



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Daniella Hanmark
Emily Malmér

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Daniella Hanmark
Emily Malmér

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Oroskänslor kan infinna sig när barnet inte mår bra i samband med förlossning. Trots att sådana situationer förekommer, finns det inte mycket forskning om ämnet ur fäders perspektiv. Syftet med studien var att belysa fäders upplevelser när deras barn var i behov av ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossning, i en svensk kontext. Tio intervjuer genomfördes med informanter rekryterade från tre neonatalavdelningar i södra Sverige. Resultatet visade att fäderna upplevde det positivt att varit närvarande under barnets akuta omhändertagande. Fäderna beskrev en väldig oro då förloppet inte följde det förväntade. De upplevde känslor som maktlöshet, rädsla, sorg men även glädje och stolthet. Fäderna önskade att vara nära sitt barn, men backade för att låta personalen göra sitt arbete. De uttryckte tillit till personalens kunskap och uppskattade den information de fick. Det är viktigt att som sjukvårdspersonal vara medveten om beroendeställningen som fäderna är i, samt att ge tydlig, upprepad och individanpassad information. Fler studier kring området behövs.

Nyckelord

Fäder, förlossning, neonatal, återupplivning, akut medicinskt omhändertagande

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Postnatal bedömning av barnet	2
Asfyxin som orsak till behov av ett akut omhändertagande	3
Akut medicinskt omhändertagande av barnet i samband med förlossning	4
Definition av ett akut medicinskt omhändertagande i samband med förlossning	4
Barnet och familjen i vården	5
Föräldrars närvaro under en återupplivningssituation	5
Syfte	7
Metod	7
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	7
Förförståelse	7
Etisk avvägning	8
Urval av undersökningsgrupp	10
Kontext	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	13
Resultat	14
När det oväntade händer	15
Förloppet följer inte det förväntade	15
En storm av känslor	15
Samspelet med personalen	17
Att vara uppmärksam på personalens signaler	17
Tillit till personalen	18
Ett flöde av information	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Referenser	25
Bilaga 1 (5)	29
Bilaga 2 (5)	31
Bilaga 3 (5)	33
Bilaga 4 (5)	34
Bilaga 5 (5)	35

Problembeskrivning

Faderskapet kan kännas överkligt och omtumlande och första blicken av barnet kan kännas både skrämmande och fantastiskt – trots förberedelser och föräldrautbildningar (Plantin, 2001). En del blivande fäder upplever att den kontakt de haft med vården innan förlossningen, såsom mödravården, huvudsakligen varit inriktad mot kvinnan (Fägerskiöld, 2008; Lindberg, Axelsson & Öhrling, 2007). Förlossningsarbetet och kvinnan har varit i centrum och mindre fokus har lagts på hur fadern känner inför den kommande livsförändringen (Fägerskiöld, 2008). Att vara med under förlossningen är i sig en upplevelse och är ofta förknippat med positiva känslor för fadern (Fägerskiöld, 2008; Johansson, 2012). Samtidigt kan en oro hastigt infinna sig i förlossningsrummet när något oväntat tillstöter. Det har visat sig att många fäder känner sig oförberedda och osäkra under förlossningen, allra helst de gånger tillståndet blir akut och personalen tar hand om det sjuka barnet utan att föräldrarna får någon information om situationen eller erbjuds följa med barnet (Fägerskiöld, 2008). Det beskrivs i Harvey och Pattisons studie (2012) att fäderna dels vill följa med sitt nyfödda barn till återupplivningsplatsen, och dels vill stanna och stötta den nyförlösta modern. I studien framkommer det även att fäder ofta får knapphändig information om vilken hjälp deras nyfödda barn kan tänkas behöva om det inte mår bra vid födseln, inte en enda av fäderna i studien hade fått information att det nyfödda barnet kunde behöva återupplivning i samband med förlossningen. Trots att sådana situationer förekommer i samband med förlossningar finns det inte mycket forskning kring ämnet ur faders perspektiv.

