin, Kristensson Hallström, & Kvist, 2017). Fars psykologiske forberedelsesprosesser legger grunnlaget for hans utvikling av farsrollen, og i denne livsovergangsprosessen blir grunnlaget for tilknytningen til barnet etter fødselen, far som omsorgsperson og foreldreatferd lagt (Sundhedsstyrelsen, 2013). Flere studier viser til positive helseeffekter ved økt fedreinvolvering, både for mennene selv, men også for mor og barn (WHO, 2007). En gjennomgang av litteraturen fra 1989-2008 på menns overgang til farsrollen, kom frem til at svangerskapet var den mest belastende tiden for menn. De forklarer det med at menn må gjennomgå psykologiske omorganiseringer i et svangerskap (Genesoni & Tallandini, 2009). Skjøthaug mener at helsepersonell bør ha god kunnskap om fedres mentale helse for å kunne hjelpe i denne livsovergangen (Skjøthaug, Smith, Wentzel-Larsen, & Moe, 2018). En litteraturgjennomgang fra 2018 så på faktorer som påvirker fedreinvolvering, og oppsummerte at det manglet litteratur som fokuserte på å styrke fedres engasjement under partners graviditet (Xue, Shorey, Wang, & He, 2018).

For de fleste fedre er denne livsovergangen en endringsprosess over tid som fører til psykologisk vekst, men for noen også psykologisk tilbakegang (Anderson, Goodman, & Schlossberg, 2012). For noen fedre, og spesielt førstegangsfedre kan denne livsovergangen oppleves som ekstra krevende og strevsom (Deave & Johnson, 2008). Faktorer som ugunstige barndomsopplevelser og ikke-optimal psykisk helse kan påvirke menns utvikling av farsrollen (Skjøthaug, 2019). En populasjonsbasert studie fra Norge konkluderer med at det er sammenhenger mellom menns psykologiske vansker i partners graviditet og påfølgende

emosjonelle og atferdsutvikling hos barna sine, og at disse vanskene kan identifiseres under graviditet (Kvalevaag, 2014).

I Norge har alle gravide rett på svangerskapsomsorg og får i utgangspunktet tilbud om et basisprogram bestående av 8 - 9 konsultasjoner, med mulighet for ytterligere kontroller der det er behov. Den gravide kan selv velge hvem hun vil bli fulgt opp av i svangerskapet, fastlege og/eller jordmor (Helsedirektoratet, 2019). Omtrent 92% av nye gravide i Norge ble i 2018 registrert av kommunehelsetjenesten som møtt til svangerskapskontroll (SSB, 2020a). Ifølge Helseatlas sin oversikt for perioden 2015-2017, benyttet gravide jordmor 4 konsultasjoner av gjennomsnittlig 12 (hvorav 5 av de 12 var konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten) (Byhring, 2019).

2.0 FORMÅL, PROBLEMFORMULERING OG BEGREPSAVKLARING

Her vil vi presentere formålet med masteroppgaven vår, utdype problemformuleringen og avklare begreper.

2.1 Formål og problemformulering.

Formålet med denne masterstudien er å søke kunnskap om hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan bidra til at far kjenner mestring på sin vei mot farsrollen. Dette er et aktuelt tema da fedre de senere årene har blitt en mer likestilt omsorgsperson for barnet, som mor. Dette åpner opp for nye behov, også hos fedrene (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010).

Å kjenne på mestring er assosiert med økt engasjement overfor det kommende barnet. Fars engasjement kan redusere psykososialt stress hos mor, men det er også viktig for hans egen helse. For barnet gir en engasjert far et godt utgangspunkt for barnets utvikling (Bond, Heidelbaugh, Robertson, Alio, & Parker, 2010; Plantin, Olukoya, & Ny, 2011; Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008).

For jordmor i svangerskapsomsorgen ser vi på det som verdifullt å sammenfatte kunnskap om denne masterstudiens tema, spesielt med tanke på at flere enkeltstudier ofte etterlyser en endring av praksis. Skjøthaug (2019) fant, i sin doktoravhandling, at sammenlignet med mødre har vi lite kunnskap om nybakte fedre, og det er ikke noe systematisk tilbud til menn som skal bli fedre. For at relasjonen mellom jordmor og far skal kunne fremme mestring hos far kreves kunnskap hos jordmor om hvilke erfaringer og mestringsressurser fedre innehar. Med dette menes at fars ressurser og behov står i sammenheng med hva far ønsker av jordmor. For å kunne skape et bredt kunnskapsgrunnlag ønsker vi systematisk å samle kunnskap, både kvalitative og kvantitative forskningsstudier, med å svare på følgende problemstilling:

Hvordan kan jordmor i svangerskapsomsorgen fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen?

2.2 Avgrensing og begrepsavklaring.

Vi har valgt en bred problemstilling som det er hensiktsmessig å avgrense. I vår masterstudie er vi interessert i å systematisk oppsummere studier med både kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign, det vil si å gjøre et integrative review. Å inkludere begge design er viktig

fordi kvalitativ forskning er godt egnet til å formidle fars erfaringer og perspektiver, mens kvantitative studier kan si noe om effektstørrelse og variasjon. Videre vil vi i dette avsnittet redegjøre for begreper samt definere rammer for kontekst.

I masterstudien har vi konsekvent valgt å bruke uttrykket «integrative review» fremfor å endre navnet på designet til et norskspråklig alternativ.

2.2.1 Mestring

Med begrepet «mestring» menes en opplevelse av å beherske eller «ha tak på» noe (Caprona, 2013). Når en person kjenner på egen mestring er det dens individuelle subjektive oppfatning av begrepet, basert på den enkeltes ressurser (Vågan, 2018). Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) forstår mestring som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, samt relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjon, som for eksempel sosiale nettverk, støtteapparat, institusjoner og samfunn han eller hun er i. Både den medisinske sosiologen Antonovsky og psykologen Bandura har eksempler på denne forståelsen av mestring, som at mestring er en prosess, ikke en persons egenskap (NK LMH, 2020). I masterstudien vår vil mestring henspille på fars opplevelse av å beherske den nye farsrollen han er i ferd med å gå inn i, en selvopplevd følelse av at «dette behersker jeg».

Self-efficacy, oversatt til mestringstro, er en dimensjon knyttet til mestringsbegrepet, først beskrevet av Albert Bandura på slutten av 70-tallet. Atferd og handlingsmønstre er for det meste kontrollert av de forventningene personen har til hvordan en vil prestere eller lykkes. Mestringstro er et dynamisk fenomen som kan endres. Nivåer av mestringstro bygger på hvordan en tidligere har opplevd lignende situasjoner, hvordan man har lært av andre både verbal oppmuntring, støtte og gjennom modellering, samt hvordan kroppen gir fysiske signaler som kan forklare eller gi anslag om hvordan man håndterer en situasjon (Bandura, 1977, 1997).

2.2.2 Farsrolle.

I denne masterstudien har vi valgt å se på fedre fra 18 år eller eldre. En nedre aldersgrense er satt da fedre under myndighetsalder vil ha tilleggsbehov som vil være for omfattende å

inkludere. Gjennomsnittlig alder for fedre i Norge har de siste ti årene vært 33,6 år når de får barn (SSB, 2020a). I vår masterstudie vil partner være ensbetydende med biologisk far som bor sammen med gravid partner som skal bli mor. Medmor, adoptivfar og andre måter å være far/partner på er også interessant, men må utelukkes av plasshensyn.

2.2.3 Sammenlignbare land

Norge er et samfunn kjennetegnet av gode velferdsordninger og hvor likestilling blir tilstrebet (Regjeringen, 2020). Det er generelt enighet om at familiestruktur og kulturelle aspekter er blant de viktigste påvirkningsfaktorene for hvordan fedre deltar i omsorgen for sine barn (Genesoni & Tallandini, 2009). Selv om det er ulikheter i demografi, sosioøkonomi og kultur, vil forskningslitteratur fra land i den «vestlige verden» som Europa, Nord-Amerika og Oseania ha overførbarhet til norske forhold. Dette ut fra den samhandling og erfaringsutveksling Norge og andre vestlige land har tradisjon for (Regjeringen, 2018).

2.2.4 Oppgavens oppbygning

Vi vil videre i studien presentere vår teoretiske referanseramme, Antonovskys salutogenese. Salutogenese er valgt som teoretisk ramme ut fra at det er en av de mest anvendte teorier for helsefremmende arbeid (Lindström et al., 2015) og vil ut fra problemsstillingens ordlyd være hensiktsmessig.

For å sikre studiens transparens og systematiske gjennomgang er utfylt PRISMA 2009 Checklist vedlagt, vedlegg 2. Sjekklisten inneholder anbefalinger for hvilke komponenter som bør inkluderes for å ivareta studiens pålitelighet og etterprøvnbarhet, og vi har lagt vekt på å inkludere disse komponentene både ved redegjørelse for metode og presentasjon av resultat (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Metodedelen vil forklare alle trinnene i vår systematiske litteraturoppsummering og inkluderer beskrivelser fra blant annet litteratursøk og analysearbeid, samt etiske overveielser. Masterstudien vil bli presentert i resultatdelen hvor også kvalitetsvurderingen beskrives. Til slutt vil vi diskutere våre resultater og hvordan metodiske avgjørelser kan ha påvirket resultatene, samt avslutte med implikasjon for praksis og konklusjon.

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 Valg av teoretisk bakgrunn og rammeverk opp mot problemstilling.

Jordmors rolle i svangerskapsomsorgen er mangefasettert hvor en av de helsefremmende oppgavene er å være en støtte, veileder og følge opp den gravide og hennes partner i forberedelsen til å bli foreldre ut fra den gravide og hennes partners kunnskap og livserfaring (Helsedirektoratet, 2019). WHO (1948) definerte helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte». Dette understøtter behovet for ikke å bare se det syke, men også det som fremmer helse. Jordmors helsefremmende tilnærming i sitt arbeid er forskriftsfestet (Forskrift om helsestasjons og skolehelsetjenesten, 2018). Å ta utgangspunkt i sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) sin teoretiske modell om salutogenese er derfor et naturlig utgangspunkt for vår masterstudie, hvordan jordmor kan fremme fars opplevelse av mestring på vei til farsrollen.

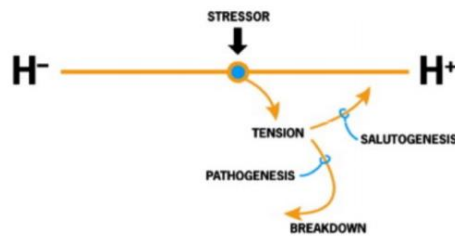
3.2 Salutogenese.

Begrepet salutogenese betyr «helsens opprinnelse» hvor saluto fra latin betyr «helse» og genese, «opprinnelse». Aaron Antonovsky fattet på 1970- tallet interesse for hva det er som gjør at noen mennesker håndterer stressende livshendelser bedre enn andre.

En salutogen tilnærming setter søkelys på ressursene i det enkelte menneske og omgivelser for hva som skaper helse, mestring og økt livskvalitet, og teoriens opprinnelse bunner i forutsetningene for hvordan spenninger, stress og følelser blir håndtert (Lindström et al., 2015).

Teorien om salutogenese ble utviklet som en motvekt til teorien om patogenese hvor fokus er på sykdommens- eller vanskelighetens årsak og de begrensninger som følger med (Langeland 2014 i Lindström, Eriksson et al. 2015). I «Helsens mysterium» (1987) skriver Antonovsky at han ikke lenger ser de to teoriene i motstrid til hverandre, tvert om som komplementære, de lever side om side. God helse og dårlig helse går hånd i hånd og ressurser i enkeltindivid, betingelser og faktorer avgjør graden av mestring i situasjonen (Lindström et al., 2015). Antonovsky visualiserer dette gjennom en tegning hvor god helse (H+) og dårlig helse (H-) ligger som endepunkter i hver sin ende av en horisontal linje (Figur 1). Han beskriver linjen

som et kontinuum mellom helse og uhelse og hvor definisjonen på hva som er god og dårlig helse er subjektivt (Lindström et al., 2015).



Figur 1 Helsekontinuumet mellom helse og uhelse. Basert på Antonovskys egen tegning.

Alle mennesker befinner seg til enhver tid et sted på linjen. Hver dag utsettes et menneske for nye stressorer eller stressfaktorer som utløser spenninger. Stressfaktorer er ikke i utgangspunktet negative, men hvordan mennesket subjektivt håndterer spenningene og mestrer situasjonen, bestemmer om forflytningen skjer i patogen retning mot uhelse, eller i salutogen retning mot det som fremmer helse (Lindström et al., 2015). Den salutogene orientering konsentrerer seg om de faktorer som påvirker til bevegelse mot helse og helsefremmende prosesser (Antonovsky, 1987). Stressfaktorer i en salutogen tilnærming kan etter dette forstås som potensielt helsefremmende (Langeland, 2014).

3.2.1 Opplevelse av sammenheng, OAS

Et nøkkelbegrep i den salutogene teorien er knyttet til «opplevelse av sammenheng» (OAS), også beskrevet som menneskets evne til å takle livet gjennom å bruke sin psykiske, sosiale og åndelige styrke (Lindström et al., 2015). Hvor godt utviklet OAS er hos det enkelte menneske, varierer mellom individene og bestemmer hvor på helsekontinuumet personen er plassert. OAS består av 3 komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Lindström et al., 2015). Antonovsky (1987) definerer begripelighet med hvordan det enkelte menneske oppfatter virkeligheten med de stimuli det konfronteres med. Videre definerer Antonovsky (1987) håndterbarhet som i den utstrekning mennesket oppfatter at det står ressurser tilgjengelig, og som er tilstrekkelige nok til å klare de kravene man blir stilt overfor av stimuliene man blir utsatt for. Meningsfullhet forklares med den utstrekning et menneske føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, at en selv opplever å være involvert i prosessene

som former ens liv (Antonovsky, 1987). Komponentene bidrar til en opplevelse av at livet og virkeligheten har en sammenheng og er uløselig knyttet til hverandre, om dog i ulik grad. En helhetlig OAS gir utgangspunktet for mestring, helse, velvære og mening i livet (Langeland, 2014). Det ser ut til at mennesket utvikler OAS gjennom hele livet basert på hvilke mestringsressurser (se pkt. 3.2.2) personen innehar (Lindström et al., 2015). Når mestring oppleves, vil en høste erfaringer som gjør at en opplever mening, modning og utvikling, og beveger seg videre mot en høyere grad av helse (Langeland, 2014). En sterk OAS er forbundet med god helse, spesielt psykisk helse, som igjen kan beskytte mot angst, depresjon, håpløshet. Det har en sterk sammenheng med helseressurser som optimisme, robusthet og mestring.

3.2.2 Mestringsressurser

I salutogenesen blir det i forskjellige kilder benyttet henholdsvis motstands- og mestringsressurser i forklaring av ressursene mennesket innehar. Vår masterstudie omhandler mestring hos far i en utgangspunktet positiv livsovergang, og vi velger ut fra vårt perspektiv å benytte begrepet mestringsressurser fremfor motstandsressurser.

Salutogenese beskriver at de generelle mestringsressursene er en forutsetning for utvikling av OAS, og mestringsressursene finnes hos hvert enkelt menneske, samt i deres omgivelser (Lindström et al., 2015).

Minst fire av de generelle mestringsressursene må være til stede for å utvikle en sterk OAS:

- 1) meningsfylte aktiviteter
- 2) eksistensielle tanker
- 3) kontakt med indre følelser
- 4) sosiale relasjoner

Antonovsky nevner i tillegg at personens selvidentitet er viktig for utviklingen av OAS, samt fysiske ressurser, økonomiske/materielle ressurser, ja også kulturelle ressurser som kan gi identitet og tilhørighet i samfunnet kan fungere som mestringsressurser (Vågan, 2018). I tillegg til at mestringsressursene er tilstede, må en ha evne til å bruke dem slik at det gagnar helsen (Lindström et al., 2015).

4.0 METODOLOGI

I dette kapitlet vil oppgavens metodiske rammeverk beskrives, og redegjørelsen vil følge Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2009 checklist som er anbefalt brukt ved systematiske kunnskapsoppsummeringer (Moher et al., 2009).

4.1 Design og metode.

Problemstillingen krever en bred sammenfatning av evidens fra både kvalitative og kvantitative studier. Kvalitativ forskning egner seg godt til å undersøke fenomener og produserer rike fortellinger, den tilpasser seg ny informasjon basert på data og bidrar til mer helhetlige perspektiver på temaet (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). Kvantitativ forskning preges av et mer kontrollert design hvor fenomener undersøkes med standardiserte målemetoder som konfidensintervall og effektestimater. Det innhentes data som uttrykkes gjennom tall og er godt egnet til å undersøke sammenhenger mellom variabler og utfallsmål (Polit & Beck, 2017). Integrative review er en kunnskapssyntesemetode som nettopp ivaretar en bred tilnærming hvor både kvalitativ og kvantitativ forskning inkluderes (Whittemore, Chao, Jang, Minges, & Park, 2014), og litteraturoppsummeringer har fått økende relevans innenfor flere helsefag (Toronto & Remington, 2020). Syntetisering av forskningslitteratur er nødvendig for at helsepersonell skal kunne praktisere kunnskapsbasert. Integrative review er en metode for syntetisering av forskningslitteratur og benyttes ofte innen sykepleieforskning på grunn av sitt brede fokus og evne til å ta opp kliniske problemstillinger. Designet krever systematikk i tilnærmingen og prosessen skal være transparent for å sikre kvaliteten (Toronto & Remington, 2020). Det finnes ulike rammeverk for integrative review (Tricco et al., 2016). Vi vil benytte Whittemore & Knafl (2005) sin fem-trinns beskrivelse for gjennomføring av integrative review som vektlegger:

- 1) Tydelig problemformulering
- 2) Bredt litteratursøk
- 3) Dataevaluering
- 4) Dataanalyse
- 5) Presentasjon

Whittemore & Knafl (2005) fremhever betydningen av problemformulering som utgangspunkt for den systematiske litteraturgjennomgangen. Denne studiens hensikt og problemformulering er allerede redegjort for i 2.1, «Formål og problemformulering».

Et integrative review skal omfatte et klart dokumentert og omfattende litteratursøk. Søkeprosessen gjenspeiler forskningsspørsmålene og har en tendens til å være bredere enn et tradisjonelt systematisk søk (Lawless & Foster, 2020). Romslige inklusjonskriterier anbefales for å sikre at all relevant litteratur kommer med. Alle beslutninger om inklusjon eller eksklusjon av litteraturen begrunnes for å sikre repeterbarhet, minimere seleksjonsbias og konfunderende faktorer (Melillo, 2020). Våre inklusjonskriterier ble utformet på bakgrunn av punkt 2.2, avgrensning og begrepsavklaring, og beskrevet i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjonskriterier med begrunnelse

Inklusjonskriterier	Begrunnelse
Primærstudier fra sammenlignbare land, 2010- 2020	Perioden avgrensar søket og vil gi en håndterbar mengde materiale
	Sikre oppdatert forskning
Ett barn, forventet født til termin	Foreldre til premature barn vil ha tilleggsbekymringer, fokus, brukermedvirkning osv. Flerlinger er ekskludert av samme grunn.
Spontant gravid med partner	Assistert befruktning vil kunne påvirke dataenes innhold og blir for omfattende for vår studie.
	Medmor er ikke inkludert i studien
Forventet friskt barn	Foreldre med sykt barn vil ha tilleggsbehov og bli for omfattende for vår studie
Fedre \geq 18 år	Fedre $<$ 18 år vil ha utvidete behov på grunn av yngre alder og vil bli for omfattende for vår studie
Studier som omhandler fedre inntil ett år postnatalt, men hvor fedre er blitt spurt angående den prenatale perioden	Problemsstillingen fokuserer på fars utvikling av farsrollen prenatalt
Studier publisert i fagfellevurderte tidsskrift	Kvalitetssikrede publikasjoner. Med det menes at studiene er blitt kvalitetsvurdert før publisering
Studier fra sammenlignbare land i forhold til Norge	Utfyllende begrunnelse i 2.2.3
Engelsk eller skandinavisk språk	Språk vi berhersker og forstår

4.1.1 Litteratursøk

Formålet med vårt integrative review er å systematisk gjennomgå tilgjengelig kunnskap om fedres mestring i utvikling av farsrollen til bruk for jordmor i svangerskapsomsorgen. For å sikre struktur i litteratursøksfasen blir et klinisk spørsmål i systematiske gjennomganger gjerne formulert i et PICO-format (Toronto & Remington, 2020). PICO brukes som en formuleringshjelp i planleggingen av søkestrategier hvor bokstavene betyr P=Populasjon/Problem, I=Intervensjon/tiltak, C=Comparison/Sammenligning og O=Outcome/utfall. PICO klargjør hvem/hva problemstillingen handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilke utfall vi er interessert i (Laake, Olsen, & Benestad, 2008). Som søkeverktøy er PICO blitt sammenlignet og testet ved gjennomføring av litteratursøk i både kvantitativ og kvalitativ forskning. Resultatene viser at PICO fremskaffer større antall treff, og PICO kan anvendes i praksis (Methley, Campbell, Chew-Graham, McNally, & Cheraghi-Sohi, 2014). Vi strukturerte vår PICO som vist i tabell 2.

Tabell 2 PICO

P	I	C	O
Farsrollen	Jordmors bidrag i svangerskapsomsorgen	n/a	Mestring
paternal	midwife/midwives		coping/cop*
fatherhood	pregnan*		self-efficacy
role of fatherhood	prenatal		adaption, psychological
father*	antenatal		involvement/involve*
becoming fathers	gestation period		support
paternal behavior	perinatal		experienc*
father-child-relations	maternity care		
	family policy		

*indikerer at alle varianter av ordet er søkt

Whittemore & Knafles (2005) rammeverk fremhever betydningen av å søke etter primærstudier med både kvalitativt og kvantitativt design i etablerte databaser. Litteratursøket ble med bistand fra veileder, bygget opp i Ovid Medline og videre oversatt i samsvar med de ulike databasenes søkeindeks, til Ovid PsycINFO, Ovid Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) og CINAHL (EBSCO)

Hver søkedatabase har en fortegnelse over fagord og -uttrykk, en thesaurus som er emneordlister, i noen databaser kalt MeSH (Medical Subject Headings) og i andre for Emtree (Laake et al., 2008). En søkeindeks er anbefalt som en kombinasjon av MeSH og nøkkelord for å få et bredt søketreff. For å sammenkoble ord, termer og uttrykk må vi ta i bruk kommandoer, som OR/AND. Dette kalles også boolske operatører (Aveyard, 2019). Nøkkelord ble også trunkert (* bak tekstordsøket). Trunkering betyr at vi søker på ordstammen, og tar med ulike endinger av ordet (Laake et al., 2008). Whittemore & Knafles (2005) anbefaler å søke i flere databaser for å gi mer struktur og bredere review. En bred tilnærming i søket, sikrer oss mot publikasjonsbias og skjevhet, og vi reduserer risikoen for å ikke identifisere all relevant informasjon (Lawless & Foster, 2020).

Litteratursøkene våre er utført i perioden 23/3- 2/4 2020. Eksempel på søkeord er allerede gitt i tabell 2, PICO. Søkeordene ble kombinert på ulike måter, avhengig av databasen, og er beskrevet i detalj i vedlegg 1.

4.1.2 Dataevaluering

I dataevalueringsfasen vurderes utvalget av litteraturen sin relevans i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Toronto & Remington, 2020). Referansehåndteringsprogrammet Covidence (Covidence, 2020) ble benyttet som referansehåndteringsverktøy. Bruk av referansehåndteringsprogram er den beste måten å håndtere store mengder referanser på (Stiftelse for helsetjenesteforskning, 2013). Programmet kvalitetssikrer prosessen med screening av artikler gjennom tilretteleggelse for at flere forskere kan jobbe samtidig og være blindet for hva den andre forskeren jobber med (Babineau, 2014). Titler og abstrakt fra alle våre databasesøk ble importert inn i Covidence. Duplikater ble fjernet automatisk. Første ledd i evalueringsfasen var å fjerne irrelevante artikler ved screening av artiklenes tittel og abstrakt oppimot inklusjonskriteriene. Uenigheter rundt inklusjon/eksklusjon ble håndtert gjennom

diskusjon med veileder til konsensus var oppnådd. Studier med potensiale ble deretter med videre til neste fase, fulltekstscreening.

I fasen fulltekstscreening, ble studiene lest i fulltekst. Også her arbeidet vi blindet og dobbelscreenet studiene. Studier som oppfylte inklusjonskriteriene, ble inkludert og årsaker til eksklusjon ble dokumentert. Ved uenigheter rundt eksklusjon/eksklusjonsgrunner diskuterte vi med veileder til konsensus var oppnådd. Dataevalueringsprosessen er dokumentert i PRISMA flytdiagram og presenteres i Figur 2, resultatdelen.

4.1.3 Dataanalyse

Det primære målet med et integrative review er å skape en bedre forståelse av et emne gjennom syntese av forskjellige kilder (Torraco, 2016). I dataanalysetrinnet fortolker man primærstudier på en grundig og systematisk måte for å gi forskningen en ny forståelse. Whitemore & Knafl (2005) anbefaler at man starter analysen av de kvalitative studiene først. CCM, «constant comparison method» er et verktøy i denne fasen. CCM består av fire faser: datareduksjon, datavisning, datasammenligning og konklusjonstegning og verifisering (Whitemore & Knafl, 2005).

Det digitale kvalitative analyseverktøyet NVivo 12 ble benyttet for koding og sammenligning av tekst. Dataanalysefasen innebærer utforskning av store mengder tekst og mønster hvor trender og forbindelser kodes til flere tema. NVivo 12 gjør det lettere å slå sammen lignende tema etter hvert i analysen (O'Neill, 2018). I datareduksjonsfasen ble studiene med kvalitativt innhold lastet opp hver for oss som «filer». Første opplastede artikkel ble først analysert hver for oss og delt opp i enheter og kategorier ble kodet slik den enkelte mente passet innholdet, vist i tabell 3. Kodene var relatert til problemstillingen og tilrettela for videre analyse. Deretter diskuterte vi resultatdelen og sammenlignet enheter, kategorier og koder, og ble enige om hvilke koder som fungerte. Det ble gjennomført en iterativ prosess med innhold, koder og referanser. Datavisningsfasen åpnet for en komprimering av presentasjonen av informasjonen som fantes i de inkluderte studiene. Ved behov for nye koder diskuterte vi underveis og kom til enighet. Referanser som beskrev det samme ble lagt til i de eksisterende kodene. Som et referanseeksempel ble: «Fathers had concerns about having enough money to support their families» plassert under koden: «Bekymringer far kan ha». Å håndtere data gjennom punktene i CCM forenklet analysen og synliggjorde mønster i litteraturutvalget. Det

ble oppnådd en høyere grad av abstraksjon, fra detaljfokus i primærstudiene til det mer generelle i konklusjonen av temaene (Dwyer, 2020).

Tabell 3 Dataanalyse

Sitat	Tema	Hovedtema
Several fathers described having a bad conscience about not doing enough to help and support the women in the everyday situation (Solberg, 2018).	Forberedelse og tilknytning	
The fathers described it as important that they were present during maternity visits. They participated to gain knowledge about the baby but mostly as support for the women. The fathers wanted guidance on how to act and behave during pregnancy and birth (Huusko et al, 2018)	Følelsesmessige endringer	Fars søken etter mestring
The fathers wanted to take responsibility for the mother and the baby in the early postnatal period. They felt secure if they could take care of both the mother and the child. Since the mother was breastfeeding, the father took responsibility for practical things and showed his responsibility for breastfeeding by giving the mother positive support in her striving to feed the child. It was also important for the fathers to be able to take responsibility for economical considerations in the early postnatal period (Persson et al, 2012)	Forhold til partner	
	Sosial støtte	
The behaviour of the midwife is questioned when she mostly speaks to the woman, although the expectant father sits next to the partner: They call it maternity care, and that is partly why the prospective fathers are overridden. Yes, it is the expectant mothers that carries the child and it is the expectant mother they take blood sample from. But the prospective father must also be important? (Åsenhed, 2014).	Jordmors kompetanse	
The fathers described a lack of support from midwives directed towards them as fathers. The difference was that the mother was pregnant and was giving birth but they were both becoming parents. The fathers lacked someone to discuss in private regarding pregnancy and how life will change, as they become parents (Huusko et al, 2018)	Bli sett av jordmor	Jordmor; en støtte på veien
Some expectant fathers were left feeling invisible and expressed a need to be more involved in the antenatal clinic services and, thus, to find the appointment more meaningful. As one of the men described, "I accompanied her (to the midwife) a number of times, but I never received any questions about whether I had anything to ask or so, I'm just company to the mother, besides that I'm just invisible there" (Widarsson et al, 2015).	Kjenne seg inkludert/ involvert	

De kvantitative studiene ble analysert gjennom en lignende prosess som de kvalitative (Whittemore & Knaf, 2005). Relevante funn ble trukket ut av studienes resultatdel og som beskrevet i CCM, integrert innunder de kvalitative temaene. Det ble opprettet noen nye koder. Gjennom en iterativ prosess med fokus på effekter og sammenhenger, ble konsensus nådd. En matrise ble utviklet for å gi klarhet og støtte til tolkningen. Denne ble videreutviklet til en

oppsummeringstabell hvor inkluderte studier med forfattere, landtilhørighet, metode/design, kort om deltakerne og hovedfunn ble beskrevet for ytterligere klarhet, vedlegg 4, oppsummeringstabell.

Whittemore & Knafl anbefaler at integrative reviews følger systematiske trinn og bruker kritiske vurderingsmetoder for å vurdere kvaliteten på hver studie, identifisere kilder til skjevhet og syntetisere data ved hjelp av gjennomsiktige metoder (Toronto & Remington, 2020). Joanna Briggs Institute (JBI) har anerkjente vurderingsverktøy (critical appraisal tools) tilrettelagt for ulike designs metodevurdering. Ut fra JBI vurderingsverktøy ble de kvalitative studiene vurdert ut fra «checklist for qualitative design» og de kvantitative studiene ut fra designet på primærstudien (Munn, Stern, Aromataris, Lockwood, & Jordan, 2018).

Kvalitetsvurderingsverktøy for «mixed methods» er mindre utviklet enn for enkeltmetoder. Metodevurdering er av den grunn vurdert ut fra substans i forhold til funn (Aveyard & Bradbury-Jones, 2019) og de to gjeldende studiene ble bestemt vurdert i lag med de kvalitative studiene.

4.1.4 Presentasjon

Ulike tabeller og figurer er benyttet som dokumentasjon av arbeidsprosessen og resultater studien er kommet frem til. Målet har vært å tilstrebe transparens i prosessen. Eksempel på vårt litteratursøk i Medline ligger vedlagt (vedlegg 1), samt PRISMA flytdiagram (figur 2). PRISMA flytdiagram viser de ulike fasene i gjennomgangen og antall studier som er inkludert, ekskludert og årsaker til eksklusjon (Moher et al., 2009). Oppsummeringstabell av inkluderte studier er vedlagt som vedlegg 4, i tillegg til PRISMA 2009 Checklist, vedlegg 2. PRISMA 2009 Checklist inneholder 27 elementer som gjør arbeidet oversiktlig gjennom sjekkpunktene tittel, abstrakt, metoder, resultater, diskusjon og finansiering (Moher et al., 2009). Til slutt vil vedlegg 3 vise sjekklister over studienes kvalitet fra JBI.

4.2 Etske overveielser.

All forskning innenfor medisin og helsefag er lovregulert i Norge gjennom helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Etske prinsipper for medisinsk forskning i Norge og internasjonalt, bygger på Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen ble utarbeidet av World Medical Association (WMA) i 1964, revidert i 2013 og fremhever respekt for enkeltmennesket, prinsipp om medvirkning og fastslår forskerens forskningsetiske ansvar (The World Medical Association, 2020).

Forskning forholder seg til de generelle forskningsetiske retningslinjene vi har for forskningsetiske prinsipper og hensyn. Det bygger på respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet (Torp, 2019). Vår kunnskapsoppsummering benytter allerede eksisterende forskningsresultater hvor de forskningsetiske prinsipper har vært ivaretatt. Det er av den grunn ikke nødvendig for vår studie å søke ny godkjenning for bruk av data. Samtidig vil det være etisk viktig og styrke etterprøvarheten ved bruk av andres forskning, å sørge for god henvisningsskikk og unngå plagiat (C. Hølen et al., 2016). Søk og inklusjon av studier fulgte inklusjonskriteriene uavhengig av funn i artikler og styrker forskningsprosessens transparens. De inkluderte studiene er kritisk vurdert ved bruk av JBI sjekklister som også evaluerer det etiske aspektet ved den vurderte artikkelen (Joanna Briggs Institute, 2017). Vi avgrenset søket til studier fra fagfelleverderte tidsskrift. De fleste medisinske tidsskrift bruker Vancouverkonvensjonens anbefalinger for publisering av vitenskapelige artikler. Anbefalingene innebærer både etiske og praktiske råd til forfattere (Torp, 2019). Målet er å forebygge uredelighet, da dette undergraver troverdigheten i forskningen (Ruyter, 2018).

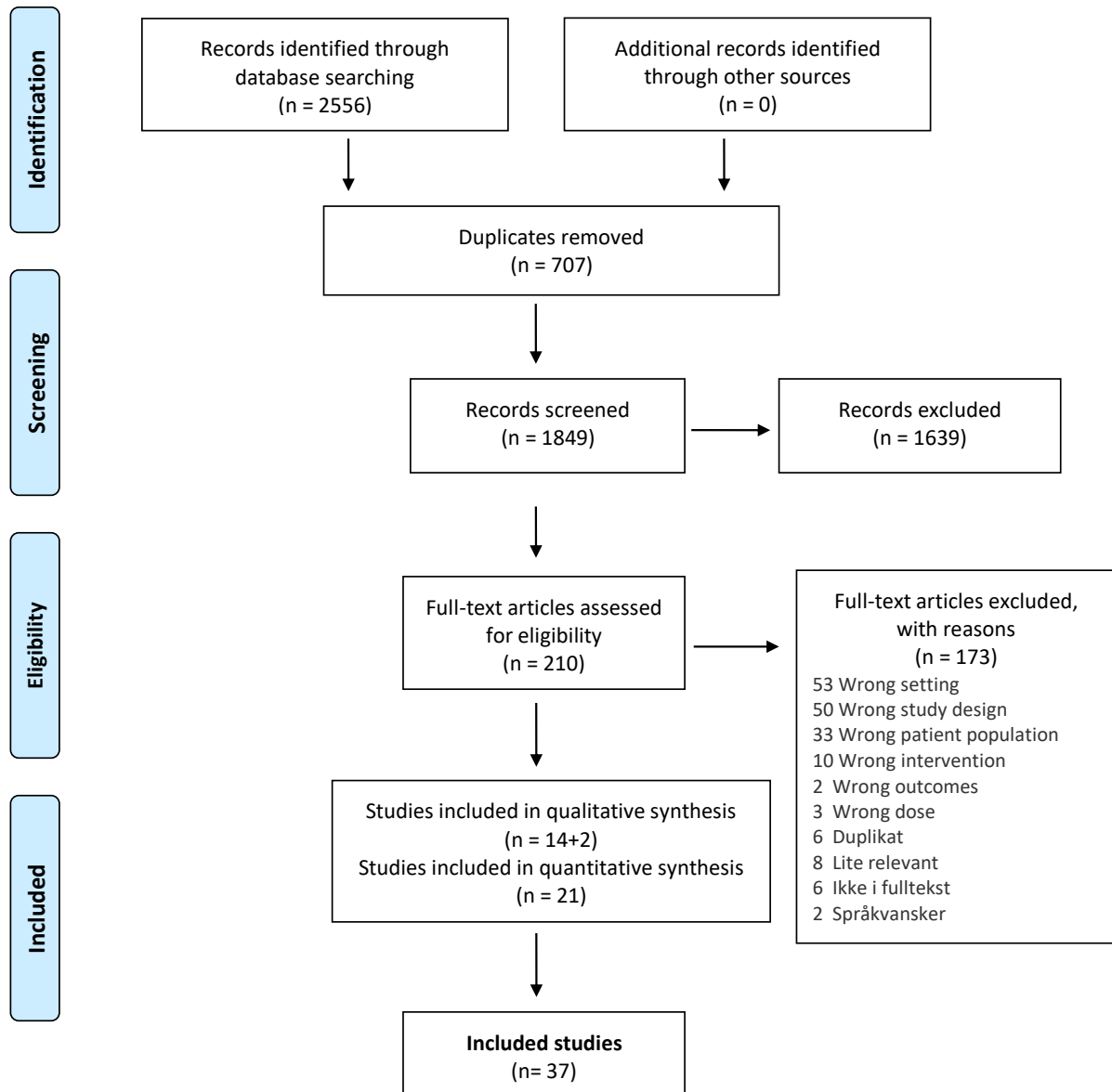
5.0 RESULTAT

Litteratursøket i de ulike databasene resulterte i 2556 studier. Av disse ble 707 duplikater fjernet av programvaren. Etter gjennomgang satt vi igjen med 210 unike studier for fulltekstsvurdering. Etter fulltekstgjennomgang ble 173 studier ekskludert for mangler i henhold til inklusjonskriteriene. Vi oppnådde konsensus på 37 studier (Fig. 2). Av det totale antall studier var 38% (n=14) kvalitative, 57% (n=21) kvantitative og 5% (n=2) mixed methods studier. Av de kvantitative studiene var $\approx 10\%$ (n=2) randomiserte kontrollerte studier, $\approx 57\%$ (n=12) kohortstudier, $\approx 29\%$ (n=6) tverrsnittstudier og $\approx 5\%$ (n=1) kvasiexperimentell studie. Fordeling landsmessig viste at 46% (n=17) av de inkluderte studiene var nordiske, fordelt mellom Sverige (n=14), Norge (n=1), Finland (n=1), og en samarbeidsstudie mellom Sverige, Danmark og Finland (n=1). Videre var 30% (n=11) av studiene fra øvrige land i Europa. Resterende 24% (n=9) studier var fra sammenlignbare land utenfor Europa, fordelt mellom USA (n=1), Canada (n=3) og Australia (n=5).

Det var totalt 8391 (n= 599 i kvalitative, 927 i mixed methods og 4027 i kvantitative studier) fedre i alderen ≥ 18 år, inkludert i studiene. Matrisen vi arbeidet med i dataanalysefasen ble videreutviklet til en oppsummeringstabell over de inkluderte studiene, vedlegg 4. Tabellen er inndelt etter metode hvor de kvalitative studiene er presentert først, deretter mixed methods og til slutt de kvantitative studiene, plassert tilfeldig etter hverandre.



PRISMA 2009 Flow Diagram



Figur 2 PRISMA flytskjema (Moher et al., 2009)

Basert på analysen av studiene trådte to hovedtema og seks tema frem. Første hovedtema «Fars søken etter mestring» ble naturlig inndelt i temaene «Fars forberedelse og tilknytning», «Fars følelsesmessige endringer», «Fars forhold til partner» og «Fars sosiale støtte». Videre ble andre hovedtema «Jordmor; en viktig støtte på veien» inndelt i temaene «Jordmors kompetanse» og «Bli sett av jordmor». Hovedtema med tema er presentert som vist i tabell 4.

Tabell 4 Hovedtema og tema.

Hovedtema	Tema
Fars søken etter mestring	Fars forberedelse og tilknytning Fars følelsesmessige endringer Fars forhold til partner Fars sosiale støtte
Jordmor; en støtte på veien	Jordmors kompetanse Bli sett av jordmor

5.1 Fars søken etter mestring.

Første hovedtema «Fars søken etter mestring» bestod av fire temaer. Første tema «Fars forberedelse og tilknytning» omhandlet fars egne behov for å bli klar til farsrollen hvor trygghet, tanker og forestillinger om, og tilknytning til det kommende barnet kom frem, samt det å ha strategier tilgjengelig og avklare egne og andres forventninger. Andre tema «Fars følelsesmessige endringer», omhandlet de følelsesmessige endringene i transisjonen til farsrollen som for de fleste er en positiv prosess, mens for noen kan fremkalle bekymringer og engstelse til depressive symptomer og angst. Tredje tema «Fars forhold til partner» omhandlet hvordan partner er en del av, og påvirker utviklingen av farsrollen. Å være en støtte, ta ansvar og være deltakende ble fremhevet under dette temaet. Fjerde tema «Fars sosiale støtte» omhandlet funn på hvordan det sosiale nettverket spiller inn i livsovergangen mot farsrollen.. Funn under hvert tema ble kodet kun en gang, og under sitt tema. Det vil under hvert tema

først bli redegjort for kvalitative funn, dernest de kvantitative. Flere studier har bidratt med funn under flere temaer.

5.1.1 Fars forberedelse og tilknytning

Fars forberedelse og tilknytning til barnet ble omtalt i 93% (n=13) av de kvalitative studiene og i begge to mixed methods studiene. Til sammen deltok 1471 fedre i disse studiene. Nordiske studier utgjorde 60% (n=9). Av de kvantitative studiene omtalte 29% (n= 6) temaet, hvorav fire kohortdesign og to tverrsnittdesign. Hovedvekten av studiene var europeiske, 86% (n=6) og 1818 fedre deltok. De kvalitative funnene vil bli presentert først, deretter de kvantitative. Hovedfunn med betydning for fars forberedelse og tilknytning er i tillegg presentert i tabell 5.

Tabell 5 Fars forberedelse og tilknytning

Tema	Kvalitative funn		Kvantitative funn	
	Fars forberedelse og tilknytning:	Hva uttrykker far han trenger:	Fars forberedelse og tilknytning:	Innvirkende faktorer:
Fars forberedelse og tilknytning	Behov for tid		Forestilling av barnet, balansert/ ikke-balansert	Personlighetsegenskaper
			Tilknytning til barnet, kvalitet/ intensitet	Paritet
	Parforholdskvalitet			
	Angstsymptomer			
	Alder			
	Paritet			
	Depressive symptomer			
	Gjensidig påvirkning			
	Prenatal forestilling			
			Mestringstro	Angstsymptomer
			Parforholdskvalitet	
	Erfaringsutveksling med andre fedre			
	Parsamhandling			
Avklare forventninger til egen rolle	Lære av andre			
Behov for kunnskap og informasjon				
Være på lag med partner	Parforholdskvalitet			

Begrepet «å forberede seg» innebar å kjenne på trygghet i den nye farsrollen og å være forberedt følelsesmessig og rent praktisk. Det var også et behov for forberedelse til fødsel og den første tiden med barnet (Persson, Fridlund, Kvist, & Dykes, 2012; Margareta Widarsson, Kerstis, Sundquist, Engström, & Sarkadi, 2012; Åsenhed, Kilstam, Alehagen, & Baggens, 2014). Fedre opplevde det å vite hva de skulle forberede seg på og hva de skulle spørre om som vanskelig, nettopp fordi det var første gangen eller at det var umulig å kjenne seg forberedt før barnet ble født (Darwin et al., 2017; Huusko, Sjöberg, Ekström, Hertfelt Wahn, & Thorstensson, 2018; Jeffery, Luo, Kueh, Petersen, & Quinlivan, 2015; Kowlessar, Fox, & Wittkowski, 2014). Andre fedre kjente på press og stress i ønsket om å gjøre alt riktig (Johansson, Thomas, Hildingsson, & Haines, 2016). Pilkington og Romanov (2015) fant i sin bloggstudie at 5% (n=21) av fedrene, både første- og flergangsfedre i første trimester uttrykte seg uforberedt til det å skulle bli far. Fedre uttrykte ulike behov for tid til å tilpasse seg den nye rollen, hvor noen brukte store deler av svangerskapsperioden. Flergangsfedre hadde i utgangspunktet raskere forberedelse til den nye farsrollen enn førstegangsfedre, men for noen kunne komplikasjoner i tidligere svangerskap og fødsler komplisere forberedelsen (Fenwick, Bayes, & Johansson, 2012).

Mangel på informasjon og tiltak rettet direkte mot fedre, ble oppgitt som en årsak til manglende forberedelse (Darwin et al., 2017). En metode som fedre så var til hjelp var å forberede seg “på lag” med partneren og som gjorde overgangen til livet med barnet enklere (Margareta Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg, & Hammar, 2015). Deltakelse på rutineultral lyd ble nevnt som viktig i forberedelsen og tilknytningen til barnet, samt høre hjerteslagene og kjenne barnet sparke (Fenwick et al., 2012; Åsenhed et al., 2014).

Strategier ble sett på som planer som ga tro på å lykkes på veien til mestring med et samtidig ønske om å unngå feilene som sine egne fedre hadde gjort, og utvikle sin egen rolle (Darwin et al., 2017; Åsenhed et al., 2014). Fedre uttrykte at å finne de riktige strategiene ikke alltid var like lett:

“Where task-oriented strategies to tackle the sources of stress were deemed unavailable or inadequate, men managed their feelings of stress in practical ways, with mixed success” (Darwin et al., 2017).

Strategier som ble nevnt å være til hjelp, var aksept for at fullstendig kontroll ikke var mulig, men heller vite hvor man kunne finne informasjon og hjelp (Pålsson et al., 2017) Videre ble

det fremhevet at å lage en felles plan sammen med partneren og vite den andres preferanser og forventninger var en strategi i forberedelsen. Å møte og diskutere med andre vordende fedre var sett på som en fruktbar strategi (Johnsen, Stenback, Halldén, Crang Svalenius, & Persson, 2017; Pålsson et al., 2017).

Forventninger til egen rolle som kommende forelder kunne oppleves som press hvor fedrene skilte mellom egne forventninger til å være en god forelder og andres forventninger til dem med krav om å gi riktig oppdragelse til barnet (Ives, 2014; Johansson et al., 2016; Pålsson et al., 2017). For å håndtere presset fant fedre hjelp i å senke egne ambisjoner og lære av andre:

“Lowering their own ambitions, goals and demands was considered helpful in dealing with pressure caused by expectations. Observing other parents or being advised by people they trusted, such as relatives, friends and professionals, helped to form a picture of what lay ahead and to balance the demands.” (Pålsson et al., 2017).

Kvantitative funn av fedres forestillinger av barnet prenatalt både utdyper og nyanserer de kvalitative funn, og fedres forestillinger ble påvirket av ulike variabler. Med forestilling av barnet mentes den «mening» det kommende barnet subjektivt hadde for fedrene, deres oppfatninger og forventninger til barnet og dens fremtid (Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Forestillinger fedre hadde, ble kategorisert i balansert eller ikke- balansert gruppe ved hjelp av det psykologiske kartleggingsverktøyet WMCI (The Working Model of the child Interview). Fedre i den ikke- balanserte gruppen hadde enten uengasjert forestilling av barnet eller forvrengt (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, & van Bakel, 2014; Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Fars prenatale forestilling av barnet var signifikant ulik fra mor ($p < .001$). Mor hadde oftere balansert forestilling, og far oftere ikke-balansert forestilling (Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Av fedrene med ikke-balansert forestilling prenatalt utviklet 50% ($n = 69$) av disse en balansert forestilling postnatalt (Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, et al., 2014). Variabelen parforholds kvalitet ga statistisk signifikans ($p = .02$) mellom forbindelsen dårlig parforholds kvalitet og fars prenatale forestilling av barnet (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016). Depressive følelser som variabel, opp mot fedrenes forestilling av barnet prenatalt viste ingen signifikant forbindelse (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016). Oddsen for å ha balansert forestilling var lavere for flergangsfedre ($OR = 0.45$, $CI (0.26-0.77)$) sammenliknet med førstegangsfedre (Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, et al., 2014).

Fedres grad av tilknytning til barnet var høyere postnalt enn prenatalt ($p=.005$) (Luz, George, Vieux, & Spitz, 2017). Prenatal tilknytning ble målt på intensitet (fars tidsbruk på tanker rundt barnet) og kvalitet (følelsesmessig). Parforholdskvalitet som variabel viste effekt med tanke på intensitet ($p=.001$), men ingen signifikans i forhold til kvalitet (Göbel et al., 2019). Samtidig fant Vreeswijk et al (2014) at tilknytning prenatalt var negativt korrelert både med depressive følelser ($p<.01$) og angstsymptomer hos fedre ($p<.01$). I Vreeswijk et al. (2014), hvor gjennomsnittsalderen blant fedrene ($n=243$) var 34 år, viste yngre alder i likhet med å være førstegangsfar signifikant samsvar med høyere skåre på prenatal tilknytning både i intensitet og kvalitet. Flergangsfedre kjente seg følelsesmessig mindre positive ($p=.047$) til å bli far igjen enn førstegangsfedre (Johansson et al., 2016), men i Göbel et al. (2019) hadde paritet ingen sammenheng i forhold til tilknytning kvalitetsmessig. Fars tilknytning til barnet prenatalt hadde påvirkning på både egen ($p<.05$) og mors ($p=.02$) tilknytning til barnet postnalt. Samtidig påvirket fars tilknytning til barnet prenatalt samhandlingsalliansen med mor ($p<.01$) og parforholdskvaliteten prenatalt ($p<.001$). Mors prenatale tilknytning til barnet påvirket også hans tilknytning postnalt ($p<.001$) (Luz et al., 2017). Fars følelsesmessige tilknytning prenatalt og forestilling av barnet hang sammen (Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Disse funnene er i samsvar med hva de kvalitative funnene viste i fedres forberedelse til barnet.

“Behov for strategier” hadde i motsetning til i de kvalitative studiene, ingen kvantitative funn.

Tre studier omhandlet mestringstro til fars-/foreldrerollen. Fedres mestringstro ble styrket utover svangerskapet og økte frem til måling seks mnd post partum ($p\leq.001$). Angst både prenatalt og postnalt, var negativt korrelert til mestringstro i farsrollen ($p=.027$) (Pinto, Figueiredo, Pinheiro og Canario, 2016). I Johansson et al. (2016) oppga 30% ($n=243$) fedre ved to mnd post partum bekymring for ikke å mestre farsrollen. Fedres prenatale forventning til egen mestring var en prediktor for depressive symptomer en mnd post partum. Høy forventning til egen mestring ga lavere nivå av depresjon både ved en ($p=.003$) og fire mnd ($p=.048$) post partum (Gross & Marcussen, 2017). Depressive symptomer som utgangspunkt ga ingen utslag på fedres mestringstro, mens opplevelse av godt parforhold og støtte fra partner ga fedre høyere nivå av mestringstro i første trimester ($p<.001$) (Pinto et al., 2016).