Bakgrund

Postnatal bedömning av barnet

Direkt efter födseln bedöms barnets allmäntillstånd av vårdpersonalen (Andréasson, Blennow & Hagberg, 2008; Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2008). Ett barn som är fullgånget, har klart fostervatten, skriker eller andas tillfredsställande inom 30 sekunder samt har normal muskeltonus, torkas av och läggs hud-mot-hud hos en förälder. Barnet bedöms sedan utefter en skala som heter APGAR, där hjärtfrekvens, andning, färg,

muskeltonus och retbarhet bedöms vid en, fem respektive tio minuter efter födseln. APGAR-bedömning har gjorts sedan 1953 och är tänkt som ett redskap som ska gå snabbt och enkelt att genomföra och utvärdera. Varje variabel kan ge som högst två poäng och den totala APGAR-poängen kan bli max 10 poäng vid varje bedömningstillfälle. Ofta går bedömningarna att genomföra då barnet är hos föräldrarna, utan att störa. För att få full poäng för hjärtfrekvens krävs en puls på mer än 100 slag per minut. Ett poäng ges för en puls under 100 slag per minut, alternativt noll poäng om det inte finns någon puls alls. För att bedöma andningen kontrolleras frekvensen och andningsrörelsernas djup, samt tecken till ansträngd andning som till exempel grunting eller näsvingespel. Skrik ger full poäng. Barnets färg bedöms också med avseende på eventuell cyanos, vilket ska göras centralt, till exempel över thorax då det är normalt med cyanos perifert hos nyfödda. Ett rosigt barn ger full poäng för färg. Ett alldeles slappt barn ger noll poäng för muskeltonus, full poäng ges för ett barn som drar ihop sig till flexorläge. För bedömning av retbarhet stimuleras barnet varsamt till avvärjningsrörelser eller grimasering. Tillfällena för APGAR-bedömningarna kan utökas vid behov (a.a).

Asfyxin som orsak till behov av ett akut omhändertagande

I de fall barnet inte mår bra kan det behöva ett akut omhändertagande för att förhindra att barnet skadas av asfyxi (SFOG, 2008). Asfyxi innebär ett försämrat gasutbyte i cellerna med syrebrist, kolsyra-ansamling, metabol acidosis, laktat-ansamling och energibrist som resultat. Att barnet kommer igång med andningen efter födelsen är av största vikt, dels för att täcka syrgasbehovet men också för att vädra ut den koldioxid som bildats under förlossningsarbetet. Asfyxi kan uppkomma akut under graviditeten till följd av ablatio placentae, maternell hypotension eller en uterusruptur. En förlossning i sig kan också leda till en akut asfyxi bland annat genom att blodtillströmningen och därmed syretillförseln till fostret försämras vid värkarbetet, bland annat genom att navelsträngen komprimeras så att blodet inte kan passera. Ofta ses ingen klar orsak till asfyxin, vilken också kan vara av kronisk art, då ofta orsakad av en dålig perfusion av placenta. Varför detta tillstånd är ofta oklart, men riskfaktorer är exempelvis diabetes och preklampsi. Anemi eller försämrad hjärtfunktion hos fostret kan också orsaka kronisk asfyxi. Postnalt förekommer asfyxi främst vid hjärt- eller lungsjukdom, samt vid mekonium-aspiration (a.a.).

Akut medicinskt omhändertagande av barnet i samband med förlossning

I Skåne föddes 15 672 levande barn år 2012 enligt Statistiska centralbyrån (SCB, 2013) och i samband med förlossning behöver cirka ett barn av hundra ventilationsstöd (SFOG, 2008). Det innebär runt 157 barn i Skåne år 2012 (SCB, 2013; SFOG, 2008). De barn som kan komma att behöva thoraxkompressioner i samband med förlossning uppskattas vara en till två per tusen barn enligt SFOG (2008), vilket i sin tur uppskattningsvis varit 16-32 barn i Skåne år 2012.