5.1.2 Fars følelsesmessige endringer

Fars følelsesmessige endringer ble omtalt i 50% (n=8) av de kvalitative studiene hvor 534 fedre deltok. Europeiske studier utgjorde 75% (n=6) av materialet, fordelt på fire nordiske og to fra Storbritannia. Australia utgjorde de resterende to studier. Av de kvantitative studiene omhandlet 52% (n=11) følelsesmessige endringer. Materialet utgjorde to RCT, syv kohort- og to tverrsnittstudier hvorav 73% (n=8) var europeiske, og fem nordiske. 5157 fedre deltok. De kvalitative funnene vil bli presentert først, deretter de kvantitative. Hovedfunn med betydning for fars følelsesmessige endringer er i tillegg presentert i tabell 6

Tabell 6 Fars følelsesmessige endringer

Tema	Kvalitative funn		Kvantitative funn	
	Fars følelsesmessige endringer:	Hva uttrykker far han trenger:	Fars følelsesmessige endringer:	Innvirkende faktorer:
Fars følelsesmessige endringer	Ambivalens: Uro og bekymringer/ Positive følelser, kjenne på indre vekst	Å bli spurt		
		Aksept og anerkjennelse		
	Tilpasse seg farsrollen, opplevelse av stress	Partnerstøtte	Bekymringer for foreldreskapet	Paritet
		Sosial støtte		Utdanningsnivå
				Økonomi
				Negative følelser for svangerskapet, fødsel og den postnatale perioden
				Parforholdskvalitet
				Tidligere psykisk uhelse
				Lav sosial støtte
				Alvorlig øk. Bekymringer
Tidligere uheldige livshendelser				
Egen partners depressive symptomer				
Angstsymptomer	Alder < 28 år	Post partum: Lavt utdanningsnivå	Tidligere angstrelatert psykisk uhelse	

Fenwick et al (2012) viste at hovedvekten av fedrene hadde en ambivalent førstereaksjon og kunne føle på skyld over disse “feile” tankene. Åsenhed, Kilstam, Alehagen og Baggens (2014) beskrev ambivalensen som en spenning mellom positive og negative følelser med behov for å gjøre seg familiær med tanken på at de skulle bli fedre. Uro for fremtiden og for at livet ble endret “for alltid” var vanlig hos fedrene. Videre kunne de kjenne på uro for

karrieren og økonomien, usikkerhet for om forholdet til partner ville endre seg og bekymringer for partnerens helse i svangerskapet (Fenwick et al., 2012). Fedrene uttrykte bekymringer for farsrollen og for mors helse i alle trimestrene i Pilkington og Romanov (2017) sin blogginnleggstudie. Av andre bekymringer var frykten for å miste barnet den mest vanlige i de to første trimestrene, mens det i tredje trimester var bekymringer rundt den kommende fødselen som dominerte. Å ha tanker om å ikke skulle strekke til som fedre kunne gi bekymring, og ble styrket dersom de kjente på manglende kunnskap og erfaring (Kowlessar et al., 2014; Åsenhed et al., 2014). Noen fedre opplevde at de følelsesmessige indre konfliktene returnerte tilbake mot slutten av svangerskapet hvor de kjente på lyst til å rømme fra alt (Åsenhed et al., 2014). Andre fedre kjente derimot på prosessen som en vekst, en indre forandring om lyst til å være en rollemodell (Johnsen et al., 2017).

Fedrene ønsket å bli anerkjent for at også de, som mødrene, kunne kjenne på følelsesmessige endringer og økt følsomhet i svangerskapet. De ønsket mer kunnskap om at også de kan få postnatal depresjon. Å kjenne på depressive følelser og vedkjenne seg dem ble samtidig uttrykt som et tabu (Pålsson et al., 2017). I Darwin et al (2017) hvor fedre ble intervjuet om deres prenatale mentale helse, ble det uttrykt en taus aksept for eksistensen av paternalt stress hvor det var en tendens til at fedrene minimerte vanskelighetene sine. Helst valgte fedrene å bruke begrepet stress istedenfor mental uhelse eller depressive følelser, fordi de ikke var sikker på om det var legitimt å ha slike følelser og om de hadde rett til anerkjennelse og støtte fra andre. De ønsket på en side at helsepersonell skulle spørre dem om deres mentale helse på lik linje med mor, men på den andre siden tenkte de at mors mentale helse var viktigst. Hovedvekten av fedrene som rapporterte stress, tidfestet følelsen til den første tiden med barnet, og vansker med å tilpasse seg den nye farsrollen. Å ha sosialt nettverk som støtte var regnet som viktig for fedrenes mentale helse hvor partnerens støtte var sett på som den viktigste, deretter familie og venner. Videre, var partnerens støtte og deres samarbeid viktig for opplevelsen av mestring i farsrollen (Darwin et al., 2017). Enkelte flergangsfedre kunne oppleve angst for at tidligere erfaringer hvor partneren hadde opplevd komplikasjoner i svangerskapet skulle skje igjen (Fenwick et al., 2012).

Kvantitative funn fremhevet også at bekymringer i forhold til utfordringer rundt foreldreskap ble rapportert av 30% (n= 248) av fedrene i andre trimester (Thomas, Bonér, & Hildingsson, 2011). Av fedre som kjente på bekymringer og negative tanker i forhold til det å skulle få et barn, var det en sannsynlighet for at de ventet sitt første barn ($p < .001$) og hadde utdanning på

universitetsnivå ($p < .001$). Disse fedrene hadde to- tre ganger høyere sjanse for å kjenne på bekymringer rundt foreldreskap enn de med lavere utdanning eller flergangsfedre. Bekymring for økonomi var en annen faktor som ga økt sannsynlighet for negative tanker rundt foreldreskapet ($p < .001$). Fars sivile status utgjorde ingen forskjell. Støtte fra egen partner var ikke signifikant i svangerskapet, men etter fødselen var manglende støtte en faktor for bekymringer i forhold til foreldreskap ($p = .016$) (Thomas et al., 2011).

Fire studier omhandlet depressive symptomer prenatalt og postnatalt. Depressive symptomer ble målt ved hjelp av kartleggingsverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) hvor cut off ≥ 10 er anbefalt grense for menn (Matthey, Barnett, Kavanagh, & Howie, 2001). Mellom 10-14% av fedrene hadde depressive symptomer i svangerskapet og to mnd post partum basert på denne kartleggingen (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Da Costa et al., 2019; Da Costa et al., 2015). I Bergström (2013) som var en sekundær analyse med data hentet fra en RCT, hadde 10% av fedrene depressive symptomer tre mnd post partum. Bekymringer var en påvirkende faktor på parforholdstilknytningen prenatalt ($p < .05$) (Luz et al., 2017).

Samtidig hadde en dårlig parforholdskvalitet en signifikant sammenheng med depressive symptomer hos far prenatalt (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Da Costa et al., 2015). Andre faktorer var tidligere egen psykisk uhelse ($p < .01$), lav opplevelse av sosial støtte, alvorlige økonomiske bekymringer ($p < .05$), større belastende livshendelser i fortid ($p < .001$) og partner med egne depressive symptomer ($p < .001$) (Bergström, 2013; Da Costa et al., 2015).

Innvirkende faktorer til depressive symptomer postnatalt var blant annet lav inntekt, lavt utdanningsnivå og dårlig parforholdskvalitet. I tillegg, ga alder < 28 år dobbel risiko for depressive symptomer enn for fedre > 28 år (OR 2.55; 95% CI 1.50-4.55) (Bergström, 2013). Det var en signifikant sammenheng for depressive symptomer mellom foreldrene fire uker postnatalt ($p < 0.001$), men depressive symptomer var likevel vanligere hos mødre enn fedre både i tredje trimester ($p < 0.001$) og fire uker postnatalt ($p < 0.001$) (Gürber, Baumeler, Grob, Surbek, & Stadlmayr, 2017). Fedre med høy skåre på depresjonssymptomer prenatalt hadde øket sannsynlighet for dårligere fødselsopplevelse ($p < .05$) og syv ganger mer sannsynlighet for depressive symptomer ved 2 mnd post partum (Da Costa et al., 2019). Angstsymptomer tidlig i svangerskapet var assosiert med depresjon og angst videre i svangerskapet ($p < .05$) (Wee, Skouteris, Richardson, McPhie, & Hill, 2015). Fedre med angstsymptomer viste lavere nivå av mestringstro til farsrollen både i første trimester ($p = .002$) og ved seks mnd post partum ($p = .0027$) (Pinto, Figueiredo, Pinheiro, & Canário, 2016). Bergström, Rudman, Waldenström og Kieler (2013) undersøkte om tilretteleggelse av foreldreforbereende kurs

med fokus på far hadde effekt på reduksjon av angst/engstelse og depressive symptomer sammenliknet med kontroll. Resultatene fra studien viste at fedrene med fødselsangst i intervensjonsgruppen hadde lavere risiko for å oppleve fødselen traumatisk (OR 0.30; CI 0.10-0.95) og føle seg uforberedt (OR 0.20; 95% CI 0.05-0.86), enn de med fødselsangst i kontrollgruppen.

5.1.3 Fars forhold til partner

Forholdet til partner ble omtalt i 94% (n= 15) av de kvalitative studiene hvor 1426 fedre deltok. Nordiske studier utgjorde 67% (n=10) av materialet. Av de kvantitative studiene utgjorde 22% (n=6) funn som omhandlet «Forhold til partner», hvorav fire kohort og to tverrsnittstudier. Det var ingen nordiske studier, men 67% (n=4) var europeiske. Totalt deltok 528 fedre. De kvalitative funnene vil bli presentert først, deretter de kvantitative. Hovedfunn med betydning for forhold til partner er i tillegg presentert i tabell 7.

Tabell 7 Kvalitative og kvantitative funn på fars forhold til partner.

Tema	Kvalitative funn		Kvantitative funn			
	Fars forhold til partner:	Hva uttrykker far han trenger:	Fars forhold til partner:	Innvirkende faktorer:		
Fars forhold til partner	Følelse av utenforskap	Kunnskap om parforholdet				
	Parforholdet er viktig					
	Følelse av å ikke strekke til					
	Være en støtte for hjerne	Være aktiv deltakende og involvert				
	Kjemme seg viktig for barnet	Ta ansvar				
	Ansvar for farsrollen					
	Beskytte					
					Mestringstro, pre- og postnatalt	Angstsymptomer
					Opplevelse av stress	Grad av støtte fra partner og opplevelse av samarbeid
					Prenatal involvering	Ekteskapelig status, og fars forhold til egen mor

Fedre kjente på en følelse av utenforskap selv om de var sammen om graviditeten (Åsenhed et al., 2014). De erfarte at partneren endret seg følelsesmessig og det kunne være utfordrende å finne nye måter å støtte på (Darwin et al., 2017). Dette ble enda vanskeligere dersom de selv var bekymret (Åsenhed et al., 2014). Samtidig ble partner enda viktigere for fedrene under svangerskapet, og de ønsket å bli en god far hvor det å være en god partner og ta vare på parforholdet var sett på som en del av rollen (Darwin et al., 2017; Margareta Widarsson et al.,

2015). Det var forståelse for at det ville bli mindre tid til parforholdet og at god kommunikasjon mellom dem var avgjørende (Pålsson et al., 2017). Å jobbe med parforholdet var nøkkelen (Kowlessar et al., 2014). Det å snakke om barnet, være fysisk nære og stryke på magen kjente fedrene styrket parforholdet (Johnsen et al., 2017).

Fedre så på sin partner som hovedpersonen i svangerskapet (Ives, 2014). Å være en støtte for henne, være deltakende og sikre at hun hadde det bra i svangerskap og i fødsel, var viktig for fedrene og sett på som en del av det å skulle bli far (Fenwick et al., 2012; Huusko et al., 2018; Persson et al., 2012). De hadde et behov for å beskytte og være der for henne (Darwin et al., 2017; Johnsen et al., 2017; Persson et al., 2012). Samtidig opplevde fedre at de ikke evnet å strekke til og at de manglet kunnskap om partnerrollen under svangerskap (Ives, 2014; Johnsen et al., 2017). Det var vanskelig å vite hvordan de kunne støtte og kjente på dårlig samvittighet for ikke gjøre nok (Solberg & Glavin, 2018; Margareta Widarsson et al., 2012).

Fedre kjente dyp ansvarsfølelse for farsrollen og så seg selv som viktig for barnet (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010; Johansson et al., 2016). De ønsket å ta ansvar ved å vise interesse og delta fra tidlig svangerskap (Persson et al., 2012) og så på "den nye farsrollen" som likedelt samarbeid og aktiv deltakelse pre- og postnatalt (Ives, 2014; Persson et al., 2012). Noen fedre, selv om de uttrykte ønske om involvering, beskrev partner som den med hovedansvaret og de gjorde bare det de fikk beskjed om (Margareta Widarsson et al., 2015). Fedrene ekskluderte seg selv og tenkte det var best for barnet fordi de trodde de ikke kunne møte behovene til den nyfødte (Huusko et al., 2018). Andre mente at å være tett på mor og barn postnatalt ville styrke forholdet til partner og til barnet på lang sikt (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010).

Av kvantitative funn var det ingen studier som hadde fokus på hvordan far spesifikt kan være støtte for mor. Partner var den viktigste støtten gjennom svangerskapet for 83% (n=40) av fedrene i Forsyth, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom (2011). Opplevelse av partnerstøtte viste samsvar med foreldres mestringstro ved målepunkter både prenatalt ($p < .001$) og postnatalt ($p < .05$) og opplevelse av samarbeid ($p < .01$) (Luz et al., 2017; Pinto et al., 2016). Mor og far var avhengig av hverandres støttenivå som igjen påvirket hverandres stressnivå postnatalt ($p < .05$) (Gillis, Gabriel, Galdiolo, & Roskam, 2019). Fedre som involverte seg prenatalt, hadde større sannsynlighet for å engasjere seg postnatalt ($p < .001$). For samboende fedre var prenatal ($p < .001$) involvering og postnatal ($p < .001$) engasjering assosiert med positiv opplevelse av nært forhold til egen mor i egen oppvekst. Hos gifte menn

var det ingen signifikant assosiasjon. Fedres forhold til egen far var ikke avgjørende ($p=.63$) (Bouchard, 2012). Høy involvering var i tillegg relatert til god parforholdskvalitet (Kuljanić, Dorčić, Bistrotić, & Brnčić-Fischer, 2016).

5.1.4 Fars sosiale støtte

Sosial støtte ble omtalt i 31% ($n=5$) av de kvalitative studiene hvor 77 fedre deltok. Nordiske studier utgjorde 80% ($n=4$) av materialet. To kvantitative studier fra Sverige og Canada presenterte funn vedrørende sosial støtte. Disse utgjorde 7% og bestod av en tverrsnitt- og en kvasiekperimentell studie med 861 fedre. De kvalitative funnene vil bli presentert først, deretter de kvantitative.

Tabell 8. Kvalitative og kvantitative funn, fars sosiale støtte.

Tema	Kvalitative funn		Kvantitative funn	
	Fars sosiale støtte	Hva uttrykker far han trenger:	Fars sosiale støtte	Innvirkende faktorer:
Fars sosiale støtte	Kilde til informasjon	Partner, den viktigste kilden		
		Familie og venner med barn		
	Hjelp i utviklingen av farsrollen	Internett og sosiale medier		
		Foreldreforbereidende gruppe		
		Depressive symptomer, ref. 5.1.1.2	Lav sosial støtte	
		Opplevelse av økt sosial støtte	Gruppeundervisning i svangerskapsomsorgen	

For fedre var venner med barn en viktig kilde for informasjon. Å få høre deres erfaringer og råd var en hjelp i styrking av farsrollen, likeså familie og kollegaer (Darwin et al., 2017; Huusko et al., 2018; Johnsen et al., 2017; Margareta Widarsson et al., 2012). Partner var likevel den de først spurte til råds (Margareta Widarsson et al., 2015). En annen kilde for sosial støtte var internett og sosiale medier (Huusko et al., 2018; Margareta Widarsson et al., 2015). Foreldreforbereidende grupper hvor det var anledning til å bli kjent med andre fedre ble fremhevet som positivt. Det å ha dialog og diskusjon og gjerne fedrene sammen alene, dekket et behov for å høre andres tanker og refleksjoner lik de som de selv hadde. Det ga en følelse av å ikke være alene (Huusko et al., 2018; Margareta Widarsson et al., 2012).

Kvantitative funns opplevelse av lav sosial støtte var assosiert med depressive symptomer i svangerskapet, ref kap. 5.1.2 Fars følelsesmessige endringer s 26. Å være deltakende i

svangerskapsomsorg hvor deler av oppfølgingen foregikk i grupper ga økt sosial kontakt med andre foreldre ($p < .000$) (Andersson & Small, 2017).

5.2 Jordmor; en viktig støtte på veien.

Basert på vår analyse fremkom to temaer under andre hovedtema: Jordmor; en viktig støtte på veien. Første tema «Jordmors kompetanse» omhandlet behov fedre hadde for jordmors kompetanse. Under dette temaet er funn angående foreldreforberedende grupper presentert. Andre tema «Å bli sett av jordmor» omhandlet behovet fedre hadde for å bli involvert og inkludert som egen person i transisjonen til farsrollen. Det vil under hvert tema først bli redegjort for kvalitative funn, dernest de kvantitative. Kvalitative og kvantitative funn er vist i tabell hvor begge temaene er samlet under ett.

Tabell 9 Kvalitative og kvantitative funn, jordmor; en støtte på veien

Tema	Kvalitative funn		Kvantitative funn	
	Jordmor; en støtte på veien	Hva uttrykker far han trenger:	Jordmor; en støtte på veien	Innvirkende faktorer:
Jordmors kompetanse Bli sett av jordmor	Troverdig og kunnskapsrik	En veileder gjennom svangerskapet		
	En støtte i foreldreforberedelsen	Foreldreforberedelse, tilrettelagt for begge		
	Trygghetsskaper	Kjenne trygghet		
	Usikker på egen rolle			
	Opplevelse av å bli satt i bås	Føle seg inkludert		
	Kjenne seg usynlig og ekskludert	Kjenne seg involvert og engasjert		
	Opplevelse av å ikke bli sett som en individuell	Kjenne individuell støtte		
		Paritet		
		Alder		
		Psykisk helse		
		Økonomi		
			Planlagt/uplanlagt svangerskap	

5.2.1 Jordmors kompetanse

Fedres behov for jordmors kompetanse ble omtalt i 75% (n=12) av de kvalitative studiene hvor 161 fedre deltok. Nordiske studier utgjorde 75% (n=9), resterende studier var fra Storbritannia. To kvantitative studier (7%) omhandlet fedres behov for jordmors kompetanse og bestod av en tverrsnitt- og en kvasiekseptimentell studie. Begge studiene var fra Sverige og 1160 fedre deltok.

Fedrene uttalte at de var fornøyde med oppfølgingen i svangerskapsomsorgen i den forstand at mor og barn ble vel ivaretatt og hjalp dem som kommende foreldre å forstå svangerskapet (Ives, 2014; Margareta Widarsson et al., 2012). De så på jordmor som kunnskapsrik og troverdig og ga fedrene trygghet (Pålsson et al., 2017; Solberg & Glavin, 2018). Både mor og far brukte internett for å søke informasjon om graviditet. Fedre uttrykte at informasjonen var overveldende, men anså jordmor som riktig person til å veilede dem i hvilke kilder som var til å stole på (Margareta Widarsson et al., 2012). Fedrene ønsket at jordmor var proaktiv i sin veiledning. Ikke bare spørre hva de ville vite, men være aktivt veiledende mot den informasjonen de trengte (Pålsson et al., 2017). Samtidig ønsket de individuell støtte på psykososiale og følelsesmessige forhold:

“You have different needs, and you are different as people and different people have different needs. I would have probably needed more support than I feel I’ve had” (FGI, first-time expectant father) (Margareta Widarsson et al., 2012).

Informasjon og støtte gitt direkte til dem begge, opplevde fedrene ga dem begge en trygghet, og dersom de kjente seg utrygge var det bare å spørre (Huusko et al., 2018; Pålsson et al., 2017). Mange fedre opplevde et stort behov for kunnskap om svangerskapet og foreldrerollen for selv om det var mor som var gravid, skulle de begge bli foreldre (Darwin et al., 2017; Huusko et al., 2018). De uttrykte blant annet behov for informasjon om hvordan de kunne forberede seg til den første tiden med barnet gjennom realistisk, problemløsningsorientert, men også følelsesmessig fokusert informasjon, som ga dem mulighet til å være en støtte for mor (Darwin et al., 2017; Pålsson et al., 2017; Åsenhed et al., 2014). De kjente behov for å snakke med jordmor på tomannshånd tema som angikk dem spesifikt, som forberedelse til farsrollen, psykisk helse og hvordan de kunne være en god støtte for mor og barn (Huusko et al., 2018; Solberg & Glavin, 2018). Fedre ønsket å delta på svangerskapskonsultasjonene,

både for å vite hvordan det gikk med babyen, men også være en støtte for partner og få vite hvordan de best kunne støtte henne gjennom svangerskapet og fødsel (Huusko et al., 2018). Samtidig var de redd for å ta fokus bort fra mor som hovedperson og den viktigste (Darwin et al., 2017).

Å delta på foreldreforberedende gruppe opplevde fedrene styrket den felles foreldreforberedelsen. Far ønsket å kjenne seg involvert (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010; Kowlessar et al., 2014), og ha ulike tema som favnet begge behov var sett på som viktig for dette. Noen tema som fedrene anså som viktige, var den første tiden etter fødselen med barnet, samt fokus på en likestilt foreldrerolle mellom mor og far og med felles ansvar fra første stund (Persson et al., 2012). Fem kvalitative studier omtalte foreldreforberedende grupper hvor det var avsatt tid til egen fedregruppe. I disse sesjonene ble det tatt opp tema rettet mot dem, og de kunne diskutere og dele erfaringer med hverandre. Dette ble ansett av fedrene som nyttig bruk av tid (Darwin et al., 2017; Huusko et al., 2018; Johnsen et al., 2017; Persson et al., 2012; Margareta Widarsson et al., 2012).

“Yes, I got a lot out of it (special lecture for fathers-to-be). I got nothing like that out of the usual parenthood classes” (Persson et al., 2012).

Å treffe andre fedre var for mange viktig i disse gruppene og sett på som en støtte og styrke (M. Widarsson et al., 2013; Margareta Widarsson et al., 2015). På den andre siden opplevde noen fedre det som tvungent å dele med andre de nettopp hadde møtt, og ønsket heller å benytte egne ressurser (Darwin et al., 2017; Johnsen et al., 2017). Fedrene kjente seg forberedte til den normale fødselen, men lite dersom det kom til komplikasjoner. Fedrene savnet informasjon om hva som var viktig og riktig støtte i forhold til mor og barn. Å vite dette for både ham og henne, mente fedrene var viktig for deres begges opplevelse av trygghet (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010).

De kvantitative funnene viste at fedre i møte med svangerskapsomsorgen hadde høyest forventning til at mors og barnets helse ble ivaretatt, hvorav 81% (n=507) hadde høyest forventning til ivaretagelse av mors helse og 85% (n=535) til at barnets helse ble ivaretatt. Dette var i samsvar med de kvalitative funnene. Fedre hadde lavere forventninger til å motta informasjon om svangerskapet og om fødselen, hvor 38% (n=238) hadde forventninger til informasjon rundt svangerskapet og 40% (n=251) til informasjon om fødselen 40% (n=251). Det var lavest forventning til oppmerksomhet rundt egen psykisk helse, hvor kun 7% (n=44)

hadde forventninger til dette. Det var en signifikant sammenheng mellom grad av forventninger og sosiale faktorer, som å være førstegangsfar, alder mellom 26-36 år, at planlagt svangerskapet og at far hadde god mental helse samt trygg økonomi (Andersson, Norman, Kanlinder, & Plantin, 2016).

Gruppebasert svangerskapsoppfølging hvor fødselsforberedende opplæring var integrert ga større deltakelse av fedre enn i standard omsorg ($p < .000$) og økt sosial kontakt med andre foreldre ($p < .000$) (Andersson & Small, 2017). I forhold til å delta på ordinære foreldreforberedende grupper var forventningene til gruppen 15% ($n=94$) og å stifte bekjentskap med andre 7% ($n=44$) (Andersson et al., 2016).

5.2.2 Bli sett av jordmor

«Å bli sett» av jordmor innebar behovet for å kjenne seg involvert og inkludert som en individuell. Dette temaet ble omtalt i 69% ($n=11$) av de kvalitative studiene hvor 237 fedre deltok. Nordiske studier utgjorde 50% ($n=8$). Resterende studier var fra Storbritannia og Australia. To kvantitative studier fra Sverige og Australia omtalte tema. De utgjorde 7% og bestod av en kohortstudie og en tverrsnittsstudie med 727 fedre.

Fedre ønsket å bli inkludert som en selvstendig person med fokus på egen rolle, men opplevde i konsultasjonen at de ikke ble snakket direkte til og heller ikke ble invitert inn i samtalen (Fenwick et al., 2012; Johnsen et al., 2017; Solberg & Glavin, 2018). De følte seg ofte satt i bås (Fenwick et al., 2012).

“Yet when the father accompanied his partner on these visits, he did not feel welcome, since the information and communication was directed at the mother.” (Margareta Widarsson et al., 2015)

Noen fedre følte seg ikke alltid velkomne. Andre kjente seg velkomne, men likevel usynlige og ekskludert (Huusko et al., 2018; Margareta Widarsson et al., 2015). De kjente seg usikker på egen rolle og savnet støtte, selv om de samtidig kjente seg viktige som far for barnet (Huusko et al., 2018; Solberg & Glavin, 2018; Åsenhed et al., 2014). De ønsket å bli snakket direkte til, for eksempel bli spurt om egen psykiske helse, situasjon og følelser (Solberg & Glavin, 2018). Å bli hørt og lyttet til, at deres individuelle behov og erfaringer og

bekymringer ble tatt på alvor, var viktig for dem (Persson et al., 2012). Gjennom å bli involvert opplevde de seg mer engasjert og kjente seg som bedre støtte for partneren i tillegg til å forstå bedre og få mer kunnskap (Huusko et al., 2018; Jeffery et al., 2015; Persson et al., 2012; Margareta Widarsson et al., 2012). Det å bli involvert av jordmor gjorde farsrollen mer virkelig (Johnsen et al., 2017).

Blant kvantitative funn oppga 37% (n= 230) av fedrene at de kjente seg involvert av svangerskapsomsorgen (Andersson et al., 2016). I forhold til forventninger om å bli møtt med respekt som en individuell, oppga 49% (n=299) positiv respons. Videre oppga førstegangsfedre prosentvis høyere forventninger enn flergangsfedre i forhold til å bli involvert. Jeffery et al (2015) undersøkte fars engasjement i svangerskapsoppfølgingen. Her kjente 17% av det totale antall fedre (n=17) seg engasjert. Blant fedre som var engasjert hadde overvekt utdannelse >12 år, hadde arbeid og samboende med partner. I tillegg var svangerskapet planlagt og fedrene opplevde konsultasjonene som meningsfulle.

5.3 Kvalitetsvurdering.

Metodisk kvalitet i de 16 studiene med kvalitativt innhold ble kritisk vurdert ut fra «checklist for qualitative research» (JBI Joanna Briggs Institute, 2020). Mixed methods studiene er kategorisert her. Generelt var de kvalitative studiene av moderat til god kvalitet, se vedlegg 3. Uklarheter angående forskers innflytelse gjennom sitt kulturelle og/eller teoretiske ståsted ble funnet i samtlige inkluderte studier. I 44% (n=7) av studiene forekom det manglende rapportering av forfatters påvirkning av analyseprosessen. De resterende 56% (n=9) var uklare på dette punktet.

I 56% (n=9) av studiene manglet en uttalelse som tydeliggjorde forholdet mellom forsker(e) og studiedeltakerne. Videre fant vi uklarheter knyttet til hvorvidt deltakernes stemmer var godt nok representert i 38% (n=6) av studiene. Med uklarheter mentes usikkerhet om de fremhevede deltakerstemmene var i et tilstrekkelig antall for å kunne konkludere. Disse studiene var til dels uklare i sine referanser, det kunne være en overvekt svar fra enkeltdeltakere eller manglende navngiving på sitat.

I kvalitetsvurderingen av de 21 studiene med kvantitativt innhold vurderte vi studiene i forhold til studiens design. Det var 9 % (n=2) av studiene som var kvalitetsvurdert som RCT.

Begge disse studiene var sekundære analyser av samme RCT. Kvalitet ble vurdert som moderat ut fra at utfallsmål ikke var tydelig beskrevet.

Den inkluderte studien med et kvasiekperimentell design ble vurdert etter korresponderende sjekklister (ref «kvalitetsvurdering»). utfordringer knyttet til stort frafall mellom de to undersøkelsestidspunktene ble funnet.

Blant kohortstudiene ble det i 71% (n=10) studier funnet frafall, 14% (n=2) var uklare og i 7% (n=1) studie ble ikke årsaker til frafall rapportert. Jevnt over var studiene av god kvalitet, se vedlagte sjekklister. I studien fra Vreeswijk et al (2014) var konfunderende faktorer uklart beskrevet.

Vurderingen av de 6 inkluderte tverrsnittstudiene var jevnt over av god kvalitet. Risiko for bias var relatert til manglende redegjørelse for konfunderende faktorer. Ingen studier ble ekskludert basert på kvalitetsvurderingen.

6.0 DISKUSJON

Målet for denne masterstudien har vært å oppsummere kunnskap knyttet til hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen.

Bakgrunnen for studien er de sosiale endringene som har skjedd i samfunnet hvor både mor og far som omsorgsgivere er blitt tydeliggjort som like viktige for barnets vekst og utvikling. Dette inkluderer en forståelse av far som en selvstendig person med egne behov i utvikling av sin forelderrolle og hvor hans prosess i likhet med mor, utvikler seg gjennom svangerskapet.

Vår systematiske litteraturgjennomgang av både kvalitative og kvantitative studier viste at fedrene underveis i svangerskapet trengte å forberede seg og kjenne trygghet, bli følelsesmessig klare til barnet skal komme, både få og være en støtte for partner samt behov for sosial støtte fra andre på sin vei mot farsrollen. Våre funn viste at parforholds- og kvaliteten hadde innvirkning, samt fars tidligere og nåværende psykiske helse. Videre hadde paritet, alder, utdanningsnivå og økonomi betydning for fars utvikling av farsrollen gjennom svangerskapet. Gjennomgående ble jordmor ansett som kunnskapsrik og troverdig, en fagperson som ga trygghet, og fedrene følte seg velkomne i svangerskapsomsorgen sammen med partneren sin. Samtidig kjente de seg ikke invitert inn som selvstendige individer og særlig funn fra de kvalitative studiene viste at fedre sjelden erfarte at jordmor fokuserte på deres unike farsrolle. Dette stod i kontrast til fedrenes egne oppfatninger om viktigheten av deres rolle som fedre for det kommende barnet, og sin og partners felles foreldrerolle. Våre funn indikerte at fedre kjente på en nødvendighet for fokus på seg som individuelle personer med psykososiale og følelsesmessige behov i utvikling av sin farsrolle, og de ønsket å bli involvert av jordmor i svangerskapet. Når fedrene opplevde seg involvert kjente de seg mer engasjert, som igjen gjorde at de støttet partneren sin bedre og gjorde farsrollen mer virkelig for dem.

Med utgangspunkt i problemstillingen er det naturlig å diskutere hovedtemaene «Fars søken etter mestring» og «Jordmor, en viktig støtte på veien» samlet. Dette er naturlig fordi fars egne ressurser på veien til mestring og hva far ønsker av jordmor, på mange måter henger sammen. Vi vil i diskusjonen rette fokus mot de funn som fører frem til svar på vår problemstilling; hvordan jordmor kan fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen.

Å skulle bli far, blir av de fleste fedre sett på som noe viktig som gir livet mening og mål (WHO, 2007). Videre fremhever WHO (2007) at de fleste menn opplever det å skulle bli far

som en positiv prosess hvor de opplever seg som en mer komplett person, men for noen kan det å skulle bli far føre til negative endringer. Ut fra Lindstrøm og Eriksson (2015) kan vi i en salutogen tenkning se på det å bli far og utvikle sin farsrolle, som en stressfaktor som utløser spenninger. Hvordan far håndterer spenningene og de store endringene livsovergangen innebærer, vil være avgjørende om forflytningen på helsekontinuumet går mot vekst og helse, eller i motsatt, patogen retning. Dette er på linje med Anderson, Goodman og Schlossberg (2012) sin teori om fars livsovergang som en endringsprosess. Den livsovergangen far subjektivt gjennomgår, vil være avhengig av indre og ytre mestringsressurser han har til rådighet i å styrke hans OAS og mestringssevne i utvikling av farsrollen.

6.1 Resultatdiskusjon.

Fedrenes behov for forberedelse til farsrollen ble omhandlet i over halvparten av studiene i vårt integrative review. Funnene i de kvalitative studiene viste at fedrene ønsket å kjenne trygghet i livsendringen gjennom tilgjengelige strategier og avklarte forventninger til sin nye rolle (Darwin et al., 2017; Ives, 2014; Johansson et al., 2016; Persson et al., 2012; Pålsson et al., 2017; Åsenhed et al., 2014). Dette samsvarer med Deae & Johnson (2008) hvor fedre på den ene siden var begeistret over å skulle bli far, mens de på den andre siden kjente stort behov for å forberede seg både praktisk og følelsesmessig. I en salutogen tenkning vil man betrakte deres behov som et ønske om å oppnå en OAS i den nye livssituasjonen, og på den måten kjenne mestring i deres nye rolle. Fedre trengte tid i denne prosessen, og noen trengte lengre tid enn andre (Fenwick et al., 2012; Pilkington & Rominov, 2017). Behov for tid støttes i flere kvantitative studier hvor fedres forestillinger av barnet og tilknytning prenatalt ble undersøkt (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Göbel et al., 2019; Luz et al., 2017; Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, et al., 2014; Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Et annet interessant funn i de kvantitative studiene var flergangsfedres behov for lengre tid med tanke på å utvikle sin prenatale forestilling av barnet, og kortere tid på tanker rundt barnet. Samtidig viste funn at flergangsfedre i Fenwick et al., (2012) i utgangspunktet kjente seg klare og forberedte tidligere i svangerskapet enn førstegangsfedre. En mulig forklaring kan være at flergangsfedre må dele oppmerksomheten på flere barn som tok tankene bort fra det prenatale barnet, samtidig som de ut fra tidligere erfaringer visste hva som skulle komme (Fenwick et al., 2012; Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, et al., 2014). Vi kan også se flergangsfedres forberedelse i lys av Bandura (1977) hvor den tidligere erfaringen gir dem mestringsstro til det

som skal komme. Våre funn viste at parforholdskvalitet kunne være en innvirkende faktor med tanke på prenatal forestilling og tilknytning. I den grad far oppfatter de stimuli han blir konfrontert med som kognitivt forståelige, vil være avhengig av hans opplevelse av begripelighet. Kontakt med indre følelser vil her være medvirkende (Antonovsky, 1987). Med utgangspunkt i våre funn kan jordmor i svangerskapsomsorgen være en døråpner for ulike følelser og økt bevissthet, gjennom refleksjoner gjort med aksept og åpenhet. Bogren Jungmarker, Lindgren og Hildingsson (2011) fant at flergangsfedre deltok langt mindre i svangerskapsoppfølgingen enn førstegangsfedre. Samtidig viste fire av våre kvalitative studier at det å delta på konsultasjoner, høre barnets hjerteslag og delta på ultralyd økte tilknytningen prenatalt (Fenwick et al., 2012; Johnsen et al., 2017; Margareta Widarsson et al., 2012; Åsenhed et al., 2014). Dette funnet er i samsvar med Finnbogadottir, Crang Svalenius & Persson (2003), hvor fedrene oppga at barnet ble mer realistisk for dem når de fikk høre hjertelyden og se barnet på ultralyd. Fire inkluderte kvalitative studier omtalte at fedre fant informasjon og tiltak rettet mot dem som fedre som hjelp i forberedelsen, og en forståelse for at man ikke alltid visste hva man trengte å vite (Darwin et al., 2017; Huusko et al., 2018; Jeffery et al., 2015; Kowlessar et al., 2014; Åsenhed et al., 2014). Informasjon og tiltak rettet mot dem som fedre ble også sett som en moderator i forhold til urealistiske forventninger (Johansson et al., 2016). Behov for informasjon spisset mot fedre understøttes av Bogren Jungmarker et al. (2010). Samtidig ble det påpekt i Ives (2014) at ikke alle fedre kjente på behov for støtte fra andre, men at de ønsket å forberede seg selvstendig. Ut fra en salutogen tenkning er kunnskap en kognitiv mestringsressurs og kilde til innsikt som styrker evnen til å ta bevisste valg og åpner for opplevelse av mestring (Langeland, 2014). Kunnskap som ressurs åpner opp for struktur og sammenhenger som gjør farsrollen begripelig. Hvordan man ønsker å tilegne seg kunnskap er en subjektiv mening. Ved at jordmor vektlegger informasjon og tiltak basert på hva den enkelte far opplever som relevant for seg, er det sannsynlig at det vil oppleves meningsfullt og styrke motivasjonsfaktoren (Antonovsky, 1987) på veien til farsrollen. Flere kvalitative studier omtalte fedres behov for å utvikle strategier (Darwin et al., 2017; Johnsen et al., 2017; Pålsson et al., 2017). Å utvikle, og ha tilgjengelige strategier er i salutogen tenkning kilde til økt håndterbarhet (Langeland, 2014). Samtidig uttrykte fedre i Darwin et al. (2017) at tidligere mestringsstrategier kunne være utilstrekkelige i utvikling av den nye farsrollen. Dette funnet ble uttrykt kun i denne studien, men informasjonen er interessant. Bandura (1977) sier at tidligere mestringserfaringer basert på egne prestasjoner er solide og sterke. Suksessfulle gjentatte erfaringer styrker mestringstroen. Der negative

erfaringer oppleves etter at sterk mestringstro er utviklet vil disse opplevelsene ha kun mindre påvirkning. I tillegg vil tilstedeværelse av flere kilder som god parforholdskvalitet og verbal overtalelse for eksempel av partner, styrke opplevelsen av mestringstro (Bandura, 1977). Dette er i overenskomst med salutogen tenkning hvor det å ha ressurser «til ens rådighet» inkluderer andre næres ressurser (Antonovsky, 1987) og styrker opplevelsen av at «sammen blir vi sterke». Dette samsvarer med våre funn hvor det å utvikle strategier sammen med partner, var ansett som en styrke (Darwin et al., 2017; Pålsson et al., 2017). Dette funnet ble støttet i Pinto et al. (2016) hvor lagfølelse ga høyere utslag på mestringstro i utvikling av farsrollen og hvor fars mestringstro styrket seg gjennom svangerskapet. Det er da sannsynlig at strategier utviklet på lag med partner gir økt mestringstro i farsrollen. Å søke informasjon hos fagpersoner i svangerskapsomsorgen, eller gjennom erfaringsutveksling i møte med andre fedre i foreldreforberedende grupper hvor det å lære av andres erfaringer, tanker og kunnskap var tilrettelagt for, ble nevnt som kilde til økt mestringstro (Johnsen et al., 2017; Pålsson et al., 2017). Foreldreforberedende gruppe er et tilbud flere jordmødre tilbyr kommende foreldre og er i tråd med anbefalingene gitt i Retningslinje for svangerskapsomsorgen (2019). Jordmor er på mange måter en veiviser som leder den gravide og hennes familie gjennom svangerskapet basert på deres unike behov (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Samtidig åpner den generelle kunnskapsbaserte informasjonen om fødsel- og foreldreforberedelse opp for erfaringsoverføring mellom de kommende foreldrene. Våre funn indikerer at et gruppetilbud tilrettelagt for å møte både mor og fars behov kan være en kilde til utvikling av egne strategier.

En sentral variabel belyst i de inkluderte studiene er sammenhengen mellom parforholdskvalitet og forberedelse til farsrollen (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Johnsen et al., 2017; Luz et al., 2017; Pinto et al., 2016; Margareta Widarsson et al., 2015) hvor opplevelse av et positivt parforhold styrker forberedelsen mens et negativt bremser. Følelsesmessig er intime og nære relasjonelle bånd til andre, regnet som en viktig mestringsressurs hvor spenninger løses lettere opp for dem som har en opplevelse av godt parforhold (Langeland, 2014). Å kjenne støtte fra den andre, opplevelse av å være to og at man deler på oppgavene er et fundament i parforholdet (Chong & Mickelson, 2016). Videre gir indre følelser og gode interpersonelle relasjoner grobunn for opplevelsen av meningsfullhet og er medvirkende til utviklingen av mestringsopplevelse (Antonovsky, 1987). Jordmor skal ivareta den gravide og hennes familie gjennom identifisering av individuelle behov blant annet basert på hensynet til den sosiale konteksten den kommende

familien er i (Helsedirektoratet, 2019). Hovedvekten av våre funn i denne studien er basert på informanter som enten er samboende eller gift med mor, og parforholdskvalitet er i våre funn definert ut fra det romantiske parforholdet. Ikke alle barn fødes inn i samboende familier. I 2019 ble 11% (n=5870) av det totale antallet barn i Norge født av enslig mor (SSB, 2020b). De fleste av disse barna har likevel en far som etter barneloven skal ha en omsorgsrolle. For jordmor i møte med ulike familier kan en utvidet begrepsforståelse av parforholdskvalitet til også å omfatte kvalitet på forelderforhold, sett ut fra barnets beste fremstå som klokt. Våre funn viser at å ha parforholdskvalitet som tema, henholdsvis i første møte i første trimester kan være helsefremmende for den individuelle familien og til barnets beste og være en hjelp for utvikling av mestring i farsrollen uansett om far bor sammen med mor, eller ikke. Videre ble det i forhold til parforhold og sivilstand, funnet at fedre som hadde opplevd lite fysisk kjærlighet fra sin mor i egen oppvekst var mindre involvert prenatalt og mindre engasjert postnatalt enn fedre med selvopplevd «normal» oppvekst (Bouchard, 2012). Parstatus som variabel viste at å være gift hadde en modererende effekt. Gifte fedre viste høyere nivå av involvering og engasjering enn samboende fedre med samme oppvekstbakgrunn. En forklaring kan, ifølge Bouchard (2012), være at ekteskap oppleves som en forpliktelse sterkere enn samboerskap, og en hjelp til differensiering av livet før og etter. Dette indikerer at det i likhet med mor, kan være helsefremmende for far å bli klar over egen barndoms påvirkning på utvikling av farsrollen.

Parforholdskvalitet med følelse av støtte fra partner og opplevelse av lagarbeid og gjensidighet ble også omtalt som positivt for fedrenes mentale helse. For fedre var parforholdet og deres gjensidige støtte til hverandre en mestringsressurs på vei til mestring i farsrollen. Dette samsvarte med funn i de kvantitative studiene, men i forhold til bekymringer for farsrollen hadde partnerstøtte mest påvirkning postnatalt. Samtidig uttrykte fedrene manglende kunnskap om partnerrollen under svangerskapet, og at det kunne være vanskelig å finne måter å støtte partneren på (Darwin et al., 2017; Johnsen et al., 2017; Persson et al., 2012; Solberg & Glavin, 2018; Margareta Widarsson et al., 2012; Åsenhed et al., 2014). Modellering og verbal støtte (Bandura, 1997) vil her være ressurser til hjelp som øker troen på egen mestring. Våre funn indikerer at verbal oppmuntring og støtte fra partner kan virke positivt på fedres mentale helse både pre- og postnatalt, men i forhold til bekymringer for farsrollen blir verbal støtte mer effektiv for hans mestringstro når barnet er fysisk tilstede. Samtidig er den relasjonelle mestringsressursen i salutogen tenkning, en viktig komponent til oppbygging av OAS for begge (Vågan, 2018) på veien til styrket tro på å lykkes og økt

mestring. Gladiolo & Roskam (2014) fant at kommende foreldre utviklet seg dyadisk mot fødsel. Jordmors tverrfaglige samarbeid og kunnskap vil være en ressurs ved behov for eventuell henvisning til ytterligere hjelp.

Psykisk uhelse hos far i forhold til forberedelse kunne virke forstyrrende inn på hans forestilling av barnet og tilknytningsprosess (Gross & Marcussen, 2017; Pinto et al., 2016; Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, et al., 2014; Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014). Flere studier omhandlet fars følelsesmessige endringer i svangerskapet. De følelsesmessige endringene over det å skulle bli far, ble beskrevet som en berg- og dalbane (Åsenhed et al., 2014). Bekymringer og usikkerhet rundt farsrollen var en av de viktigste faktorene til ambivalens (Fenwick et al., 2012; Pilkington & Rominov, 2017; Åsenhed et al., 2014). Andre fedre kjente på stressfølelser (Hildingsson & Thomas, 2013). Av fedre med bekymringer rundt farsrollen, ga det å være førstegangsfar i tillegg til variablene utdanning og økonomi, økt sannsynlighet for å ha disse tankene (Thomas et al., 2011). Dette er i samsvar med Bandura (1997) hvor tidligere mestringsopplevelser med liknende situasjoner øker troen på mestring.

Den første faktoren som kunne være medvirkende til bekymringer rundt farsrollen var å skulle bli far for første gang. Førstegangsfedres bekymringer for farsrollen var høyest i begynnelsen av svangerskapet fordi de manglet erfaringer med liknende situasjoner. Jordmor bør tilby en helsefremmende «livsstilssamtale» til gravide tidlig i svangerskapet hvor blant annet behov for veiledning og støtte blir identifisert (Helsedirektoratet, 2019). Våre funn indikerer at å bli aktivt invitert inn av jordmor i denne samtalen, kan være positivt for fars livsovergang og bidra til mestring (Lindström et al., 2015)

Den andre faktoren som kunne være medvirkende til bekymringer rundt farsrollen var variabelen utdanning. Høy utdanning ga økt sannsynlighet for bekymringer (Hildingsson & Thomas, 2013; Thomas et al., 2011). Høy utdanning ble i studien til Thomas et al (2011) forklart med at disse fedrene oftere har krevende jobber som kan gi spenninger i balansen jobb/ familietid. En annen grunn som ble oppgitt er at de med høyere utdanning muligens søker mer kunnskap som kanskje kan få dem til å tenke mer på potensielle vanskeligheter og utfordringer. Ut fra en salutogen tenkning kan det være at disse fedrene ifølge Lindström & Eriksson (2015), har behov for anledninger til å håndtere den spenning som blir utløst for å kunne bevege seg mot helse. I samtale med «den gravide og hennes partner» kartlegges behovet for informasjon (Helsedirektoratet, 2019). Våre funn indikerer at jordmor bør være

bevisst parets individuelle utgangspunkt og behov. Den tredje faktoren som ga økt sannsynlighet for bekymringer i farsrollen var variabelen dårlig økonomisk status (Thomas et al., 2011). Å ha økonomisk trygghet er en mestringsressurs som bidrar til å unngå stress eller håndtere stress på en bedre måte (Vågan, 2018) samtidig som økonomiske problemer vil ha en motsatt effekt og kunne svekke personens OAS nivå. Det å skulle bli far er forklart av Antonovsky (1987) som en stressende livsbegivenhet. Det er ikke livsbegivenheten i seg selv som er utfordrende, men hvordan den enkelte takler de spenningstilstander som blir utløst. For fedrene i Thomas et al. (2011) er det en sannsynlighet for at deres økonomiske problemer utløser spenningene negativt og går mot uhelse. Videre kan økonomiske problemer påvirke evnen til å utføre foreldrerollen negativt (Bøe et al., 2013). Å kjenne til familiens eventuelle økonomiske utfordringer er viktig for at jordmor skal kunne gi rett støtte og hjelp (Helsedirektoratet, 2019).

Våre funn fant at 10- 14% av fedre har depressive symptomer prenatalt og ved to mnd postnatalt (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Bergström, 2013; Da Costa et al., 2019; Da Costa et al., 2015). Dette funnet samsvarer med resultatene i metaanalyse gjort av Paulson og Bazemore (2010) hvor prevalensen var 10% blant fedre pre- og postnatalt, men høyere enn metaanalyse gjort av Cameron, Sedov, and Tomfohr-Madsen (2016) hvor det var en prevalens på 8%. Blant den mannlige norske normalbefolkningen i tyveårene var prevalensen for depressive lidelser 4% (Gustavson et al., 2018). Funnet samsvarer med American Psychiatric Association hvor prevalensen for depresjon ligger mellom 3-5% i den generelle mannlige befolkningen i USA (American Psychiatric Association, 2000 i Paulson, Keefe, & Leiferman, 2009). Cameron et al. (2016) hadde et større utvalg og nyere data, og er dermed mer representativ enn Paulson og Bazemore (2010). Funnene viser uansett at for enkelte fedre kan det å skulle bli far være utfordrende og en til dels vanskelig periode.

Våre funn viste at sosiodemografiske faktorer som parforholdstilknytning, yngre alder, økonomiske bekymringer, lite utdanning og frykt for arbeidsledighet var assosiert med depressive symptomer pre- og postnatalt (Bergström, Rudman, Waldenström, & Kieler, 2013; Da Costa et al., 2019; Da Costa et al., 2015; Luz et al., 2017; Vreeswijk, Maas, Rijk, & van Bakel, 2014; Wee et al., 2015). Disse risikofaktorene sees også hos menn med depressive symptomer i den generelle vestlige populasjonen, ikke bare blant kommende og nybakte fedre (Andrade et al., 2003). Videre fant vi faktorer som tidligere egen og partners psykiske uhelse, større belastende tidligere livshendelser og manglende sosial støtte som innvirkende på

utvikling av depressive symptomer pre- og postnatalt (Bouchard, 2012; Da Costa et al., 2019; Da Costa et al., 2015; Wee et al., 2015). Fars tidligere psykiske uhelse og parets innbyrdes påvirkning av hverandres psykiske helse økte sannsynligheten for depressive symptomer og finner bred støtte i forskning (Cameron et al., 2016; Kvalevaag, 2014; Schumacher, Zubaran, & White, 2008). Dersom far hadde depressive symptomer var det en økt sannsynlighet for at mor også utviklet depressive symptomer, og motsatt (Gürber et al., 2017). Dette er viktig informasjon for jordmor i forhold til kartlegging av den gravides psykiske helse og det helsefremmende arbeidet med familien. Tidligere belastende livshendelser samsvarte med Skjøthaug, Smith, Wentzel- Larsen og Moe (2015) og (2018) sine funn hvor dårlige barndomserfaringer ble funnet å ha sammenheng med depresjon og angst i pre- og postnatalt. I forhold til sosial støtte samsvarte våre funn med Leigh & Milgrom (2008) hvor lav sosial støtte var en risikofaktor for depressive symptomer både for mor og far.