Då barnets tillstånd snabbt kan försämrats är det av största vikt att kunna sätta in adekvata åtgärder direkt (SFOG, 2008). Om barnet inte själv kan upprätthålla egenandning påbörjas ett medicinskt omhändertagande i form av neonatal hjärt- och lungräddning (HLR). Beroende på vilka insatser som behövs och hur barnet reagerar på dem krävs mer eller mindre övervakning av barnets fortsatta tillstånd, det vill säga om barnet behöver övervakas på neonatal vårdavdelning eller inte. Asfyxi i samband med födseln kan leda till hjärnpåverkan, dels på grund av bristen på blodflöde (ischemi) och dels av den låga syrehalten (hypoxi). De flesta barn som drabbas av perinatal asfyxi återhämtar sig inom de första levnadsdygnen. Graden av hjärnpåverkan efter asfyxin, hypoxisk-iskemisk encefalopati (HIE) delas in i lindrig, måttlig och svår, varav den svåra HIE oftast har dålig prognos och kräver neonatal intensivvård (a.a).

Definition av ett akut medicinskt omhändertagande i samband med förlossning

Ett akut medicinskt omhändertagande innebär i denna studie att barnets tillstånd har avvikit från det normala förloppet vid förlossningen, det vill säga inte lagts upp på en förälders mage och fått stanna där under APGAR-bedömningen. Barnet ska ha krävt någon form av medicinsk insats, exempelvis andningsstöd, sugning av luftvägar eller extra kontroll av vitalparametrar, vilket gjort att barnet har separerats från förälderns bröst. Den medicinska insatsen ska ha krävt att personal från neonatalavdelningen har tillkallats i samband med förlossningen för att göra ett akut medicinskt omhändertagande av barnet.

Barnet och familjen i vården

Arbetsättet för barnsjukvården i Sverige ska se till barnets bästa och utgå ifrån barnets behov. Det bygger på nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården (NOBAB, u.å.) och utgår från barnets behov i samband med vård på sjukhus. NOBAB består av tio artiklar som i sin tur bygger på Förenta nationernas [FN] barnkonvention från 1989 vilken handlar om barnets rättigheter (UNICEF, u.å.). I NOBAB poängteras att föräldrarollen är viktig och att föräldrarna ska involveras i barnets vård på ett sätt som gynnar barnet.

Ett alltmer vanligt förekommande begrepp inom vården av familjer är familjefokuserad omvårdnad (Edwinson Månsson & Enskär, 2010), vilken delas upp i två olika inriktningar. Den första inriktningen benämns ”familjerelaterad omvårdnad” med fokus på en eller flera personer, där familjen ses som ett sammanhang. Den andra inriktningen, ”familjecentrerad omvårdnad”, ses familjen och dess interaktioner som en helhet (a.a). I boken Familjevård av Wright och Leahey (1998) har författarna använt sig utav följande begrepp: ”familjen är sådan den säger att den är” (s. 61), vilken utgår från familjens egen uppfattning om vad som innefattas av familjebegreppet. Således kan sammansättningen av en familj se olika ut. Wright och Leahey (1990) menar att familjefokuserad omvårdnad lämpar sig väl i vården av svårt sjuka barn, till exempel på intensivvårdsavdelningar eller i kritiska situationer i akutrummen.

Föräldrars närvaro under en återupplivningssituation

I riktlinjer för barn HLR gjorda av Resuscitation Council (RC, 2010) och Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011) beskrivs att föräldrar ska få vara närvarande under den akuta situationen samt att det bör vara en personal som stöttar och förklarar för föräldrarna vad som sker. Angående neonatal HLR i samband med förlossning finns det dock inget skrivet om att föräldrarna bör vara närvarande eller inte. Det tas dock upp att beslut angående avslutande av neonatal HLR bör tas i samråd med föräldrarna och med lyhördhet inför deras tankar angående eventuell dödlighet (a.a.).

Studier gjorda på avdelningar för svårt sjuka barn, visade att sjuksköterskor är positiva till att låta föräldrar vara närvarande vid återupplivningssituationen (Fulbrook, Latour & Albarran, 2007; Jarvis, 1998). Personalen i Jarvis (1998) studie trodde att föräldrarna lättare kunde

bearbeta ett misslyckat återupplivningsförsök om de varit närvarande och fått se att alla insatser gjorts för barnet. Dock framkom en del farhågor som personalen hade, exempelvis att föräldrarna skulle bära på traumatiska minnen för livet från återupplivningen, att det inte fanns tillräckligt med personal i den akuta situationen för att stötta och förklara för föräldrarna, eller att det skulle leda till en ökad stress för personalen vilket i sin tur kunde leda till sämre insatser för att återuppliva barnet. I studien av Fulbrook et al. (2007) framkom att det ofta saknades en handlingsplan för återupplivningssituationer i vilken ställning tagits till om föräldrarna skulle vara närvarande eller ej.