Denne masterstudien fant at fedre uttrykket behov for kunnskap om egne følelsesmessige endringer, om psykisk helse, opplevelse av stress og angst for fødsel og komplikasjoner i tidligere svangerskap (Bergström et al., 2013; Darwin et al., 2017; Fenwick et al., 2012; Pålsson et al., 2017). Samsvarende funn finner vi i en RCT hvor relevant informasjon gitt i svangerskapet ble funnet å redusere angst og styrke opplevelse av mestring hos fedre prenatalt (Tohotoa et al., 2012). Dette er også i samsvar med Antonovsky (1987) hvor kunnskap som mestringsressurs styrker OAS og gjør den enkelte i stand til å velge den beste mestringsstrategien. Fedre ønsket å bli spurt om sin mentale helse både i forhold til angst og depresjon, bli sett og få anerkjennelse for de følelsesmessige endringene og tankene de kjente på (Darwin et al., 2017; Pålsson et al., 2017). Viktigheten av å bli spurt blir underbygget i Gustavson et al. (2018) hvor det ble vist at det var en økt risiko for å få ny depresjon i 30- 40 årene dersom personen hadde hatt depressiv eller angstlidelse ti år tidligere. Samtidig er svangerskapet den fasen som fremstår som mest stressende i fars utvikling av farsrollen (Condon, Boyce, & Corkindale, 2004), og postnatalt kan en ubehandlet depresjon føre til dårligere samspill med barnet (Sethna, Murray, Netsi, Psychogiou, & Ramchandani, 2015). Skjøthaug (2019) fremhevet det å ha fokus på fedres mentale helse i svangerskapsomsorgen på linje med mor, som svært viktig for familien og barnets livskvalitet og utvikling. Samme oppsummering gir Kvalevaag et al. (2014) sin studie hvor hun i tillegg anbefaler å tilby tidlig psykologisk intervensjon for både mor og far der det er behov. Samtidig sier retningslinjene at far trenger, i likhet med mor, å kjenne seg følelsesmessig klar, være sensitiv og kunne regulere egne følelser i sin emosjonelle omsorg for barnet (Helsedirektoratet, 2014, 2019).

Samlet viser våre funn et behov hos fedre og deres partnere at jordmor er nysgjerrig på, og spør om fedres egne oppveksterfaringer og tidligere og nåværende mentale helse for å kunne fremme fars mestring i utvikling av farsrollen. Samtidig indikerer funnene en anledning for jordmor å kunne tilby, med utgangspunkt i fars kunnskapsnivå, informasjon i hvilken innvirkning mental helse ikke bare kan ha for mestring og utvikling av farsrollen, men også for barnets trivsel og utvikling. Det å få anerkjennelse for sine følelsesmessige endringer, økt kunnskap og anledning til å snakke om sin mentale helse, kan være en hjelp i styrking av selvidentiteten, en av de viktigste mestringsressursene for utvikling av en sterk OAS (Vågan, 2018).

Fedrene så på jordmor som en viktig støtte, kompetent og trygghetsskapende gjennom svangerskapet (Andersson et al., 2016; Ives, 2014; Pålsson et al., 2017; Solberg & Glavin, 2018; Margareta Widarsson et al., 2012). På den andre siden viste våre funn at fedre hadde lave forventninger til at deres egne behov for emosjonell støtte og forberedelse til farsrollen skulle bli ivaretatt og de savnet støtte fra svangerskapsomsorgen (Andersson et al., 2016; Margareta Widarsson et al., 2015). Dette er samsvarende til Deave, Johnson and Ingram (2008) hvor fedrene følte seg ekskludert som individuelle personer. Fedrenes oppfatning av kvinnen som hovedpersonen i svangerskapsomsorgen (Ives, 2014) samsvarte med WHO's (2015) anbefalinger hvor målet er «to put women at the centre of care». Samtidig blir det å se den individuelle fars styrker og svakheter fremhevet som viktig for familiens helse (WHO, 2007). Dette er i tråd med fedrenes egenopplevelse av viktighet for barnet sitt og deres behov for å bli akseptert i utvikling av farsrollen (Johnsen et al., 2017; Åsenhed et al., 2014). Et gjennomgående funn viste at fedrene ønsket å bli involvert for å kunne gi god støtte til partneren og for utvikling av farsrollen (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010). Dette samsvarer med funn i Xue et al. (2018) der målet var å oppsummere litteratur om i hvilken grad fedre er involvert i svangerskapet og hvilke faktorer som påvirker deres involvering. Et funn i den studien var at fedrene ønsket å være aktivt involvert, men manglende opplevelse av informasjon rettet mot dem som fedre var til hinder. Fedres ønske om involvering er sammenfallende med WHO's (2015) anbefalinger for viktigheten av en aktiv deltakende far. Samtidig understreker WHO (2016) den gravides bestemmelsesrett. Som hovedperson er det hennes valg som er avgjørende, og det blir poengtert at for noen kvinner kan fedres inkludering ha negativ effekt. Vanligvis skjer første kontakt i svangerskapsomsorgen med den gravide ved at hun tar kontakt for konsultasjon. Denne første kontakten kan være en god anledning for jordmor til å gi informasjon om fordelene fedres involvering har, samtidig som

kvinnens autonomi understrekes. Det å bli involvert er av Antonovsky (1987) fremhevet som drivende for fremkalling av motivasjon. Motivasjonsfaktoren, som en sentral del av opplevelsen av meningsfullhet åpner opp for engasjement og følelsesmessig mening. Våre funn indikerte at fedre som kjente seg involvert prenatalt, økte engasjementet postnatalt (Bouchard, 2012; Margareta Widarsson et al., 2015). Gjennomgående viste våre funn at fedres behov i livsovergangen og mestring av deres farsrolle var ulike, og det å bli møtt som en individuell åpnet opp for enkeltmennesket og egen opplevelse av behov. Sosial støtte og spesielt i relasjoner hvor en har mulighet til å vise at en bryr seg, styrker selvet og selvidentiteten og er en viktig kilde til sterk OAS (Langeland, 2009). Det blir gitt mulighet til å velge den mest hensiktsmessige kombinasjonen av mestringsressurser personen har til rådighet i håndtering av den stressfaktor en står overfor (Antonovsky, 1987). En svangerskapskonsultasjon hvor far kjenner seg sett og møtt av jordmor, kan være en slik relasjon.

6.2 Metodediskusjon.

Målet med et integrative review er å utvikle en helhetlig forståelse av temaet ved å presentere teoretiske og praktiske konsekvenser av gjennomgangsfunn (Toronto & Remington, 2020). Kritikken er ofte rettet mot at integrative review ofte ikke tilstrekkelig gjør rede for hvordan kvalitative og kvantitative bevis integreres (Tricco et al., 2016). Dette kan skape forvirring og uklarhet om begrep og metoder (Aveyard & Bradbury-Jones, 2019). Med bakgrunn i dette har vi i vår studie forsøkt å skape konsistens ved å følge Whitemore & Knafl (2005) sin beskrivelse av et integrative review, samt følge PRISMA 2009 Checklist (Moher et al., 2009) for å skape transparens og sikre at alle vesentlig momenter blir rapportert (vedlegg 2). Vi skal i dette kapittelet vise til styrker og svakheter ved vår studie.

Integrative review krever klart formulerte inklusjonskriterier. Det skal ikke være rom for å velge studier ut fra eget ønske (Tricco et al., 2016). Etter våre inklusjonskriterier ble kun publikasjoner i fagfelleverderte tidsskrift inkludert. Vi har da blant annet utelatt søk etter «grå litteratur» og kan derfor ikke utelukke publikasjonsbias. Dette forbeholdet er forklart ut fra at søk gjennomført i kun store databaser ekskluderer upublisert annen forskning, mulig kunnskap går tapt og skjevhet oppstår (Laake et al., 2008). Samtidig kan «skjult» evidens være upublisert fordi resultatene kan vise til manglende effekt (Aveyard, 2019). I avhandlinger presenteres ny litteratur ofte tidligere enn i fagfelleverderte tidsskrifter. Avhandlinger kan i tillegg gi mer inngående informasjon om et tema, og kunne således vært interessant å ha med i vårt review. Ut fra vår studies omfang valgte vi å begrense søket til ikke å søke i databaser hvor avhandlinger publiseres spesielt, slik som ProQuest (Lawless & Foster, 2020). Imidlertid valgte vi å utforme en bred søkestrategi i fire store medisinske databaser. Databasene dekker store deler av fagfelleverdert forskning innen helse og sannsynliggjør en redusert risiko for publikasjonsbias.

For å styrke kvaliteten på masterstudien ble transparens og reproduserbarhet tilstrebet gjennom anerkjente anbefalinger om å være to i alle ledd (Whitemore & Knafl, 2005). Dette ble gjennomført gjennom bruk av referansehåndteringsprogrammet Covidence hvor studiene ble dobbelscreenet og blindet for hverandre. Vi anser det også som en styrke at vi kvalitetsvurderte alle studiene med sjekklister fra JBI.

Søkestrategien vår ledet til et rikelig utvalg kvalitative beskrivelser som vi også fant igjen i de kvantitative funnene. I dataanalysefasen ble analyseverktøyet NVivo 12 benyttet for lettere å organisere de kvalitative dataene. Constant comparison method (CCM) ble brukt i

analysefasen, og ga studien vår systematikk, mønster og tema på veien mot syntetisert kunnskap. CCM er kompatibel til bruk i integrative review da den tillater bruk av data fra ulike metoder. Alle de fem fasene beskrevet av Whitemore & Knafl (2005), samt bruk av CCM krevde innsikt i metoden, og vi har gått tilbake til vår egen logg og metodelitteratur under hele arbeidet. Flere ganger måtte vi ta et steg tilbake i prosessen for å sikre kvaliteten på vårt arbeid.

Studiene i vårt integrative review representerer ulike kvalitative og kvantitative design og metoder, men det manglet intervensjonsstudier. Et svært interessant funn var at vi ikke var i stand til å identifisere flere enn en RCT. Kvalitetsmessig mangler evidensbasert sikkerhet ved lavt antall RCT'er, samtidig som observasjonsstudier har en begrenset generaliserbarhet. Dette kan sees som en begrensning ved våre funn og indikerer et behov for evidensbaserte RCT som grunnlag for endring av retningslinjer/praksis.

Vi vil videre rette fokus mot reliabilitet- og validitetsspørsmålet. Med et menes nøyaktigheten og gyldigheten av det vi har konkludert med, beskrevet som reliabilitet, samt intern og ekstern validitet (Laake et al., 2008). Aveyard (2019) og Malterud (2017) refererer til Lincoln & Guba (1985) som trekker frem at kvalitativ forskning gjerne heller bør vurderes ut fra andre begrep enn validitet, som troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet. «*Som forsker skal jeg ikke fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige. Jeg skal vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet, og kan gi en begrunnet anvisning om hva de sier noe om*» (Malterud, 2017, p. 199). Med bakgrunn i den uttalelsen tenker vi at validitetsbegrepet blir naturlig å bruke videre, delt i intern og ekstern validitet.

Intern validitet

Formålet med vår studie var å søke kunnskap hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fars mestring på vei mot farsrollen. På bakgrunn av vår problemsstilling var det naturlig å velge en bred tilnærming og om enn litt krevende og først ukjent, metode. Den interne validiteten forteller oss om integrative review egner seg for å belyse problemstillingen slik hensikten var (Malterud, 2017).

I metodekapittelet viste vi veien for at en lettere skal skjønne de tolkningene og slutningene vi gjorde underveis. Våre inklusjonskriterier har vært avgjørende for å lage struktur og etterprøvbarehet og styrket den interne validiteten. Ved å forklare inklusjonskriteriene kom vi

også inn på hva eller hvem vi ekskluderte, og hvorfor. Den interne validiteten trues av blant annet utvalgsskjevhet, der frafall truer en studies validitet (Laake et al., 2008). I seks av kohortstudiene ble ikke frafall i studiene oppgitt, noe som kan påvirke resultatenes interne validitet. I det omfattende analysearbeidet var det nødvendig å være to forskere, for å diskutere, men også for å finne sitater som kunne gi stemme til det vi skulle trekke frem mot syntesen (Malterud, 2017). Selv om syntesen var et resultat av egen refleksivitet, styrket vi den interne validiteten ved å bruke CCM, og funnene våre var konsistente på tvers av design. En fordel med å forske i eget fag er at vi har forhåndskunnskap innen fagfeltet vi studerer. Vi kjenner til hvordan praksisfeltet er, og vi kan faguttrykk. Vår refleksivitet er en del av forskningsprosessen, og vi har forsøkt å holde et kritisk blikk samtidig som forskningen er åpen og transparent.

Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om at våre funn kan være overførbare i andre settinger. Kvalitativ forskning vil være avhengig av overførbarheten til leseren, som selv avgjør om funnene kan overføres til anvendbar kontekst, og forsker gir tilstrekkelig informasjon om selve studien til at leser kan gjøre seg opp en mening (Polit & Beck, 2017).

Som anbefalt av Whittemore & Knafl (2005) begynte vi å analysere de inkluderte kvalitative studiene først. Data fra de kvantitative studiene brukes for å tydeliggjøre den kvalitative analysen slik at den nye kunnskapen kommer mer frem (Malterud, 2017). Vår studie bekreftet dette. De kvalitative studiene bidro med rikt materiale som resulterte i to hovedtema og mye fant vi igjen i de kvantitative studiene. Kun få funn ble ikke gjenspeilet i de kvantitative studiene. Identifiserte tema er aktuelle, da kunnskap om fedre lager et grunnlag for jordmødre inn i sitt arbeid. Studiene setter søkelyset på fars utvikling av forelderrollen og hvordan jordmor kan være en fremmer i livsovergangen. Over 8000 fedre er representert i vår masterstudie fra studier publisert de siste 10 årene. Av inkluderte studier er 46% nordiske studier. Det var kun en inkludert norsk studie, men forventet høy overføringsverdi fra andre nordiske land gir en god ekstern validitet for norske forhold. Gjennomgående fant vi i studienes avslutningsdel at forskerne konkluderte med at det manglet forskning med søkelys på far, men vår masterstudie viste at det allerede finnes mye på temaet selv om intervensjonsstudier er i fåtall. Sett i ettertid kan det tenkes at det hadde vært nok å kun

inkludere nordisk forskning. På den andre siden kan det tenkes at et større antall inkluderte studier, som i vårt review, med større antall fedre representert, gir et bedre svar på problemstillingen. Studiene sa lite om effekt da det var få intervensjonsstudier og materialet var primært beskrivende. Det er likevel av interesse at studier, enten de er utført i Australia, USA, Skandinavia eller Europa for øvrig, beskriver lignende følelsesmessige reaksjoner og ønsker fra vordende fedre.

Reliabilitet

Innen både kvalitativ og kvantitativ forskning kreves nøyaktighet i utførelsen. Med reliabilitet menes hvor nøyaktig, hvor reproducerbar forskningen er utført, og at den kan sjekkes i ettertid. Dette gjøres ofte ved å for eksempel utføre samme søk som beskrevet og se om det er samsvar (Laake et al., 2008). Om man får de samme funnene dersom studien hadde blitt repetert med tilsvarende deltakere og lignende kontekst, omhandler reliabiliteten.

Reliabiliteten i litteraturstudier styrkes ved at datagrunnlaget til diskusjonen bygger på allerede fagfelleurdert og kvalitetsmessig forskning (Polit & Beck, 2017), noe våre inkluderte studier gjør. Den metodiske strengheten knyttes til kvaliteten på et review (Toronto & Remington, 2020). Gjennom prosessen har vi hatt søkelys på nøyaktig behandling av materialet og en transparent forskningsprosess. Reliabiliteten kommer til syne i vår studie ved at vi følger PRISMA checklisten for transparens. Overførbarheten er styrket ved den brede tilnærmingen i søket. Samtidig øker reliabiliteten ved alle de sammenfallende opplevelser som kom frem i resultatene fra både de kvalitative og kvantitative studiene. Av det totale antall studier som omhandlet temaet var 76% (n=26) fra nordiske og europeiske land. Dette gjør våre funn sammenlignbare, og gir høy overføringsverdi til norske forhold og fedre.

Forskerrollen

Som forskere er det et poeng å reflektere over vår refleksivitet i prosessen for å styrke gyldigheten og troverdigheten i studien. Kvale & Brinkmann (2015) kaller det: «*refleksiv objektivitet, forstått som det å reflektere over sitt bidrag som forsker til produksjonen av kunnskap*» (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015, p. 273). Selv om ikke vi selv har gjort intervjuer har vi analysert og syntetisert, og kan ha satt vårt preg på forskningen. Dette ut fra at virkeligheten alltid kan beskrives ut fra ulike perspektiv (Polit & Beck, 2017). Vi har

underveis i arbeidet med masteroppgaven fått tilbakemeldinger fra medstudenter og veiledere ved samlinger i regi av studiet. Tilbakemeldingene i form av opponering, har skapt konstruktive, faglige diskusjoner, og deres kunnskap og refleksjoner har vi bevisst sett på som verdifullt for vår masterstudie.

7.0 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

Denne studiens kunnskapsoppsummering var knyttet til hvordan jordmor i svangerskapsomsorgen kan fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen. Funnene ble diskutert ut fra en salutogen helsefremmende tilnærming hvor vårt fokus var styrking av ressurser hos far, med mål om å fremme mestring i utvikling mot farsrollen. For familien og barnets beste vil studiens funn og anbefalinger være relevante for jordmor i møte med den gravide og hennes partner.

For implikasjon for videre praksis fremstår våre funn som en påvirkning til at far bør komme tydeligere frem som individuell omsorgsgiver med egne behov i Nasjonal Retningslinje for svangerskapsomsorg. Samtidig ser vi at det vil være en krevende oppgave og balansegang uten å komme i konflikt med den gravides bestemmelsesrett gjennom svangerskapet.

Denne studien tar utgangspunkt i jordmor i svangerskapsomsorgen. Som førstelinjetjeneste gir den norske svangerskapsomsorgen jordmor og den kommende familien en unik mulighet til å fange opp og bli fanget opp, dem som har ekstra behov. Implikasjoner for videre praksis kan være tverrfaglige samarbeidsrutiner som ivaretar fedre med behov for ekstra støtte på veien til farsrollen.

Det er behov for ytterligere forskning på feltet. Vi fant få norske studier med søkelys på fars livsovergang til farsrollen og ingen med utgangspunkt i jordmorrollen. Skjøthaug (2019) og Kvalevaag et al. (2014) presiserte imidlertid at helsepersonell i svangerskapet må støtte både mor og far individuelt i den potensielle stressfulle livsovergangen. Jordmorfaglig forskning på feltet vil derfor kunne tilføre verdifull og nødvendig kunnskap til feltet. Spesielt ser vi behov for intervensjonsstudier som målrettet kan lede til endringer av svangerskapsomsorgen mot et mer familiefokusert perspektiv.

Vår masterstudie har kun sett på voksne fedre som bor sammen med sin gravide partner. Det kan være behov for økt kunnskap om andre familiemodellers mestring i utvikling av forelderrollen som for eksempel ikke-samboende, likekjønnede partnere og sårbare familier. Uansett familiemodell, barn trenger tilstedeværende foreldre i sin oppvekst og utvikling. Eller, som et gammelt afrikansk ordspråk sier det: Det trengs en hel landsby for å oppdra et barn. Spørsmålet videre ligger således ikke i *om* fedre skal inkluderes, men *hvordan* best få det til.

8.0 KONKLUSJON

Vårt mål for denne masterstudien har vært å systematisere og oppsummere kvalitativ og kvantitativ forskning knyttet til hvordan jordmor kan fremme fars opplevelse av mestring på vei mot farsrollen. Mors prosess og forberedelse er godt støttet i svangerskapsomsorgen. Det er ingen systematikk i støtte av farsprosessen som selvstendig individ i dag. Samtidig er det en forventning fra samfunnet at far skal være ferdig forberedt og mestre farsrollen fra dagen mor og far blir til tre. Vi fant at far har behov for å kjenne seg forberedt. Far trenger å bli møtt på sine individuelle behov hvor blant annet tidligere og nåværende psykisk helse og egen barndom og oppvekst bør være tema som medvirkende faktorer i hans utvikling av farsrollen. Videre trenger både far, og mor, jordmors bevissthet på viktigheten av parforholdskvalitetens innvirkning med tanke på familieperspektivet, parets gjensidige påvirkning, demografiske forhold som familiens økonomi, samt tilgang på sosial støtte. Jordmødre i svangerskapsomsorgen møter majoriteten av alle gravide i Norge og deres posisjon blant befolkningen gir et unikt utgangspunkt for å møte far og fremme hans opplevelse av mestring på vei mot farsrollen. Å invitere far inn systematisk i svangerskapsomsorgen som en aktiv og naturlig deltaker med utgangspunkt i den enkelte fars behov kan fremme fars opplevelse av mestring i utvikling av farsrollen. Dette kan utgjøre en forskjell for den nye familien.

LITTERATURLISTE

- Ahlqvist-Björkroth, S., Korja, R., Junntila, N., Savonlahti, E., Pajulo, M., Räihä, H., & Aromaa, M. (2016). MOTHERS' AND FATHERS' PRENATAL REPRESENTATIONS IN RELATION TO MARITAL DISTRESS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 388-400. doi:10.1002/imhj.21578
- Anderson, M. L., Goodman, J., & Schlossberg, N. K. (2012). *Counseling adults in transition : linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world*(4th ed. ed.).
- Andersson, E., Norman, Å., Kanlinder, C., & Plantin, L. (2016). What do expectant fathers expect of antenatal care in sweden? - a cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*, 9, 27-34. doi:10.1016/j.srhc.2016.06.003
- Andersson, E., & Small, R. (2017). Fathers' satisfaction with two different models of antenatal care in Sweden – Findings from a quasi-experimental study. *Midwifery*, 50, 201-207. doi:10.1016/j.midw.2017.04.014
- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., . . . Wittchen, H.-U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(1), 3-21. doi:10.1002/mpr.138
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. ed.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Aveyard, H., & Bradbury-Jones, C. (2019). An analysis of current practices in undertaking literature reviews in nursing: findings from a focused mapping review and synthesis. *BMC Med Res Methodol*, 19(1), 105-109. doi:10.1186/s12874-019-0751-7
- Babineau, J. (2014). Product Review: Covidence (Systematic Review Software). *The journal of the Canadian Health Libraries Association*, 35(2), 68. doi:10.5596/c14-016
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bergström, M. (2013). Depressive Symptoms in New First-Time Fathers: Associations with Age, Sociodemographic Characteristics, and Antenatal Psychological Well-Being. *Birth*, 40(1), 32-38. doi:10.1111/birt.12026
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U., & Kieler, H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(8), 967-973. doi:10.1111/aogs.12147
- BFD, B.-o. f. (2018). *Prop. 1 S (2018–2019)*. (Prop. 1 S (2018–2019)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613270/?ch=1>
- Bond, M. J., Heidelbaugh, J. J., Robertson, A., Alio, P. A., & Parker, W. J. (2010). Improving research, policy and practice to promote paternal involvement in pregnancy outcomes: the roles of obstetricians–gynecologists. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 22(6), 525-529. doi:10.1097/GCO.0b013e3283404e1e
- Bouchard, G. (2012). Intergenerational transmission and transition to fatherhood: a mediated-moderation model of paternal engagement. *J Fam Psychol*, 26(5), 747-755. doi:10.1037/a0029391
- Brudal, L. F. (1983). *Fødselens psykologi : lærebok i forebyggende arbeid*. Oslo: Aschehoug.
- Byhring, H. S., Balteskard, Lise, Shu, Janice, Mathisen, Sivert, Leivseth, Linda, Steindal, Arnfinn Hykkerud, Olsen, Frank, Førde, Olav Helge og Uleberg, Bård. (2019). Helseatlas for fødselshjelp 2015-2017. Retrieved from <https://helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-fodselshjelp.pdf>

- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2013). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *J Abnorm Child Psychol*, 42(5), 705-715. doi:10.1007/s10802-013-9818-9
- C. Hølen, J., Hofmann, B., J. Haug, C., Irgens-Jensen, H., Solberg, B., Rognstad, O.-A., . . . Enebak, V. (2016). *Vitenskapelig (u)redelighet*: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Cabrera, N., & Peters, H. E. (2000). Public Policies and Father Involvement. *Marriage & Family Review*, 29(4), 295-314. doi:10.1300/J002v29n04_04
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*, 206, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044
- Caprona, Y. C. d. (2013). *Norsk etymologisk ordbok : tematisk ordnet*. Oslo: Kagge.
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). Perceived Fairness and Relationship Satisfaction During the Transition to Parenthood: The Mediating Role of Spousal Support. *Journal of family issues*, 37(1), 3-28. doi:10.1177/0192513X13516764
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(1), 56-64. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x
- Covidence. (2020). Covidence systematic review software. Retrieved from www.covidence.org
- Da Costa, D., Danieli, C., Abrahamowicz, M., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., & Zelkowitz, P. (2019). A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *J Affect Disord*, 249, 371-377. doi:10.1016/j.jad.2019.02.033
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., . . . Khalifé, S. (2015). Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *Am J Mens Health*, 11(5), 1376-1384. doi:10.1177/1557988315606963
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 45. doi:10.1186/s12884-017-1229-4
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *J Adv Nurs*, 63(6), 626-633. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x
- Dwyer, P. A. (2020). Analysis and Synthesis. In Toronto Coleen E. & R. Remington (Eds.), *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Switzerland: Springer Nature Switzerland.
- Erlandsson, K., & Häggström-Nordin, E. (2010). Prenatal Parental Education From the Perspective of Fathers With Experience as Primary Caregiver Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study. *J Perinat Educ*, 19(1), 19-28. doi:10.1624/105812410X481537
- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sex Reprod Healthc*, 3(1), 3-9. doi:10.1016/j.srhc.2011.11.001
- Finnbogadóttir, H., Crang Svalenius, E., & K Persson, E. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19(2), 96-105. doi:10.1016/S0266-6138(03)00003-2
- Folkehelseinstituttet. (2020). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskrift om helsestasjons og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=forskrift%20om%20kommunenes%20helsefremmende%20og>

- Forsyth, C., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2011). Men's emotional responses to their partner's pregnancy and their views on support and information received. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, *51*(1), 53-56. doi:10.1111/j.1479-828X.2010.01244.x
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008. *Birth*, *36*(4), 305-318. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x
- Gillis, A., Gabriel, B., Galdiolo, S., & Roskam, I. (2019). Partner Support as a Protection Against Distress During the Transition to Parenthood. *Journal of family issues*, *40*(9), 1107-1125. doi:10.1177/0192513x19832933
- Gross, C. L., & Marcussen, K. (2017). Postpartum Depression in Mothers and Fathers: The Role of Parenting Efficacy Expectations During the Transition to Parenthood. *Sex Roles*, *76*(5), 290-305. doi:10.1007/s11199-016-0629-7
- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 65-65. doi:10.1186/s12888-018-1647-5
- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, *215*, 68-74. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.05.021
- Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, *79*, 102549. doi:10.1016/j.midw.2019.102549
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*, *25*(4), 806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*
- Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen. Roland, Brit Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019). *Svangerskapsomsorgen*
- Nasjonalt faglig retningslinje. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hildingsson, I., & Thomas, J. (2013). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of reproductive and infant psychology*, *32*(1), 41-56. doi:10.1080/02646838.2013.840882
- Huusko, L., Sjöberg, S., Ekström, A., Hertfelt Wahn, E., & Thorstensson, S. (2018). First-Time Fathers' Experience of Support from Midwives in Maternity Clinics: An Interview Study. *Nurs Res Pract*, *2018*, 1-7. doi:10.1155/2018/9618036
- Ives, J. (2014). Men, maternity and moral residue: negotiating the moral demands of the transition to first time fatherhood. *Sociol Health Illn*, *36*(7), 1003-1019. doi:10.1111/1467-9566.12138
- JBIG Joanna Briggs Institute. (2020). Critical appraisal tools. Retrieved from <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>
- Jeffery, T., Luo, K.-Y., Kueh, B., Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2015). Australian Fathers' Study: What Influences Paternal Engagement With Antenatal Care? *J Perinat Educ*, *24*(3), 181-187. doi:10.1891/1058-1243.24.3.181
- Joanna Briggs Institute. (2017). The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. Retrieved from https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_RCTs_Appraisal_tool2017_0.pdf

- Johansson, M., Thomas, J., Hildingsson, I., & Haines, H. (2016). Swedish fathers contemplate the difficulties they face in parenthood. *Sex Reprod Healthc*, 8, 55-62. doi:10.1016/j.srhc.2016.02.005
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B.-M., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*, 35(3), 223-235. doi:10.1080/02646838.2017.1297890
- Kowlessar, O., Fox, J. R., & Wittkowski, A. (2014). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of reproductive and infant psychology*, 33(1), 4-14. doi:10.1080/02646838.2014.971404
- Kuljanić, K., Dorčić, T. M., Bistrović, I. L., & Brnčić-Fischer, A. (2016). Prospective Fathers: Psychosocial Adaptation and Involvement in the Last Trimester of Pregnancy. *Psychiatr Danub*, 28(4), 386.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalevaag, A. L. (2014). Fathers' mental health and child development: The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioral development of their children. In: The University of Bergen.
- Laake, P., Olsen, B. R., & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4(4), 288-296. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer : en kunnskapsoppsummering*.
- Lawless, J., & Foster, M. J. (2020). Searching Systematically and Comprehensively. In Toronto, C. & Remington, R. (Ed.), *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG 2020.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(1), 24-24. doi:10.1186/1471-244x-8-24
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Luz, R., George, A., Vieux, R., & Spitz, E. (2017). ANTENATAL DETERMINANTS OF PARENTAL ATTACHMENT AND PARENTING ALLIANCE: HOW DO MOTHERS AND FATHERS DIFFER? *Infant Mental Health Journal*, 38(3), 445-445. doi:10.1002/imhj.21647
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord*, 64(2-3), 175-184. doi:10.1016/s0165-0327(00)00236-6
- Melillo, K. D. (2020). Formulating Review Question. In Toronto, C. & Remington, R. (Ed.), *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Switzerland: Springer Nature Switzerland.
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res*, 14(1), 579-579. doi:10.1186/s12913-014-0579-0
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Phys Ther*, 89(9), 873-880. doi:10.1093/ptj/89.9.873
- Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., & Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*, 18(1), 5-5. doi:10.1186/s12874-017-0468-4
- NAV. (2020). Foreldrepenger, engangsstønad og svangerskapsenger. Retrieved from <https://familie.nav.no/>

- NK LMH, Nasjonal, kompetansetjeneste, for, læring, og, mestring,. (2020). Hva er læring og mestring. Retrieved from <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/>
- O'Neill, M. M., Booth, S. R., & Lamb, J. T. (2018). Using NVivo™ for Literature Reviews: The Eight Step Pedagogy (N7+1). *The Qualitative Report.*, 23(13), 21-39. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol23/iss13/3>
- Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH). (2015). Family included: Engaging fathers and families in maternal and infant health. Retrieved from <https://www.who.int/pmnch/media/news/2015/fathers/en/>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969. doi:10.1001/jama.2010.605
- Paulson, J. F., Keefe, H. A., & Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(3), 254-262. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week—A qualitative interview study in Sweden. *Midwifery*, 28(5), e697-e704. doi:10.1016/j.midw.2011.08.010
- Pilkington, P. D., & Rominov, H. (2017). Fathers' Worries During Pregnancy: A Qualitative Content Analysis of Reddit. *J Perinat Educ*, 26(4), 208-218. doi:10.1891/1058-1243.26.4.208
- Pinto, T. M., Figueiredo, B., Pinheiro, L. L., & Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34(4), 343-355. doi:10.1080/02646838.2016.1178853
- Plantin, L., Olukoya, A. A., & Ny, P. (2011). Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering (Harriman, Tenn.)*, 9(1), 87-102. doi:10.3149/ft.0901.87
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pålsson, P., Persson, E. K., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I., & Kvist, L. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86-92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021>
- Regjeringen. (2018). Norge i Europa. Regjeringens strategi for samarbeidet med EU 2018-2021. Retrieved from https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/eustrategi_2018/id2600561/
- Regjeringen. (2020). Finn tema. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/id208/>
- Ruyter, K. W. (2018). Medisin og helsefag. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr*, 97(2), 153-158. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x
- Schumacher, M., Zubarán, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 21(2), 65-70. doi:10.1016/j.wombi.2008.03.008
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parent Sci Pract*, 15(1), 1-8. doi:10.1080/15295192.2015.992732
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2015). PROSPECTIVE FATHERS' ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, PREGNANCY-RELATED ANXIETY, AND DEPRESSION DURING PREGNANCY: Prospective Fathers' Adverse Childhood Experiences. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 104-113. doi:10.1002/imhj.21485
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2018). DOES FATHERS' PRENATAL MENTAL HEALTH BEAR A RELATIONSHIP TO PARENTING STRESS AT 6 MONTHS?: Fathers' Prenatal

- Mental Health and Stress. *Infant Mental Health Journal*, 39(5), 537-551.
doi:10.1002/imhj.21739
- Skjøthaug, T. (2019). Becoming fathers: adverse childhood experiences, partner attachment and mental health before childbirth as related to later perception of their own children. Retrieved from <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-73797>
- Solberg, B., & Glavin, K. (2018). Fathers want to play a more active role in pregnancy and maternity care and at the child health centre. *Sykepleien forskning (Oslo)*(72006), e-72006.
doi:10.4220/Sykepleienf.2018.72006en
- SSB, Statistisk sentralbyrå. (2020a). Fødsler, etter statistikkvariabel og år. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/05532/tableViewLayout1/>
- SSB, Statistisk sentralbyrå. (2020b). Fødte. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar>
- Stiftelse for helsetjenesteforskning. (2013). *Slik oppsummerer vi forskning : håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*(3.2. rev. utg. ed.).
- Sundhedsstyrelsen. (2013). Anbefalinger for svangreomsorgen. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/Viden/Graviditet-og-foedsel/Svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen>
- The World Medical Association. (2020). DECLARATION OF HELSINKI
- Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- Thomas, J. E., Bonér, A. K., & Hildingsson, I. (2011). Fathering in the first few months. *Scand J Caring Sci*, 25(3), 499-509. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00856.x
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2012). Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 75-75. doi:10.1186/1471-2393-12-75
- Toronto, C. E., & Remington, R. (2020). *A Step-By-Step Guide to Conducting an Integrative Review* (1 ed.). Cham: Cham: Springer International Publishing AG.
- Torp, I. S. (2019). Vancouveranbefalingene. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vancouveranbefalingene/>
- Torraco, R. J. (2016). Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human resource development review*, 4(3), 356-367. doi:10.1177/1534484305278283
- Tricco, A. C., Antony, J., Soobiah, C., Kastner, M., MacDonald, H., Cogoo, E., . . . Straus, S. E. (2016). Knowledge synthesis methods for integrating qualitative and quantitative data: a scoping review reveals poor operationalization of the methodological steps. *J Clin Epidemiol*, 73, 29-35. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.12.011
- Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., Braeken, J., & van Bakel, H. J. A. (2014). Stability of fathers' representations of their infants during the transition to parenthood. *Attach Hum Dev*, 16(3), 292-306. doi:10.1080/14616734.2014.900095
- Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2014). Fathers' experiences during pregnancy: Paternal prenatal attachment and representations of the fetus. *Psychology of men & masculinity*, 15(2), 129-137. doi:10.1037/a0033070
- Vågan, A., Olsson, Ann Britt Sandvin. (2018). Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse. Retrieved from https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG.pdf
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Richardson, B., McPhie, S., & Hill, B. (2015). The inter-relationship between depressive, anxiety and stress symptoms in fathers during the antenatal period. *Journal of reproductive and infant psychology*, 33(4), 359-373. doi:10.1080/02646838.2015.1048199

- Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatr*, *105*(9), 1014-1023. doi:10.1111/apa.13501
- Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart Lung*, *43*(5), 453-461. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.05.014
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- WHO, World Health Organisation. (2007). Fatherhood and Health outcomes in Europe. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
- WHO, World Health Organisation. (2015). Family included: Engaging fathers and families in maternal and infant health. Retrieved from <https://www.who.int/pmnch/media/news/2015/fathers/en/>
- WHO, World Health Organisation. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Widarsson, M., Engstrom, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B., & Lundberg, P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. In *Scand. J. Caring Sci.* (pp. 839-847).
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *J Clin Nurs*, *24*(7-8), 1059-1068. doi:10.1111/jocn.12784
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support Needs of Expectant Mothers and Fathers: A Qualitative Study. *J Perinat Educ*, *21*(1), 36-44. doi:10.1891/1058-1243.21.1.36
- Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W., & He, H.-G. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*, *62*, 135-145. doi:10.1016/j.midw.2018.04.013
- Åsenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2014). Becoming a father is an emotional roller coaster – an analysis of first-time fathers' blogs. *J Clin Nurs*, *23*(9-10), 1309-1317. doi:10.1111/jocn.12355

VEDLEGG

VEDLEGG 1 LITTERATURSØK

VEDLEGG 2 PRISMA 2009 CHECKLIST

VEDLEGG 3 CRITICAL APPRAISAL TOOLS FOR USE IN JBI SYSTEMATIC
REVIEWS

VEDLEGG 4 OPPSUMMERINGSTABELL

VEDLEGG 1 LITTERATURSØK

23/03/2020

Ovid: Search Form

Ovid®

[My Account](#)



[Help](#)

[Feedback](#)

Wolters Kluwer

[Logoff](#)

[Search](#) [Journals](#) [Books](#) [Multimedia](#) [My Workspace](#) [Visible Body](#)

▼ **Search History** (18)

[View Saved](#)

<input checked="" type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
<input checked="" type="checkbox"/>	1	Prenatal Care/ or Obstetrics/ or Maternal Health Services/ or Pregnancy/ or Midwifery/	887375	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/> Contract
<input checked="" type="checkbox"/>	2	(midwife* or midwife*).tw,kf.	24390	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	3	(pregnan* adj5 care).tw,kf.	10756	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	4	(pregnan* adj5 service*).tw,kf.	2598	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	5	(prenatal or antenatal).tw,kf.	126062	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	6	Paternal Behavior/ or Fathers/ or Father-Child Relations/	12850	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	7	father*.tw,kf.	41147	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	8	paternal.tw,kf.	22359	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	9	(father* adj5 role).tw,kf.	912	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	10	Adaptation, Psychological/ or Adaptation, Physiological/	164951	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	11	Self Efficacy/	19731	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	12	(cop* or involve* or experienc* or support* or self-efficacy).tw,kf.	4511620	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	13	1 or 2 or 3 or 4 or 5	936977	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	14	6 or 7 or 8 or 9	62267	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	15	10 or 11 or 12	4611281	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	16	13 and 14 and 15	3175	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	17	limit 16 to yrs="2010 -Current"	1520	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	18	from 17 keep 1-1504	1504	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>

VEDLEGG 2 – PRISMA 2009 CHECKLIST



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	4
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	Abstract
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	1-3
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	4 + 13
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	Vedlegg 4
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	10-18 Tabell 1
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	13-14
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	13-14 + Vedlegg 1
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	14-18 Fig 2 ,s.20
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	14-18
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	17
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	14-18
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	19
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	21-36



PRISMA 2009 Checklist

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	36 + 48-52
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Vedlegg 3
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	20
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	Tabell 4, s. 21 Vedlegg 4 Kapittel 5
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	37-38
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	Metadata foran hvert tema i kapittel 5
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Vedlegg 4
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	36-37
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Vedlegg 3
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	38-39 53-54
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	48-52
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	53-54
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	Ingen

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

VEDLEGG 3 CRITICAL APPRAISAL TOOLS FOR USE IN JBI SYSTEMATIC REVIEWS

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVALITATIVE STUDIER

Spørsmål:

1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?
7. Is the influence of the research, and vice-versa, addressed?
8. Are participants, and their voices, adequately represented?
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?

Author	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Persson, Fridlund, Kvist & Dykes, 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fenwick, Bayes, Johansson, 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Ja	Ja	Ja
Erlandson og Haggstrøm-Nordin, 2010	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
Widarsson, Kerstis, Sundquist, Engstrøm, Sarkadi, 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pilkington & Rominov, 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	NA	Ja
Huusko, Sjøberg, Ekstrøm, Hertfelt Wahn & Thorstenssin, 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Uklart	Ja	Ja
Darwin, Galdas, Hinchliff, Littlewood, Mcmillan, Mcgowan & Gilbody, 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pålsson, Persson, Ekelin, Kristensson Hallström, & Kvist, 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja
Åsenhed, Kilstam, Alehagen & Baggens, 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NA	Ja
Ives, 2014	Ja	Nei	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Widarsson, Engstrom, Tydén, Lundberg & Hammar, 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Uklart	Ja	Ja
Jeffery, Luo, Kueh, Petersen, Quinlivan, 2015	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei	Nei	Uklart	Uklart	Uklart
Johnsen, Stenback, Halldén, Crang Svalenius & Persson, 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Uklart	Ja	Uklart
Kowlessar, Fox & Wittkowski, 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Delvis	Ja	Ja
Johansson, Hildingsson & Haines, 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Delvis	Ja	Ja
Solberg & Glavin, 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Uklart	Ja	Ja

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV RCT (Randomized Controlled Trials)

Spørsmål:

1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?
2. Was allocation to treatment groups concealed?
3. Were treatment groups similar at the baseline?
4. Were participants blind to treatment assignment?
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?
11. Were outcomes measured in a reliable way?
12. Was appropriate statistical analysis used?
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?

Author		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Bergstrøm, 2013	Sekundær-analyse av en RCT	Nei	NA	NA	Nei	Nei	Uklart	NA	Ja	NA	NA	Ja	Ja	NA
Bergstrøm, Rudman, Waldenstrøm & Kieler, 2013.	Sekundær-analyse av en RCT	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVASIEKSPERIMENTELLE STUDIER

Spørsmål:

1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?
2. Were the participants included in any comparisons similar?
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?
4. Was there a control group?
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?
8. Were outcomes measured in a reliable way?
9. Was appropriate statistical analysis used?

Author	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andersson & Small, 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart (*)	Ja	Ja	Ja

*) Stort frafall fra studie 1 til studie 2.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV TVERRSNITTSTUDIE

Spørsmål:

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?
2. Were the study subjects and the setting described in detail?
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?
5. Were confounding factors identified?
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
8. Was appropriate statistical analysis used?

Author		1	2	3	4	5	6	7	8
Gøbel, Barkmann, Arck, Hecher, Schulte- Markwort, Diemert & Mudra, 2019		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Andresson, Norman, Kanlinder & Plantin, 2016		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kuljanić, Dorčić, Bistović & Brnčić-Fischer, 2016		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Vreeswijk, Maas, Rijk & Van Bakel, 2014	*)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Forsyth, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom, 2011	*)	Ja	Nei	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja
Da Costa, Zekowitz, Dasgupta, Sewitch, Lowensteyn, Cruz, Hennegan & Khalifé, 2015	*)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*) Tolket som tverrsnittstudie.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KOHORTSTUDIER

Spørsmål:

1. Were the two groups similar and recruited from the same population?
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?
4. Were confounding factors identified?
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?
11. Was appropriate statistical analysis used?

Author	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bouchard, 2012	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei *)	Ja	Ja
Ahlqvist-Bjørkroth, Korja, Junttila, Savonlahti, Pajulo & Raiha, 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Luz, George, Vieux & Spitz, 2017	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei *)	Nei	Ja
Gurber, Baumeler, Grob, Surbek & Stadlmayr, 2017	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei *)	Nei	Ja
Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken, Van Bakel, 2014.	NA	NA	Ja	NA	NA	Uklart	Ja	Ja	Nei **)	Nei	Ja
Da Costa, Danieli, Abrahamowicz, Dasgupta, Sewitch, Lowensteyn & Zelkowitz, 2019	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei *)	Ja	Ja
Thomas, Bonér & Hildingsson, 2011	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei *)	Nei	Ja
Hildingsson & Thomas, 2013	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei *)	Nei	Ja
Wee, Skouteris, Richardson, McPhie & Hill, 2015	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei *)	Uklart	Ja
Gross & Marcussen, 2017	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Ja
Gillis, Gabriel, Galdiolo & Roskam, 2019	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei *)	Nei	Ja
Pinto, Figueiredo, Pinheiro & Canário, 2016	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei *)	Nei	Ja
Jeffery, Luo, Kueh, Petersen & Quinlivan, 2015	***)	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	NA	NA	NA	Ja
Johansson, Thomas & Hildingsson, 2016	***)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Ja

*) Nei, frafall beskrevet

**) Nei, nesten komplett, frafallet ikke beskrevet

***) Mixed methods, vurdert ift kvantitative data (kohort)

(JBI Joanna Briggs Institute, 2020)

VEDLEGG 4 OPPSUMMERINGSTABELL

Oppsummeringstabell					
	Forfattere, år og land	Hensikt med studien	Metode og design	Deltakere og tilretteleggelse	Hovedfunn
Kvalitative studier, N = 14					
1	Persson, Fridlund, Kvist og Dykes 2012 Sverige	Å utforske og beskrive faktorer som påvirker fars opplevelse av trygghet i den første postnatale uken.	Utforskende design med kvalitativt tilnærming. Intervju med narrativ metode.	N= 13 fedre i alderen 25-37 år. Friskt barn >37 uker i sør-Sverige. Åtte deltok i fokusgruppeintervju og 5 i individuelle intervjuer, 3-9 uker etter fødselen. Rekruttert fra foreldreforberedende grupper og barselavd.	Viktig for fedre for å kjenne trygghet postnatalt: <ul style="list-style-type: none"> • Behov for, og vilje til å få delta og ta ansvar fra svangerskapets start, fødsel og første tiden med barnet <ul style="list-style-type: none"> - Ønske om å bli involvert prenatalt - Kjenne seg forberedt til fødselen - Bli gitt muligheten til å ta ansvar og dele ansvaret sammen med mor • Bli møtt som en individuell og kjenne seg involvert. • Kunnskapsbehov
2	Erlandson og Haggström-Nordin 2010 Sverige	Å fange fedres oppfattelse av temaene for foreldreveiledning (fødselsforberedende kurs) i svangerskapet, sett i lys av deres	Fenomenografisk metode	N= 15 fedre i alderen 28-54 år. Eneomsorg for barnet i perioden 1 til 7 timer etter fødselen pga mors postoperative opphold.	<ul style="list-style-type: none"> • Behov og ønske for å bli sett på, og involvert som primær omsorgsperson på linje med mor.

		erfaringer som primær omsorgsperson for barnet umiddelbart etter fødselen		Intervju mellom 8 dager og 6 uker postnatalt. Fedre deltatt på fødselsforberedende kurs	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsket å ta likestilt ansvar med mor og så seg selv som viktig for barnet. • Fedrene mente at å ikke bli involvert, kan føre til at far tar mindre ansvar. • Behov for kunnskap om den første tiden med barnet etter fødselen
3	Fenwick, Bayes og Johansson 2012 Australia	Å utforske og beskrive menns erfaringer i svangerskap og forventninger til fødsel.	Deskriptivt kvalitativt design med ustrukturerte åpne spørsmål.	N= 12 fedre over 18 år Single barn. To intervju i 2. eller 3. trimester prenatalt, samt ett intervju ca 8 uker postnatalt. Flergangsfedre skulle tenke på sitt første barn. Seks fedre skrev i tillegg dagbok. To svangerskap planlagt, ti uplanlagt. Rekruttert i svangerskapsomsorgen.	<ul style="list-style-type: none"> • Av fedrene kjente 11 av 12 på ambivalens og bekymring for fremtiden ved svangerskapets start med tanke på bla forholdet til partner og økonomisk sikkerhet. Følelse av skyld over disse tankene. • Kjente på behov for tid til å tilpasse seg - gjennomgå en overgang til nye forventninger. Ulike behov for tidslengde. Deltakelse på rutine UL, høre babyens hjerteslag og kjenne spark var positive bidragsyttere i prosessen. • For noen kom bekymringer og engstelse tilbake i tiden før fødselen. • Opplevelse av å være tilsidesatt, ignorert og ikke bli sett av helsepersonell under konsultasjonene i

					<p>svangerskapsoppfølgingen. Delvis forståelse ut fra at det ikke var de som var fysisk gravide, men helsepersonell forverret følelsen og gjorde at de følte seg «satt i bås».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ønsket å være en støtte for partneren under fødselen.
4	<p>Widarsson et al. 2012 Sverige</p>	<p>Å beskrive hva ventende mødre og fedre ser de har behov for av støtte i svangerskapet</p>	<p>Kvalitativt studie med et naturalistisk design</p>	<p>N= 10 fedre. Kombinasjon av fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Rekruttert i svangerskapsomsorgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fedrene ønsket å være en støtte for sine partnere. • Behov for sosial støtte. Partner ansett som den viktigste støtten. Deretter familie og venner med barn. • Behov for fokus på psykososial og følelsesmessig støtte for begge. • Fedrene ønsket å bli involvert av helsepersonell slik at konsultasjonen også for dem ble nyttig. • Fødselsforberedende gruppe var ansett som et mulig sted å knytte kontakt med andre.
5	<p>Pilkington og Rominov 2017 Australia</p>	<p>Å identifisere hvilke typer bekymringer kommende fedre under svangerskapet rapporterer om, ved å gjøre en kvalitativ</p>	<p>Kvalitativ analyse</p>	<p>N= 426 anonyme brukere som prenatalt skrev 535 poster.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bekymringer og engstelse i svangerskapet: <ul style="list-style-type: none"> - Relatert til babyen, 50,8%. I 1. og 2.trimester var hovedgrunnen frykt for

		analyse av anonyme poster på Reddits nettforum PreDaddy for kommende fedre.			<p>perinatalt tap. I 3.trimester, engstelse for fødsel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatert til partner, 17%. Bekymringer for partners helse og partnerforhold var tilstede under hele svangerskapet. - Individuelle faktorer som farsrolle og føle seg uforberedt, 16,3%. Å føle seg uforberedt var kun tilstede i 1. trimester mens bekymringer for farsrollen ble opprettholdt hele svangerskapet, men sterkest i 2.trimester. - Eksterne faktorer som f.eks personlig økonomi, 15,9% avtok utover svangerskapet.
6	Huusko et al. 2018 Sverige	Å beskrive erfaringene førstegangsfedre gjorde seg mtp støtten de fikk fra jordmødre i mødreklinner som et steg i valideringen av FaPPS skalaen (The Father Perceived Professional Support scale).	Kvalitativ analyse med både induktiv og deduktiv tilnærming.	N= 7 fedre i alderen 21- 42 år. Deltatt på svangerskapskonsultasjoner Ukompliserte svangerskap. Fem intervjuet prenatalt, to postnatalt FaPPS skalaen måler fars fornøydhet med den profesjonelle støtten fra	<ul style="list-style-type: none"> • Førstegangsfedre erfarte at de ikke visste hvilken støtte de trengte. De visste ikke hva de skulle spørre om. • Fedrene rapporterte seg involvert av jordmor, men at de selv måtte være aktive for at det skulle skje. Ønske om å bli direkte og aktivt involvert av jordmødre, å bli sett. Lett å ekskludere seg selv.