Forskning som undersökt föräldrarnas upplevelser av att ha barn som krävt återupplivning har visat på vikten av att föräldrar ges en möjlighet att närvara vid dessa insatser (Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008). Föräldrarna beskrev en stor rädsla inför att bli separerade från sina barn och att denna rädsla var större än obehaget av att se turbulensen kring pågående hjärt-och lungräddning. Obehagliga minnen bestod mest av oron över barnets allvarliga tillstånd än av själva återupplivningen i sig (Maxton, 2008). En önskan om att få vara nära sitt barn om det skulle gå bort och att inte överge barnet dess sista stund i livet var betydelsefullt för föräldrarna (Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008). Föräldrarna hade det lättare med bearbetningen i efterförloppet om de fått möjlighet att närvara (Maxton, 2008), framför allt om återupplivningen inte lyckats, då föräldrarna kände ro i att de såg att personalen gjorde allt för att rädda barnets liv (Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008). I riktlinjer som Skånes universitetssjukhus gjort angående partnerns närvaro under kejsarsnitt, betonas vikten av att partnern ska vara med och att det även kan vara till fördel i sorgearbetet, i de fall barnet avlider (Wide-Swensson & Cordesius, 2011).

Således finns en hel del forskning kring föräldrars upplevelser av att deras svårt sjuka barn hamnat i en återupplivningssituation, där barnen varit inlagda på avdelningar (Fulbrook et al., 2007; Jarvis, 1998; Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008) Artikeln av Harvey och Pattison (2012) är, så vitt vi vet, exklusiv i att undersöka fädernas upplevelser av återupplivning i direkt anslutning till förlossningen. Studien lyfte fram fädernas känsla av att vara oförberedda och att de ofta fick otillräcklig information om händelseförloppet av vårdpersonalen. Den beskrev också att de flesta fäderna hade en önskan om att få följa med barnet men kände att den nyförlösta modern behövde dem bäst. Vårdpersonalen bjöd heller inte in föräldrarna till att vara med barnet vid återupplivningen, en del kände sig till och med förbjudna att närvara. En del utav fäderna led av mardrömmar och negativa minnen från händelsen och de flesta

hade inte fått något uppföljande samtal med personalen efteråt (a.a.). Nationellt sett, ur svenska faders perspektiv, är ämnet sparsamt beskrivet, vilket är anledningen till varför denna studie behövs.

Syfte

Syftet med studien var att belysa faders upplevelser när deras barn var i behov av ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossning, i en svensk kontext.

Metod

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Studien gjordes för att få en ökad förståelse angående ett ämne som fortfarande är tämligen outforskat. För att besvara syftet lämpade sig en kvalitativ metod. Då syftet är att belysa upplevelser kan intervju som metod användas, då intervjun kan användas som redskap för att i samspelet mellan personer få fram just upplevelser och berättelser om en persons livssituation (Dalen, 2007). För att analysera texterna har kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Med induktiv ansats menas att de utskrivna intervjuerna analyseras objektivt och öppet istället för som vid deduktiv ansats ha en förbestämd teori eller mall att följa (a.a.).

Förförståelse

Förförståelse kallas de tankar och föreställningar forskaren har avseende det som ska studeras (Dalen, 2007). Ingen av författarna arbetar inom förlossnings- eller neonatalvården och har liten eller ingen anknytning till området. Dock har båda arbetat inom barnsjukvård under flera år och har således bemött barn och föräldrar i svåra och akuta situationer. En av författarna har haft verksamhetsförlagd utbildning på en neonatalavdelning under några veckor och har

således förförståelse om hur liknande förlossningar kan gå till. Handledaren till författarna har stor förförståelse för omgivningarna och situationerna för informanterna, vilket har kompletterat författarnas förförståelse för ämnet, exempelvis genom diskussion av intervjumall och vilka områden som kunde vara värda att beröra mer i intervjuerna.