				<p>helsepersonell under svangerskapet.</p> <p>Induktiv del: Semistrukturert intervju</p> <p>Deduktiv del: Spørsmål basert på FaPPS skala som et steg i validering av skjema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ønske om mer direkte støtte fra jordmor til dem som kommende fedre. Kvinnen var den gravide, men begge skulle bli foreldre. • Fedrene savnet noen å diskutere privat med, om tema rundt farsrollen. • Bruk av internett, familie, venner og kollegaer med barn ble benyttet istedenfor svangerskapsomsorgen. • Fødselsforberedende gruppe, opplevdes lærerikt og som et sted hvor man fikk sosial støtte fra andre kommende fedre. Ønsket mer tid til dialog og diskusjon, og aller mest dialog fedre seg imellom. • Ønsket å delta på svangerskapskonsultasjoner både for å lære om babyen og vise støtte til partneren sin
7	Darwin et al. 2017 Storbritannia	Å undersøke synet på, og opplevelsene første- og flergangsfedre rapporterte om av symptomer langs kontinuumet mellom psykisk helse og uhelse, angående deres	Fortolkende kvalitativt design	<p>N= 19 fedre i alderen 25-44 år.</p> <p>Av dem var 14 førstegangsfedre. Fedrene var rekruttert fra kohortstudien BaBY.</p> <p>Fedrene som takket ja til studien hadde i</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det var en taus kunnskap blant fedrene om perinatal mental uhelse, og usikkerhet om det var legitimt å ha slike følelser og rett til anerkjennelse og støtte fra andre. • Det var en tendens til at fedrene minimerte sine egne

		<p>perinatale mentale helse, samt utforske deres oppfatninger av hva som gjør perinatale psykiske helseressurser tilgjengelige og akseptable.</p>		<p>gjennomsnitt høyere skåre på angst og depresjon enn dem som takket nei. Semistrukturert intervju 5-10 mnd etter fødselen.</p>	<p>vanskeligheter og brukte andre ord, som stress.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flertallet av fedrene som rapporterte stress, tidfestet følelsen til postnatal periode og knyttet stresset til utfordringer med å tilpasse seg farsrollen. • Opplevelse av konflikt mellom ønsket om å bli mer involvert av helsepersonell og usikkerheten om det ville ta vekk hovedfokuset på partneren. Partnerens mentale helse var viktigst. • Ønske om å være beskytter for partneren og ta vare på forholdet deres. • Støttenettverk, ansett som viktig for fedrenes mentale helse. Partneren ansett som deres viktigste støtte, dernest familie, venner og kollegaer. • Samarbeid mellom seg og partneren var et godt fundament for å mestre farsrollen • Førstegangsfedre: Følelse av å være lite forberedt til barnet skulle komme – opplevde lite informasjon rettet direkte mot seg som kommende fedre.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> • Flergangsfedre: Fordel med tidligere erfaringer, men ikke nødvendigvis dersom det hadde vært komplikasjoner. • Ønsket å snakke med andre som også skulle bli fedre- lære av andre. • Opplevelse av at tidligere lærte mestringsstrategier ikke fungerte i møte med stresset de kjente på. • Etter fødselen opplevde fedrene økt mestringsfølelse i farsrollen av å tilbringe tid sammen og i samspill med barnet sitt, samt gjennom pappapermisjonen.
8	Johnsen et al. 2017 Danmark Finland Sverige	Å belyse vordende førstegangsfedres opplevelser av deltakelse under graviditet i tre nordiske land.	Kvalitativ innholdsanalyse iflg Elo & Kyngäs	N= 31 førstegangsfedre i alder 24 - 43 år Fordeling mellom landene: Danmark (8) Sverige (18) Finland. (5)	<ul style="list-style-type: none"> • "Willingness to participate", med to generiske kategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Å være ved siden av. - Sementering av partnerskapet. • Fedre etterspurte mer kunnskap om partnerrollen under graviditet. • Fedre hadde ulikt informasjonsbehov.
9	Pålsson et al. 2017 Sverige	Å beskrive førstegangsfedre opplevelser av deres	Kvalitativ design med fenomenografisk tilnærming.	N= 15 fedre i alder 19-37 år.	<ul style="list-style-type: none"> • Fedre ønsket veiledning i livsovergangen til farsrollen og

		prenatale forberedelse i forhold til utfordringer møtt i den tidlige foreldreperioden		Individuelle intervju ca 1 mnd postnalt. Strategisk rekruttering. Rekruttert på barselavdelinger.	utvikle strategier for livet med baby. <ul style="list-style-type: none"> • Ønsket å bli behandlet som likeverdig som forelder • Ønsket å ha en deltakende rolle som kan styrke farsidentiteten.
10	Åsenhed, Kilstam, Alehagen og Baggens. 2014 Sverige	Å identifisere og beskrive førstegangsfedres farskapsprosess under partnerens graviditet.	Kvalitativ innholdsanalyse, Graneheim & Lundman (2004).	N= 11 blogger skrevet av svenske førstegangsfedre Tema: Å bli far. Alder: 6 fedre hadde oppgitt sin alder, den varierte mellom 22 og 34 år. Bloggen skulle starte i svangerskapet, og vare til fødsel.	<ul style="list-style-type: none"> • Å bli far for første gang opplevdes som en emosjonell berg- og dalbane, der farsrollen ikke var åpenbar. • Menn reflekterte over egne rollemodeller for godt farskap. • Menn følte seg ekskludert i svangerskapsomsorgen • Menn hadde vansker med å finne en god måte å støtte partneren sin på. • Spenning mellom positive og frustrerte følelser.
11	Ives. 2014 Storbritannia	Ikke formulert et tydelig mål for studien. Men, dataene fra studien er hentet fra en u.s. som undersøker den etiske normativiteten i samtidens farskap og helsetjenestenes rolle i dette.	Kvalitativ. Studien fulgte ikke Grounded theory, men analytiske prosessen var tilpasset GT.	N= 11 førstegangsfedre i alder 22 - 58 år. Dybdeintervju og telefonintervju gjennom 8-9 mnd.	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivende temaer: <ul style="list-style-type: none"> - På innsiden, se innover (en følelse av distanse til barnet) - Tilstedeværende, men ikke deltakende. - Forsvar og støtte, beskrevet som et dilemma mellom fedres opplevelse og deres tilsynelatende aksept av å være mindre involvert.

12	Widarsson et al. 2015 Sverige	Å beskrive vordende mødres og fedres perspektiver på fedres involvering under graviditet. (denne studien inkluderer mødre og fedre fra og tradisjonell familiekonstellasjon.)	Deskriptivt kvalitativt design med kvalitativ innholdsanalyse, Graneheim & Lundman.	N= 10 fedre i alder 21-56 år. Fire fokusgruppeintervju og 12 individuelle intervju i median 34. svangerskapsuke.	<ul style="list-style-type: none"> • "Paddling upstream" en beskrivelse av fedres involvering i svangerskapet. • Fedre var forventet å være involvert fra tidlig prenatalt. • Begge foreldre beskrev hvordan faren prøvde å leve opp til forventningene, og at han var den beste støtten for moren. • Fedre følte seg rådvill, søkte støtte hos partner. • En barriere for fedre var fagpersonalet de møtte i svangerskapsomsorgen. Personalet så moren og barnet, men ikke hele familien. • Der begge foreldre var deltakende i foreldreforberedelsen økte fedrenes engasjement og overgang til forelderrollen.
13	Kowlessar, Fox og Wittkowski, 2014 Storbritannia	Å undersøke fedres opplevelse det første året som foreldre.	Fortolkende fenomenologisk metode.	N= 10 førstegangsfedre i alder 27- 47 år. Intervju 7-12 måneder postnatalt.	<ul style="list-style-type: none"> • Fedre følte seg «separert» under graviditetsprosessen, disse følelsene vedvarte gjerne til etter barnet var født.

					<ul style="list-style-type: none"> • Menn og kvinners foreldreopplevelse var sammenflettet. • Fedres overgang til farskap var mindre definert enn mødres • Følelser far kjente på: <ul style="list-style-type: none"> - Usikkerhet - Separasjon - Marginalisering
14	Solberg og Glavin. 2018 Norge	Å beskrive hvordan førstegangsfedre opplever møtet med helsetjenestene gjennom svangerskapet, fødselen og barnets tre første levemåneder.	Kvalitativ innholdsanalyse, Graneheim & Lundman. Induktiv tilnærming.	N= 9 intervju med fedre ved barnets ca 3 mnd alder. Gjennomsnittsalder på fedre: 30,7 år.	<ul style="list-style-type: none"> • Fedrene opplevde å bli inkludert i helsetjenestene i varierende grad. • Hovedfunn: Både «utenforskap» (ekskludering og overstyring) og «inkludering» (deltakelse og tilpasning). • Fedrene ønsket en mer aktiv og inkludert rolle, både i graviditet, fødsel og under oppfølging på helsestasjonen.
Mixed methods					
N = 2					
15	Jeffery et al. 2015 Australia	Å vurdere nivåer av engasjement hos fedre i Australia, og bestemme om faktorer i svangerskapsomsorgen kan påvirke fedres engasjement.	Mixed Methods. En del av den longitudinell studie, Australian fathers' study.	N= 100 fedre med gjennomsnittsalder 30,1 år. Kvalitativ del, 59 fedre kommenterte Validerte spørreskjema, både kvantitative og kvalitative spørsmål.	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 83% av fedrene rapporterte at de ikke følte seg engasjert i svangerskapsomsorgen • Kvantitative funn fant hinder med signifikans $p < 0,1$: <ul style="list-style-type: none"> - Tidspress

			Kvalitativ innholdsanalyse, Elo & Kyngäs, 2008. Deskriptiv analyse, kvantitative data		<ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsrelaterte barrierer for oppmøte (jobber > 40t/uken) - Lav kvalitet på svangerskapskonsultasjon • Den kvalitative analysen oppsummerte 2 tema: <ul style="list-style-type: none"> - Verdsatt rolle i beslutninger - Helsepersonellens egenskaper • Årsaker til manglende engasjement, forklart av fedrene: <ul style="list-style-type: none"> - Tidspress - Far følte seg som observatør på svangerskapskonsultasjon - Fedre manglet kunnskap til å spørre spørsmål - Jobb var en barriere for å delta på svangerskapskonsultasjon - En følelse av å være uforberedt - Angst hos fedre
16	Johansson, Thomas, Hildingsson og Haines.	Å undersøke hvilke bekymringer svenske fedre hadde om farskap	Dataene analysert med «mixed methods».	N= 827 menn deltok, hvorav 47% førstegangsfedre	<ul style="list-style-type: none"> • Mer sannsynlig at flergangsfedre: <ul style="list-style-type: none"> - Alder > 35 år (p<.001)

	2016 Sverige	da barnet deres var 2 måneder.	Kvalitative data analysert med innholdsanalyse beskrevet av Downe-Wambolt. Kvantitative data med både deskriptiv og inferentiell statistikk. En del av en prospektiv longitudinell kohortstudie, Sverige 2007-2008.	Selvrapporterende spørreskjema: Skjema 1: midt, prenatalt Skjema 2: 2 mnd, postnatalt	<ul style="list-style-type: none"> - Bodde sammen med partner (p=.046) - Følte seg mindre positiv til å bli far (p=.047) - Oppgga selvopplevd emosjonell helse 2 mnd postnatalt til å være «mindre god» (p < 0.01) • Ca 30% av fedre, både første- og flergangsfedre, rapporterte bekymring for vansker i forhold til foreldreskap • Kvalitativ analyse resulterte i ett tema: «Håndtere krav om å være far», med underkategoriene: <ul style="list-style-type: none"> - Å ha ansvar som far <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sørge for en god oppvekst ▪ Ha god økonomi - Kamp for en tilstand av likevekt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha nok tid ▪ Navigere nye familiemønstre
Kvantitative studier, N = 21					
17	Bergstrøm, Rudman, Waldenstrøm og Kieler.	Å undersøke om antenatal frykt for fødsel hos menn påvirker deres	Sekundær analyse. Data hentet fra en RCT, TUFF studien som omhandlet	N= 762 fedre, hvorav 83 fedre hadde frykt for fødsel.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen signifikante sosiodemografiske forskjeller mellom fedre med, og uten FOC.

	2013 Sverige	fødselsopplevelse, og om denne erfaringen er assosiert med type fødselsforberedelse.	fødselsforberedende kurs.	<p>Rekruttert i uke 19 av jordmor i svangerskapsomsorgen. Kartleggingsverktøy: W- DEQ B, brukt for å avdekke FOC (fear of childbirth).</p> <p>Intervensjonsgruppe: 39 fedre med FOC Kontrollgruppe: 44 fedre med FOC</p> <p>Randomisering, utført av et dataprogram. Spørreskjema angående fødselserfaringen ble besvart av fedrene 3 mnd etter fødselen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det var ingen signifikante forskjeller i baselinekarakteristikker eller fødselsutfall mellom fedrene i intervensjons- og kontrollgruppen. • Fedre som oppga FOC hadde generelt mer bekymringer i svangerskapet ($p < 0.001$) og ratet sin helse som mindre god ($p < 0.001$). • Større andel av fedrene med FOC enn dem uten, hadde partnere med samme engstelse ($p < 0.001$). • Fedre med FOC hadde en øket risiko for å oppleve fødselen som traumatisk (OR 4,68; 95% CI 2.67- 8.20) og føle seg uforberedt (OR 4.04; 95% CI 2.67- 7.84) sammenlignet med dem uten FOC. • Menn med FOC i intervensjonsgruppen hadde lavere risiko for å oppleve fødselen som traumatisk (OR 0.30; 95% CI 0.10- 0.95) og føle seg uforberedt (OR 0.20; 95% CI 0.05- 0.86) enn de med FOC i kontrollgruppen.
--	-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18	<p>Ahlqvist-Björkroth et al. 2016 Finland</p>	<p>Å undersøke om selvrapporterte ekteskapelige problemer påvirker mødres og fedres forestilling om barnet prenatalt i en lavrisikopopulasjon. Deretter å undersøke om det er en assosiasjon mellom mødres depressive symptomer og forvrengt prenatal forestilling av barnet, og til sist utforske tidligere funn (Vreeswijk et al, 2014) som antyder at fedres depressive symptomer ikke er relatert til deres prenatale forestilling av barnet. I tillegg hadde studien til hensikt å utforske virkningene av sameksisterende ekteskapelige problemer og depressive symptomer, både på individ- og familienivå, på mødres</p>	<p>Repeterende kohort design, som del av STEP kohortstudien.</p>	<p>N= 153 gifte eller samboende fedre med gj. snittsalder på 32,2 år, hvorav 52% var førstegangsfedre. Majoriteten, høyere utdannet med middels inntekt. Kartleggingsverktøy: Uke 20: RDAS (marital distress). Parene ble plassert i grupper; 1.«problemer i forholdet» og 2.«sannsynlig ikke problemer i forholdet» basert på skåre. Gruppetilhørighet var blindet for analyseutføreren. EPDS, cut-off ≥ 10. Uke 29- 32: WMCI (The working model of child interview), modifisert til bruk for fedre. Kategorier: balansert, frakoblet, fordreid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 10% (n=15) av fedrene skåret over cut-off på EPDS i uke 20. • En moderat sammenheng mellom fars RDAS og EPDS skår, $r(149) = 0.47$, $p = <0.01$ • WMCI klassifisert etter kategorier; ca 57% balansert, ca 30% frakoblet og ca 13% fordreid. • Forskjellen mellom WMCI dikotomt (balansert, ikke-balansert) i RDSA gruppene viste en svak statistisk signifikant forbindelse mellom dårlig parforholdskvalitet og forestillinger om barnet prenatalt i kategoriene balansert og ikke-balansert ($p = 0.02$). • I gruppe 1. hadde ca 46% balansert og ca 54% ikke-balansert. I gruppe 2. var ca 65% balansert og ca 35% ikke-balansert. Fedre i gruppe 1 hadde mindre balanserte forestillinger av det kommende barnet enn fedrene i den andre gruppen og kan tyde på at fars partnerforhold i svangerskapet spiller en rolle for grad av
----	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		og fedres prenatale forestilling av barnet. 4 hypoteser er fremsatt både angående mødre og fedre.			<p>tilknytning til det kommende barnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det var ingen signifikant forskjell mellom fedres WMCI klassifisering og depressive symptomer ($p=.13$).
19	Bouchard. 2012 Canada	Å undersøke om fars postnatale engasjement er påvirket av generasjonsoverføring gjennom tilknytning til egen mor og faktorer som å være gift eller samboende. Modellen insinuerer at ekteskap vil være modererende for "morseffekten" og det skal være mulig å se dette ut fra om mannen er gift eller samboende. To hypoteser ble testet.	Longitudinell kohort design	<p>N= 158 førstegangsfedre i alder >18 år, som bodde sammen med sin partner, og ventet sitt første barn. 49% var i starten gift, 51% var samboende.</p> <p>Spørreundersøkelse x2, ca uke 32 prenatalt og 6 mnd postnatalt.</p> <p>Kartleggingsverktøy: Uke 32: Parental Physical Affection Scala- barndomserfaringer og forhold til egne foreldre. I tillegg spørsmål angående deres prenatale involvering hvor fedrene skåret sine erfaringer som kommende far.</p> <p>6 mnd post partum: Spørreskjema som målte engasjement i forhold til barnet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikant sammenheng mellom forhold til egen mor (fysisk hengivenhet gjennom oppveksten) og prenatal involvering ($p<.001$) og postnatal engasjement ($p<.001$). Jo høyere skåre i forhold til egen mor i oppveksten, jo mer prenatal involvering og postnatal tilknytning fikk far til eget barn. • Ekteskapeleg status modererte forholdet mellom fars involvering prenatalt og engasjering postnatalt og sin opplevde nærhet til egen mor i egen oppvekst. <ul style="list-style-type: none"> - For samboende fedre var et nært forhold til egen mor assosiert med prenatal involvering ($p<.001$). Hos fedre som var gift var ikke forhold til egen mor signifikant ($p=.37$).

					<ul style="list-style-type: none"> - For samboende fedre var et nært forhold til egen mor assosiert med postnatalt engasjement ($p < .001$). Hos fedre som var gift hadde ikke forhold til egen mor betydning ($p = .43$). - Fars forhold til egen far var ikke avgjørende ($p = .63$) hverken om far var samboende eller gift.
20	Gøbel et al. 2019 Tyskland	Å undersøke hvordan egen partner-tilknytningsevne, angst og fiendtlighet, samt partners angst og fiendtlighet kan påvirke prenatal bonding til barnet, både kvalitetsmessig (følelsesmessig-påvirket av fars psykologiske variabler) og intensitet (tid brukt på å tenke på det kommende barnet-påvirket av foreldremiljø og arbeidsmengde) i andre og tredje trimester	Tverrsnittstudie, utledet av data fra to kohortstudier	N= 93 fedre med gjennomsnittsalder 35,1 år og partnere >18 år med single svangerskap. Fedre; høyere utdanning og inntekt middels til høy. Kartleggingsverktøy: 2. eller 3. trimester: PAAS (paternal-fetal bonding) målt i kvalitet og intensitet ved hjelp av tre forklaringsvariabler, GAD -angstnivå. BSI -nivå av generell fiendtlighet. ECR-R -partnertilknytning.	<ul style="list-style-type: none"> • Prenatal bonding var påvirket individuelt av følelsesmessig velvære og forhold til partner. • Fars prenatale bonding i forhold til kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> - Ingen signifikant sammenheng ble funnet mellom grad av prenatal bonding og forklaringsvariablene • Fars prenatale bonding i forhold til intensitet: <ul style="list-style-type: none"> - Paritet hadde en signifikant negativ effekt ($p = .000$). - Partnertilknytningsrelatert unngåelse hadde en moderat signifikant negativ effekt ($p = .010$).

21	Andresson, Norman, Kanlinder og Plantin. 2016 Sverige	Å identifisere kommende fedres forventninger til svangerskapsomsorgen i Sverige og hva de vektlegger som viktig, og undersøke mulige sammenhenger mellom forventninger og sosiale faktorer.	Tverrsnittstudie. En del av en større kvasi- eksperimentell studie som sammenlignet to ulike modeller svangerskaps-oppfølging, standard individuell og gruppebasert.	N= 627 fedre i alder 26- 35 år. Spørreskjema i sammenheng med første svangerskapskonsultasjon som inneholdt spørsmål angående sosiale faktorer og forventninger	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiale oppgitte faktorer: <ul style="list-style-type: none"> - Ca 68% (n=426) var førstegangsfedre. - Ca 96% (n=602) bodde sammen med mor. - Ca 98% (n=615) oppga svangerskapet som planlagt. - Ca 46% (n=288) hadde høyere utdanning. - Ca 79% (n=495) oppga personlig økonomi som god. - Ca 34% (n=213) oppga psykisk helse som god. - Ca 23% (n=144) oppga fysisk helse som god. • Fedre som leverte inn skjema uten utfylt del om forventninger var overrepresentert av fedre som ikke bodde sammen med mor, eller hvor svangerskapet var uplanlagt og fysisk helse (p=.007) eller psykiske helse (p=.000) var ratet som mindre god. • En signifikant sammenheng mellom høye forventninger til

					<p>svangerskapsomsorgen og de sosiale faktorene. Å være førstegangsfedre ga signifikant ($p < .001$) høyere forventninger til informasjon om svangerskap og fødsel, til innholdet i tjenesten og det å få møte andre foreldre. Det var ingen signifikans i forventningene hos flergangsfedre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosentvise forventninger blant det totale antall første- og flergangsfedre: <ul style="list-style-type: none"> - Ca 83% (n=511) til at barnets helse ble ivaretatt. - Ca 79% (n=484) til at mors helse ble ivaretatt. - Ca 49% (n=299) til selv å bli møtt med respekt og som en individuell. - Ca 37% (n=230) til å bli behandlet slik at jeg føler meg involvert. - Ca 7% (n=42) å bli kjent med andre foreldre - Ca 7% (n=41) at min psykiske helse blir sett.
22	Luz, George, Vieux og Spitz.	Å lage en prediktiv modell for foreldrenes tilknytning og	Prospektiv kohort design	N= 40 fedre i alder 25- 43 år. Hadde bodd sammen med sin partner minimum	<ul style="list-style-type: none"> • Foreldrenes tilknytning til barnet var signifikant høyere postnatalt enn prenatalt ($p <$