Enligt Dalen (2007) är förförståelsen viktig för att kunna ta emot och tolka informanternas utsagor men forskaren måste vara medveten om sin förförståelse. Författarnas förförståelse för området utgår framför allt från tidigare forskning som är gjord om ämnet och det författarna har läst i forskningslitteratur och annan litteratur har legat till grund för förförståelsen av ämnet och planeringen av studien, såsom intervjumall etc. I och med det har författarna försökt förhålla sig till förförståelsen genom att efter varje intervju diskuterat innehållet och reflekterat över om förförståelsen har påverkat intervjuens riktning och i så fall försökt att motverka det till nästkommande intervju.

Etisk avvägning

Innan studien påbörjades inhämtades ett rådgivande yttrande från den vårdvetenskapliga etiknämnden vid institutionen för hälsa, vård och samhälle (VEN 116-12), Lunds universitet, för att få synpunkter på studiens genomförande ur ett etiskt perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Skriftligt samtycke till genomförandet av studien har även inhämtats från verksamhetschefer för berörda avdelningar. Samtliga informanter fick skriftlig och muntlig information om studien, dess syfte och tillvägagångssätt, varvid de kunde lämna ett skriftligt samtycke till att delta i studien (bilaga 1). Informanterna informerades om konfidentialitet samt att de kunde avbryta studien närhelst de ville utan att uppge orsak. Självbestämmanderätt ligger som grund för den etiska principen som kallas för respekt för personens autonomi (Beauchamp, 2001). Förfarandet i genomförandet av studien har stöd i Helsingforsdeklarationen (2008), lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt Vetenskapsrådets (u.å.) krav om information och samtycke. Informanterna påmindes muntligen om konfidentialiteten och studiens syfte innan intervjun påbörjats. Med konfidentialitet menas dels att informanterna fick reda på i vilken form studiens data kommer att presenteras och att privat information såsom namn, ort och annan personlig information tas bort vid redovisningen för att inte kunna härleda till specifik informant (Kvale & Brinkmann, 2009). På så sätt kunde informanterna förhålla sig, och ta

ställning till hur och vilken information de lade fram, samt avgöra om de var villiga att delta i studien eller inte. Således har hänsyn till informanternas konfidentialitet tagits vid redovisning av både urvalsgrupp och resultat, såsom i citat etc. Under databearbetningen kodades intervjumaterialet och kodlista och intervjuer förvarades åtskilda från varandra (Helsingforsdeklarationen, 2008; SFS 2003:406). Studiens material kommer att förstöras efter examination.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det svårt i kvalitativ forskning att förutse alla etiska svårigheter som kan uppstå under studiens gång. Något som då är viktigt är att som forskare vara uppmärksam, reflekterande och att förhålla sig till etiska problem allt eftersom de uppkommer. Författarna har tagit i beaktande att informanterna kunde vara i en sårbar situation och reflekterade före och under studiens gång över detta. Med tanke på att intervjusituationen och intervjuämnet kunde beröra känsliga ämnen, hade det varit bra att ha haft exempelvis en kurator som informanterna hade kunnat kontakta vid behov efter intervjun. Tyvärr var det inte möjligt under studiens gång. Intervjusituationen kunde också ses som ett tillfälle för informanterna att få ventilera och berätta om vad de varit med om, dels för egen del, men även för personer som kanske kommer att hamna i en liknande situation, samt för berörd personal, vilket även var en aspekt som en del informanter själva uttryckte. Författarna gjorde en överläggning av riskerna för informanterna, med den eventuella nyttan med studiens resultat och ansåg att summan att göra gott, som Kvale och Brinkmann uttrycker det, var övervägande, vilket även kan kallas godhetsprincipen enligt Beauchamp (2001).

Författarna var inte verksamma på någon av de avdelningar där datainsamlingen skedde, vilket klargjordes för informanterna innan intervjuerna påbörjades. Således minskade beroendeförhållandet mellan författarna och informanterna. Beroendeförhållande ska tas i beaktande enligt Vetenskapsrådet (u.å.). I informationsbrevet till informanterna poängteras att informanten kan avbryta deltagandet när som helst, utan att ange orsak och utan att barnets vård påverkas (bilaga 1), vilket även enligt Vetenskapsrådet är viktigt att betona och ta i beaktande med tanke på beroendeförhållandet mellan informant och forskare. Således har de fyra forskningsetiska kraven; informations-, samtyckes-, konfidentialitet- och nyttjandekravet, tagits i beaktande i planerandet och genomförandet av studien, vilket är i enlighet med Vetenskapsrådets rekommendationer som avser forskning med människor.

Urval av undersökningsgrupp

Urvalet bestod av tio fäder som rekryterats via tre olika neonatalavdelningar under hösten 2012 och våren 2013. Fyra, två, respektive fyra har intervjuats från vardera avdelning. Planerade inklusions- och exklusionskriterier stod som grund för val av informanter till studien. Inklusionskriterier var att informanterna skulle vara över 18 år, förstå svenska muntligt och skriftligt samt vara svensktalande. Informanterna som deltog i studien var i åldrarna 24 till 42 år, medianåldern var 34,5 år och samtliga var sammanboende med barnets mor. En av informanterna hade varit med om en liknande situation tidigare. Sex av informanterna hade universitets-/högskoleutbildning, tre hade gymnasial utbildning och en hade grundskoleutbildning. Av informanterna som ingick i studien hade sex av dem barn sedan tidigare, fyra var förstagångsfäder.

Barnens tillstånd krävde ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossningen och var i behov av eftervård på en neonatalavdelning. Fäder till barn födda tidigare än graviditetsvecka 34+0 var exkluderade, då de barnen får ett något annorlunda medicinskt omhändertagande, enligt SFOG (2008). Ytterligare exklusionskriterier var fäder till barn som avlidit i samband med det akuta omhändertagandet vid förlossningen, samt fäder till barn som drabbats av en svår perinatal hypoxisk-ischemisk encephalopati, då dessa barn oftast har en dålig prognos och/eller en bakomliggande sjukdom (a.a.). Informanter som även var exkluderade från studien var de vilkas barn hade en prenatalt diagnostiserad missbildning. Barnen till de informanter som ingick i studien var födda från graviditetsvecka 34+1 upp till 42+6. Av de tio förlossningarna var det en tvillingfödelse. Informanterna i studien var med om att deras barn förlöstes vaginalt, planerat-, akut- eller urakut kejsarsnitt.

Kontext

Som nämnt ovan har tre olika avdelningar i södra Sverige använts för att rekrytera informanter. Informanterna är funna via ett specialiserat akutsjukhus samt ett universitetssjukhus. Enligt Finnström (1997) delas neonatalavdelningar in efter utbudet av vård som kan ges. Universitetssjukhuset erbjuder en neonatalavdelning i klass nivå III och en i nivå IIa. Nivå III innebär att möjlighet till full neonatal intensivvård kan erbjudas. Nivå IIa, innebär att det finns möjlighet till neonatal-intensivvård exempelvis respiratorbehandling.

Neonatalavdelningen på det specialiserade sjukhuset klassas som nivå IIb, vilka har resurser för avancerad neonatalvård, exempelvis CPAP-behandling, men endast kortvarig respiratorbehandling (a.a.). Fädernas barn har vårdats på neonatalavdelning som klassas som nivå IIa respektive IIb.