	<p>2017 Frankrike</p>	<p>alliansebygging hvor interessen spesielt var på å vurdere hvordan parforholdstilknytning, kvalitet på partnerforholdet (marital) og psykologisk stress påvirket foreldrenes tilknytning til spedbarnet og allianse som foreldre. Spørsmål: 1. Hvilken innvirkning har partnerforholdstilknytningen på tilknytningen til spedbarnet? 2. Hva er relasjonen mellom kvalitet på partnerforholdet (marital) i svangerskapet og postnatal foreldreallianse? 3. Er psykologisk stress i svangerskapet en avgjørende faktor for postnatalt utfall for både mødre og fedre?</p>		<p>fra de ble gravide. Alle oppga fysisk og psykisk god helse pre- og postnatalt. Majoritet: Førstegangsfedre, høyere utdanning og i arbeid. Kartleggingsverktøy: 3. trimester: ECR; målte angst og unngåelse i forhold til parforholdstilknytning. HADS; målte nivå av angst og depresjon. DAS; målte parforholdskvalitet. PAAS; målte fedres tilknytning til barnet prenatalt. 2 mnd post partum: PPAS; målte fedres tilknytning til barnet postnatalt. PAI; målte foreldrenes oppfatning av samarbeid mellom seg.</p>	<p>.001). Dette var mest uttalt hos fedre ($p=.005$), enn hos mødre ($p=.03$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fars grad av tilknytning til barnet prenatalt påvirket mors tilknytning til barnet postnatalt ($p=.02$), samt foreldreallianse med mor ($p<.01$). • Fars tilknytning til barnet postnatalt ble påvirket av: <ul style="list-style-type: none"> - Grad av tilknytning til barnet prenatalt, som igjen var påvirket av <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lav kvalitet på parforholdstilknytning i forhold til unngåelse ($p=.008$) og angst ($p=.05$). ▪ Angst hos far ($p=.04$). - Kvalitet på partnerforhold til mor prenatalt ($p<.001$). - Mors tilknytning til barnet under svangerskapet ($p<.001$). • Fars opplevelse av foreldresamarbeid postnatalt ble påvirket av: <ul style="list-style-type: none"> - Den tilknytning far hadde til barnet postnatalt ($p<.001$). - Lav kvalitet på
--	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>parforholdstilknytning i forhold til fars unngåelse (p<.01).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lav kvalitet på parforholdstilknytning i forhold til mors unngåelse (p<.05) - Depresjon hos far prenatalt (p<.001).
23	Gurber et al. 2017 Sveits	Å fokusere på subkliniske skårer for PPD og PTSD i den første tiden etter fødselen, fordi det på denne tiden vil være for tidlig å diagnostisere en fullt utviklet PPD eller PTSD.	Longitudinell kohort design	<p>N= 189 fedre med gjennomsnittsalder 36,4 år. Partnere hadde normale svangerskap.</p> <p>Kartleggingsverktøy:</p> <p>3. trimester: EPDS, målte depressive symptomer.</p> <p>2-5 dager postnatalt: SILGer, justert utgave, målte subjektiv fødselsopplevelse.</p> <p>4 uker etter fødselen: EPDS IES-r, målte akutt stressrespons i forhold til fødselen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikant høyere depresjonssymptomer hos mødre enn hos fedre i 3.trimester (p<.001) og 4 uker postnatalt (p<.001). • Far hadde høyere positive fødselsopplevelse enn mor (p<.001). • Mor hadde høyere akutt stressreaksjoner enn far 4 uker postnatalt (p<.001). • Signifikant og moderat sammenheng for depressive symptomer mellom foreldrene 4 uker postnatalt (p<.001). • Sammenheng mellom akutt stressreaksjon og depressive symptomer 4 uker postnatalt for både far (p<.001) og mor (p<.001). • Depressive symptomer i 3. trimester var en signifikant

					<p>prediktor for depressive symptomer og stressreaksjoner 4 uker postnalt både for fedre ($p < .001$) og mødre ($p < .001$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive symptomer hos far i 3. trimester var funnet å være en prediktor for en dårligere fødselsopplevelse ($p < .05$). Dette gjaldt ikke for mor.
24	Wee et al. 2015 Australia.	Å undersøke om depressive symptomer kunne forutsi angst og stress. Eller, om angst og stress går foran depressive symptomer hos fedre i antenatal periode.	Tverrsnittsstudie	<p>N= 96 fedre med gjennomsnittsalder på 34.07 år.</p> <p>Kartleggingsverktøy: DASS; vurderte symptomer på stress.</p> <p>MSPSS; vurderte støtte fra nettverket de siste 8 ukene.</p> <p>PSQI; vurderte søvnkvalitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hos menn ble det funnet en tidseffekt for depressive symptomer ($p < .05$) • Høyere angstsymptomer tidlig i svangerskapet var assosiert med depresjon og angst/stressscore videre i svangerskapet. ($p < .05$) • Høye depresjonsskårer ved starten prenatalt forutsa ikke videre høye depresjonsskårer. • Signifikante ulikheter i opplevd stress hos menn og kvinner ($p = .01$) • Ingen signifikant forskjell i opplevd stress hos førstegangs- og flergangsfedre.
25	Da Costa et al. 2019	Å fastslå prevalensen av depressive symptomer og	A prospektiv kohort studie	N= 487 førstegangsfedre, alder ≥ 18 år, gift eller samboende.	<ul style="list-style-type: none"> • Forekomsten av depressive symptomer hos fedre ved 2 mnd postnalt var 14%

	Canada	identifisere uavhengige faktorer hos førstegangsfedre ved 2 og 6 mnd postnatalt.		<p>Kartleggingsverktøy: Uke 28- 36, 2 mnd og 6 mnd postnatalt: EPDS; Cut-off for fedre ≥ 10. PSQI; målte søvnkvalitet og forstyrrelser siste måneden. DAS; målte fedres grad av tilpasning i parforholdet. MOS; vurderte opplevd sosial støtte relatert til områder som følelser, håndgripelighet og kjærlighetsfullhet. Økonomisk stress ble målt, samt sosiodemografiske spørsmål. 2 og 6 mnd etter fødselen: PSS; målte subjektive opplevelser av strev, vanskeligheter og misfornøydhet.</p>	<p>(n=67). Av disse hadde 40% (27/67) også depressive symptomer prenatalt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikofaktorer for depressive symptomer ved 2 mnd postnatalt hvor faktorene er tilstede samtidig: Dårlig søvnkvalitet ($p < .01$), dårlig tilpasning i parforhold ($p = 0.01$) og forhøyet skår på «parenting» stress ($p < .001$). • Høyere alder på far ($p = .02$), dårlig søvnkvalitet prenatalt ($p < .001$) og partner med depressive symptomer prenatalt ($p = .04$) ga alle hver for seg, økt risiko for depressive symptomer 2 mnd postnatalt sammen med økt foreldrestress ($p = .03$). • Nedgang i søvnkvalitet for begge ($p < .01$) og dårlig tilpasning i parforholdet ($p < .01$) prenatalt til 2 mnd postnatalt var forbundet med depressive symptomer hos far 2 mnd postnatalt. • Fedre som opplevde depressive symptomer postnatalt hadde x7 mer sannsynlighet for at de ville rapportere depressive
--	--------	----------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>symptomer 2 mnd postnatalt ($p < .01$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fedre som opplevde depressive symptomer prenatalt og ved 2 mnd postnatalt hadde x5 mer sannsynlighet for at de ville rapportere depressive symptomer 6 mnd postnatalt enn fedre som ikke rapporterte depressive symptomer i det hele tatt ($p = .04$). • Dårlig søvnkvalitet ($p = .02$) og finansielt stress ($p < .01$) prenatalt er risikofaktorer for depressive symptomer for far 6 mnd postnatalt.
26	Kuljanić et al. 2016 Kroatia.	Å adressere prediktorene for menns engasjement i partners siste trimester av svangerskapet.	Tverrsnittsstudie	<p>N= 143 fedre i alder 18-52 år. Alle par ventet sitt første barn.</p> <p>Kartleggingsverktøy: QMI; målte opplevelse av parforholdskvalitet PSS; opplevelse av stress EPQ; målte personens ekstroversjon, nevrotisisme og psykotisisme. PIPS; målte grad av involvering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mean i utvalget indikerer at vordende fedre viste: <ul style="list-style-type: none"> - Stort engasjement i partners graviditet - Lave stressnivå - God kvalitet på parforholdet • Menns stresskåre var signifikant høyere enn norm stresskåre for tilsvarende aldersgruppe ($p < .05$). • Høyere involvering av fedre var relatert til. <ul style="list-style-type: none"> - Eldre alder

					<ul style="list-style-type: none"> - Lavere mannlig nevrotisisme - Høyere kvinnelig ekstroversjon - Bedre parforholdskvalitet - Lavere opplevd stress. • Antall komplikasjoner prenatalt hadde ikke betydelig innvirkning på menns stress ($p=.83$), forholdskvalitet ($p=.08$) og involvering i svangerskapet ($p=.58$).
27	Thomas, Boner og Hildingsson. 2011 Sverige.	Å synliggjøre faktorene som har betydning for menns tanker om vanskeligheter rundt foreldreskap, og vurdere om støtte og økonomiske bekymringer er knyttet til disse tankene.	1-årig prospektiv longitudinell studie, utført i 2007-2008.	N= 827 fedre med gjennomsnittsalder på 32,3 år, hvorav 405 førstegangsfedre og 422 flergangsfedre Tre spørreskjema: <ul style="list-style-type: none"> - To skjema prenatalt - Ett skjema to mnd postnatalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 11% av fedrene rapporterte å ha tanker om vanskeligheter knyttet til foreldreskap. Herav de menn som hadde: <ul style="list-style-type: none"> - Høyere utdanning ($p<.001$) - Førstegangsfedre ($p<.001$) - Økonomiske bekymringer ($p<.001$) • Brukerstøtte fra jordmor ikke signifikant betydelig for fedrene. • Partnerstøtte viktig, spesielt etter fødsel.
28	Bergström, 2013, Sverige	Å undersøke depressive symptomer og assosiasjoner til fars alder,	Sekundær analyse. Data hentet fra en RCT, TUFF studien som omhandlet	N= 812 fedre med gjennomsnittsalder på 31 år. Spørreskjema og kartleggingsverktøy:	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 10% ($n=81$) av studiens fedre skåret på depressive symptomer.

		sosiodemografiske karakteristikk og psykologisk velvære i svangerskapet blant svenske førstegangsfedre.	fødselsforberedende kurs.	<ul style="list-style-type: none"> - Prenatalt – spørreskjema - 3 mnd postnatalt-spørreskjema + EPDS. Cut off > 11. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikofaktorer for økte depressive symptomer var: <ul style="list-style-type: none"> - Lavt utdanningsnivå - Lav inntekt - Dårlig parforholdskvalitet • Yngre fedre, <28 år, hadde dobbelt så stor risiko for depressive symptomer 3 mnd postnatalt sammenlignet med menn > 28 år. • Relevansen av ung alder som risikofaktor kan ikke forklares med sosiodemografiske faktorer som partners depresjon, eller dårlig parforhold.
29	Hildingsson og Thomas. 2013 Sverige	Å sammenligne følelser prenatalt med foreldrenes rapporterte stress 1 år postnatalt. Et ekstra mål var å se etter assosiasjoner mellom foreldrenes stress og forklarende faktorer hos både mødre og fedre.	1-årig longitudinell survey.	<p>N= 671 fedre i alder 25-35 år.</p> <p>Tre spørreskjema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenatalt - To mnd og ett år postnatalt. <p>Kartleggingsverktøy: SPSQ, identifiserer stress i sammenheng med foreldrerolle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved ett år postnatalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner rapporterte høyere nivå av foreldrestress enn menn ved SPSQ 1 år postnatalt. <ul style="list-style-type: none"> - Rolleforandring (p=.000) - Sosial isolasjon (p= .000) - Parforholdsproblemer (p=.012) • Ingen forskjell mellom kvinner og menn i totalsum av SPSQ (p=.652)

					<ul style="list-style-type: none"> • Fedre med tidligere barn rapporterte lavere foreldrestressnivå sammenlignet med førstegangsfedre ($p < .01$) • Prenatale negative følelser om graviditeten, kommende fødsel og de første ukene med nyfødt baby var sterkt korrelert med foreldrestress hos både fedre og mødre.
30	Vreeswijk, Maas, Rijk, and van Bakel, 2014 Nederland	Å undersøke fedres prenatale opplevelser med fokus på forholdet til det ufødte barnet.	Prospektiv longitudinell kohortstudie En del av studien "Expectant Parents"-s Eksplorerende design med multidimensjonal tilnærming for å undersøke forhold mellom far og foster. Spørreskjema i uke 26 ang følelser av tilknytning til fosteret og psykologisk velvære.	N= 301 vordende fedre med gjennomsnittsalder på 34 år. Av fedrene ga 243 samtykke til et semistrukturert intervju (WMCI). Spørreskjema og kartleggingsverktøy i uke 26. PAA; målte nivåer av prenatal tilknytning WMCI; målte fedres forestillinger av deres ufødte baby. EDS; målte depressive symptomer, cut off > 12 STAI; målte angstnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Skårer: <ul style="list-style-type: none"> - Total prenatal tilknytning (mean 55.55, SD 5.97) - Prenatal kvalitet (mean 38.65, SD 3,41) - Prenatal følelse av opptatthet (mean 16.89, SD 3.27) - Depressive symptomer (mean 3.42, SD 3.43) - Angstnivå her og nå (mean 31.35, SD 7.66) - Angstnivå generelt (mean 31.11, SD 6.89) • WMCI viste: <ul style="list-style-type: none"> - Ca 44% (n=107/243) balansert - 49% (119/243) ikke balansert

					<ul style="list-style-type: none">- 7% (n=17) forvrengt- Chi-kvadratanalyser viste at fedre har oftere ikke-balanserte fremstillinger av sitt ufødte barn, sammenlignet med mødre.• Resultatene viste at kvaliteten på fedrenes prenatala tilknytning og deres forestillinger av det prenatala barnet hadde sammenheng. (p =.004)• Fedre som rapporterte en høyere kvalitet av prenatala tilknytning, hadde større sannsynlighet for å ha balanserte representasjoner av det prenatala barnet (p =.002).• Menns psykologiske velvære ble negativt korrelert med deres selvrapporterte kvalitet av prenatala tilknytning.• Fedre som ventet sitt første barn viste høyere skåre på kvaliteten på tilknytning til det prenatala barnet.• Angst og depresjon var sterkt korrelert.• Høyere nivå av utdanning var assosiert med mindre
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					symptomer på angst og depresjon.
31	Vreeswijk, Maas, Rijk, Braeken and van Bakel, 2014 Nederland	Å undersøke kongruens i fedres forestillinger av sine barn i overgangen til foreldrerollen. Påvirkningen av demografiske variabler, psykologiske helse og stabiliteten på forestillingene vil bli undersøkt. Spørsmål: 1. Forblir fedrenes prenatale forestillinger stabile fra svangerskap inn i den postnatale perioden? 2. Kan det identifiseres faktorer som er relatert til stabiliteten eller forandring av fedres forestillinger fra fødsel til postnatal periode?	Sekundær analyse av en prospektiv longitudinal kohortstudie, "Expectant Parents".	N= 243 fedre med gjennomsnittsalder 34 år. Frafall postnatalt hvor 217 deltok i intervju 6 mnd (WMCI) postnatalt. Kartleggingsverktøy som ble brukt: Uke 26 i svangerskapet: WMCI; prenatal versjon, semistrukturert intervju som fokuserte på forestillinger fedre hadde om barnet. EDS; målte depressive symptomer. STAI; målte tilstedeværelse av angst i tillegg til disposisjoner til å utvikle angst. QBF; målte forskjellige bestemte personlighetstrekk 6mnd postnatalt: WMCI, postnatal versjon, semistrukturert intervju.	<ul style="list-style-type: none"> • Av fedrene var 54% (n=131) var førstegangsfedre. • Prenatal forestilling av barnet: <ul style="list-style-type: none"> - WMCI prenatalt ble klassifisert i to grupper hvor 56% (n=136) av de spurte var ikke- balansert (sammenslått ikke-balansert og forvrengt) og 44% (n=107) var balansert. - Paritet hadde en signifikant negativ effekt i forestillinger om barnet prenatalt. Sannsynligheten for å ha en balansert forestilling prenatalt var lavere dersom far allerede hadde barn (OR= 0.45, CI (0.26-0.77)). - Fedre som oppgav å være pliktoppfyllende og harmoniske var i større grad i den balanserte gruppen (pliktoppfyllende; OR= 1.26, 95% CI (.99- 1.59)) (harmoniske; OR= 1.52, 95% CI (.95- 2.44)). - Ingen andre variabler viste signifikante bidrag.

					<ul style="list-style-type: none">• Postnatal forestilling av barnet:<ul style="list-style-type: none">- WMCI 6 mnd etter fødselen viste 64% (n=139/217) var balansert og 36% (n=78) ikke-balansert.- Sannsynligheten for å forbli i den balanserte gruppen prenatalt til postnatalt var x4- Det var 87% sjanse for at en gjennomsnittlig førstegangsfar med prenatal balansert forestilling også hadde en balansert forestilling postnatalt.- Det var 64% sannsynlighet for at en gjennomsnittlig førstegangsfar med ubalanse prenatalt vil få en balansert forestilling postnatalt.- Det var 74% sannsynlighet for at en gjennomsnittlig flergangsfar med balansert forestilling prenatalt også fortsatte balansert postnatalt.- Psykologisk helse har ingen signifikant innvirkning.
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> - Personlighetstrekk som harmonisk, øker sannsynligheten for å være i den balanserte gruppen postnatalt (OR= 3.24, CI (2.07- 5.07)).
32	Gross og Marcussen. 2017 USA	<p>Tre mål:</p> <p>1) Bruke sosialpsykologisk teori for å fremme en mekanisme kalt foreldre-mestringstro</p> <p>2) I hvilken grad vil endringer i mestringstro pre- og postnatalt forklare forskjeller i PPD (postpartumdepresjon)</p> <p>3) Bidra til kunnskap om fedres PPD ved å undersøke prosesser hos mødre og fedre samtidig.</p> <p>Undersøker:</p> <p>a) Hva er forholdet mellom prenatale forventninger om mestring og PPD?</p> <p>b) Hva er de psykiske helsemessige konsekvensene for</p>	1-årig longitudinell studie hentet fra Dataene fra Baby T.I.M.E-studien.	<p>N= 75 førstegangsfedre hvor gjennomsnittsalder var 30 år.</p> <p>Kartleggingsverktøy/semistrukturert intervju: SEPTI-TS; Self-Efficacy for Parenting Tasks, ved 3.trimester, en mnd og fire mnd postnatalt.</p> <p>PDS (Beck & Gable, 2000); målte depressive symptomer ved en og fire mnd postnatalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresjonsnivå for fedre (n=75): <ul style="list-style-type: none"> - Prenatalt: mean 7.96, SD 6.17 - En mnd postnatalt: mean 20.83, SD 6.40 - Fire mnd postnatalt: mean 18.47, SD 5.41 • Prenatal forventning til foreldres mestringstro er en prediktor for 1 mnd PPD for fedre (p=.003). • Jo større grad av uoppfylte forventninger mellom graviditet og 1-mnd postnatalt, jo høyere er nivåene av 1 mnd-PPD for fedre (p=.14) • Hos fedre vedvarer effekten til og med 4 mnd. etter fødsel (p =.048) • Mødre rapporterte høyere depresjonspoeng enn fedre prenatalt, 1 mnd og 4 mnd postnatalt (p =.001- .007)

		førstegangsforeldre når prenatal forventninger til foreldres mestringsstro ikke er oppfylt postnalt?			
33	Forsyth et al. 2010 Australia	Å utvide tidligere forskning på menns opplevelser av graviditet.	Metode ikke definert	N= 48 fedre med gjennomsnittsalder på 34 år. Spørreskjema, en gang prenatalt: Tre egenproduserte skalaer for undersøkelse av fedrenes følelser prenatalt ble benyttet Kartleggingsverktøy, en gang prenatalt: BDI; målte hvordan fedrene opplevde deres partners depresjonsnivå.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner ga best støtte for fedre, svangerskapskurs ga lavest nivå (ANOVA, p =.0005) • Partner var best kilde til informasjon prenatalt, internett lavest (ANOVA, p =.0005) • Menn var nøyaktige observatører i forhold til partners depresjonsnivå. • Ingen signifikante assosiasjoner mellom partnerens depressive symptomer og fedrenes svangerskaps erfaringer.
34	Gillis, Gabriel, Galdiolo, og Roskam. 2019 Belgia	Tre mål for studien: 1) Sammenligne stressnivå og partnerstøtte hos både mødre og fedre under graviditet. 2) Å teste effekten av partnerstøtte for den andre forelderen med tanke på stressnivå etter fødsel.	Longitudinell design.	N= 53 førstegangsfedre hvor gjennomsnittsalder var 29 år. Kartleggingsverktøy brukt i tredje trimester og tre mnd postnalt: DASS; målte depresjon, angst og stress. DCI; målte dyadisk mestrings i parforholdet	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen signifikant forskjell mellom mødre og fedre fra før og etter fødsel innen: <ul style="list-style-type: none"> - Stress - Gitt støtte - Opplevd støtte • Fedres nivå av stress postnalt hang sammen med mors gjennomsnittlige nivå av stress og støttenivå, og motsatt (dyadisk) (p<.05)

		3) Å estimere stressforløpet under overgangen til foreldreskap hos både mødre og fedre, og for å teste om en endring i stress kunne forutsees ved en endring i partners stress og støtte.			<ul style="list-style-type: none"> • Stress postnalt avtok kun hos fedre hvis også partners stress var redusert. ($p < .07$)
35	Pinto, Figueiredo, Pinheiro og Canário. 2016 Portugal	<p>Å analysere:</p> <p>1) Fedres "self-efficacy" på vei til å bli far</p> <p>2) Effektene av engstelige/depressive symptomer og partnerstøtte, fra 1.trimester til 6 mnd postnalt (fedres perspektiv).</p>	Metode ikke definert, tolket som longitudinell design.	<p>N= 51 førstegangsfedre med gjennomsnittsalder 31 år som fullførte alle spørreskjemaene (svarprosent: 59%).</p> <p>Kartleggingsverktøy: Uke 8-14, 3.trimester, en mnd og seks mnd postnalt: STAI-S; målte angstsymptomer EDPS; målte depressive symptomer CRS-PV; målte partnerstøtte KPCS; målte foreldres grad av mestringstro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fedres mestringstro økte for hver uke, fra første trimester til 6 mnd postnalt ($p < .001$). • Fedre med høyere nivå av engstelige symptomer i første trimester viste lavere nivå av mestringstro ($p = .002$). • Fedre med høyere nivå av engstelige symptomer viste en lavere økning av foreldres mestringstro fra første trimester til 6 mnd postnalt ($p = .027$). • I første trimester viste fedre som oppfattet god partnerstøtte høyere nivå av foreldres mestringstro ($p < .001$). • Ingen effekter av depressive symptomer ble funnet.

36	Da Costa et al. 2015 Canada	Å bestemme forekomst og årsaksfaktorer til depressive symptomer hos vordende førstegangsfedre, i partners tredje trimester.	Tverrsnittsstudie.	<p>N= 622 fedre med gjennomsnittsalder på 34 år fullførte standardiserte online spørreskjema i tredje trimester.</p> <p>Spørreskjemaene innhentet info om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressive symptomer - fysisk aktivitet - søvnkvalitet - sosial støtte - ekteskapelig tilpasning - livshendelser - økonomisk stress - demografi <p>Kartleggingsverktøy: EDS; målte depressive symptomer PSQI; målte søvnkvalitet DAS; målte parforhold MOS; målte sosial støtte LSE-S; målte opplevelse av stressende hendelser Kim & Garman, 2003 sin 4-pkt Likertskala; målte økonomisk stress IPAQ; målte fysisk aktivitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PSQI: mean 4.6, SD 2.6 • DAS: mean 123.6, SD 13.0, cut off < 101; 4,5% under cut off. • Mean 1.2, SD 1.2 rapporterte minst en stressende hendelse siste seks mnd • Ca 16% (n=100) hadde psykiske helseplager i anamnesen • EDS: mean 5.0, SD 3.9, cut off > 10 hvorav ca 13% (n=83) av fedrene hadde forhøyede nivå av depressive symptomer i partners tredje trimester. • Hos fedre der partner opplevde depressive symptomer, var fedres depresjon på 23% • Signifikante faktorer (p<.5) som var assosiert med depressive symptomer hos menn var: <ul style="list-style-type: none"> - dårlig søvnkvalitet (p<.001) - anamnese psykiske vansker (p<.01) - lavere opplevelse av sosial støtte (p<.001) - lav ekteskapelig tilfredshet (p<.05)
----	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> - mer belastende livshendelser de foregående 6 mnd (p< .001) - økt økonomisk bekymring (p<.05)
37	Andersson og Small 2017 Sverige	Å sammenligne fedres erfaringer med standard svangerskapsomsorg versus gruppebasert svangerskapsomsorg.	<p>Kvasieksperimentell studie. (fordeling av deltakere er ikke tilfeldig). Datainnsamling i forhold til CONSORT-retningslinjene for RCT. 2 sammenlignbare grupper;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gruppebasert omsorg 2) Standard svangerskapsomsorg. 	<p>N= 239 fedre fordelt i n=132 gruppebasert svangerskapsomsorg (gjennomsnittsalder 32.5 år) og n=107 i standard svangerskapsomsorg (gjennomsnittsalder på 33.1 år). 31 jordmødre fra 12 klinikker i svangerskapsomsorgen ble randomisert til enten standard svangerskapsomsorg eller gruppebasert omsorg. Utført en sammenligning mellom gruppebasert omsorg og individuell omsorg med en "intention to treat"-analyse. Spørreskjemaer: Første trimester; forventninger til svangerskapsomsorgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svarprosent første skjema: 84% • Svarprosent andre skjema ca 39% • Fedre i gruppebasert omsorg deltok på flere besøk enn fedre i standard omsorg (p<.000) • Fedre i gruppeomsorg rapporterte oftere at omsorgen støttet sosial kontakt med andre foreldre (p<.000). • Statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene ang mangler: Fedre i gruppeomsorg rapporterte mindre mangler sammenlignet med menn i standard omsorg i muligheten for å planlegge fødsel i lag med jordmor (p<.000).

				6 mnd postnalt; erfaringer med svangerskapsomsorgen. Kartleggingsverktøy: QPP; målte kvalitetstilfredsstillelse av omsorgen, sett ut fra brukerperspektivet	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--