Neonatalavdelningarna ligger i närheten av, eller i anslutning till, förlossningsavdelningen för de barn som föds vaginalt på förlossningsrummet. Vid de vaginala förlossningarna gjordes det akuta medicinska omhändertagandet av barnet i samma rum och informanten var således i samma rum som både modern och barnet. Vid kejsarsnitt skedde detta på operationsavdelningen på respektive instans. Operationsavdelningarna ligger längre ifrån både förlossningsavdelning och neonatalavdelning, dock i samma byggnad. Vid de planerade kejsarsnitten och de akuta kejsarsnitten får fadern vara med inne på operationssalen och barnets akuta medicinska omhändertagande sker i samma rum. Vid de urakuta kejsarsnitten får fadern inte vara med hos modern, utan väntar i ett rum bredvid operationssalen tillsammans med sjukvårdspersonal från neonatalavdelning. Barnet bärs direkt dit efter födelsen. Beroende på den förlösande moderns tillstånd efter förlossning följer antingen båda föräldrarna med barnet till neonatalavdelningen eller, i de fall det inte är möjligt, erbjuds fadern att följa med barnet.

Genomförande av datainsamling

Verksamhetscheferna på de aktuella avdelningarna kontaktades och erhöll skriftlig och muntlig information om studien, varefter de lämnade skriftligt godkännande till att studien genomfördes (bilaga 2). Kontaktsjuksköterskor på vardera avdelning fungerade som mellanhand och fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt inklusions- och exklusionskriterier (bilaga 3). Rekrytering av informanter skedde således via kontaktsjuksköterskor på de tre involverade neonatalavdelningarna under tiden barnet vårdats på avdelningen. Mellanhanden utsåg fäder enligt inklusions- och exklusionskriterierna och informerade de utvalda både muntligt och skriftligt om studien (bilaga 1). Någon av kontaktsjuksköterskorna meddelade till författarna att en del fäders familjesituation och psykisk belastning gjorde att kontaktsjuksköterskan avstod att tillfråga om medverkande i studien. Kontaktsjuksköterskorna meddelade även att de ibland glömde att tillfråga en del fäder som motsvarade inklusions- och exklusionskriterierna. En informant gav samtycke till

att medverka i studien, men föll sedan bort då möjlighet till att genomföra intervjun inom den givna tidsramen inte fanns. De informanter som sedan gav skriftligt samtycke till studien kontaktades per telefon av författarna, varvid tid och plats för intervjun bestämdes i samråd med informanten. Informanterna intervjuades senast två veckor efter barnets födsel.

Av de tio intervjuerna genomfördes åtta av dem hemma hos informanterna och två i avskild lokal på sjukhuset. Åtta av intervjuerna utfördes av båda författarna och de övriga två gjordes av en författare som intervjuare. I de fall båda författarna var med på intervjuerna var en primär intervjuare och den andra höll sig i bakgrunden och kompletterade med frågor vid behov. Informanterna tillfrågades även om det gick bra om båda intervjuerna var närvarande. Innan intervjun påbörjades förklarades studiens syfte, samt inhämtades ett nytt samtycke till att audioupptagning gjordes under intervjun. Informanterna informerades återigen om konfidentialitet innan intervjun startade.

Två pilotintervjuer gjordes, då intervjumallen provades. Först ställdes bakgrundsfrågorna (bilaga 4) och därefter inleddes intervjun med en öppen fråga som löd: ”Skulle du kunna börja berätta vad som hände när ditt barn föddes?”. Förbestämda teman som uppkommit från tidigare forskningslitteratur, berördes under intervjuens gång och om informanten inte själv kom in på dem, ställdes följdfrågor som ledde in på temana. Teman som berördes var upplevelsen av bemötandet i situationen, hur kommunikationen var, samt hur informanterna upplevde miljön i förlossningsrummet (bilaga 5). Mot slutet av intervjuerna tillfrågades informanterna om det var något de ville tillägga eller något de upplevt inte hade kommit fram under intervjun. Pilotintervjuerna transkriberades, analyserades och diskuterades mellan författarna och handledaren, vilka kom fram till att intervjuerna innehöll material som motsvarade syftet och inkluderades således i studien. De övriga intervjuerna förlöpte efter samma intervjumall. Intervjuerna försökte anta spontanitet under intervjuernas gång, för att låta informanten få fram sin egen berättelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna varade i 30 till 80 minuter, med ett medelvärde på 53 minuter. Då all data var insamlad informerades kontaktsjuksköterskorna om det och datainsamlingen avslutades.

Genomförande av databearbetning

I arbetet med att analysera intervjuerna användes Graneheim och Lundmans (2004) modell av en kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en vanlig metod i forskningen inom vårdvetenskap och fokuserar på att hitta likheter och olikheter ur det framkomna textmaterialet, varpå olika kategorier och eventuella teman kan urskönjas (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Efter att samtliga intervjuer ordagrant skrevs ut lästes materialet igenom ett flertal gånger av båda författarna, så kallad naiv läsning, för att bli mer bekant med innehållet och få en bättre överblick. Därefter identifierades alla meningsbärande enheter ur samtliga intervjuer. Detta genomfördes av båda författarna var för sig, för att sedan jämföras och se att innehållet uppfattats på samma sätt. I de fall det rörde osäkerhet diskuterades detta igenom av författarna gemensamt, i vissa fall rådfrågades även författarnas handledare. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, det vill säga kortades ner för att få texten mer lätthanterlig men utan att någonting väsentligt togs bort. Därefter diskuterades materialet och kodades av båda författarna. Efter att alla meningsbärande enheter kodats kontrollerades koderna gentemot den ursprungliga texten återigen, för att se så att koden stämde överens med hänsyn till materialets kontext. Koderna diskuterades även med författarnas handledare. Konsensus uppnåddes. Alla koder skrevs sedan ut på papper och försågs med nummer från respektive intervju, för att kunna spåra vilken intervju koden kom ifrån. Koderna klipptes sedan ut för att kunna sorteras i högar med avseende på olikheter och likheter, varje hög kom sedan att utgöra olika kategorier. Under arbetets gång upptäcktes problem med att en del koder tycktes passa in i flera högar. Författarna gick återigen igenom koderna och de meningsbärande enheterna och upptäckte att en del kunde delas upp i två delar. Till en början framkom fem kategorier som efter ytterligare genomgång reducerades till tre och därefter två, med tillhörande underkategorier. Författarnas handledare tog del av kategorier och underkategorier under processens gång och kom med synpunkter och förslag till ändringar och omstrukturering av kategorierna och underkategorierna. Exempel på analysprocessen redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess från meningsbärande enheter till kategori

Meningsbärande Enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Eh, att man var så jävla hjälplös. Alltså, jag kunde inte göra någonting över huvud taget för att påverka situationen. Inte ett smack. (4)	Man var så hjälplös. Jag kunde inte göra något för att påverka situationen.	Maktlös	En storm av känslor	När det oväntade händer
Eftersom dom grejade med henne och så. Det ska dom ju inte göra. Hon skulle ligga på magen ju. (5)	Eftersom dom grejade med henne och så, det ska dom inte göra. Hon skulle ju ligga på magen.	Skulle ligga på magen	Förloppet följer inte det förväntade	När det oväntade händer
Det märker man ju direkt om det är någon fara å färde liksom. Då blir det helt annat. Då knäpper dom ju. Då snäpper dom ju upp. (1)	Det märker man direkt om det är någon fara å färde. Då blir det annat, dom snäpper upp.	Märker fara direkt	Personalens signaler	Samspelet med personalen

Resultat

Fäderna som intervjuades beskrev en väldig oro då de märkte att barnet inte mådde bra efter förlossningen och att förloppet inte blev som de hade tänkt sig. De upplevde att allt gick fort, att de inte hängde med i händelseförloppet och beskrev blandade känslor som pendlade mellan sorg och glädje – sorg över situationen och glädje över att ha blivit pappa. De uttryckte en tillit till personalens kunskap och yrkesskicklighet och uppskattade den information som personalen gav och förberedande information upplevdes som positivt. Fäderna försökte att inte vara i vägen för personalen och en önskan om att få vara nära sitt barn uttrycktes, men att mer kontakt med barnet oftast fick vänta till senare tillfälle. En av de två kategorier som framkom ur materialet var *När det oväntade händer* med tillhörande underkategorier *Förloppet följer inte det förväntade* och *En storm av känslor*. Den andra kategorin var *Samspelet med personalen* och underkategorierna till den var *Att vara uppmärksam på personalens signaler*, *Tillit till personalen* och *Ett flöde av information*.

När det oväntade händer

Förloppet följer inte det förväntade

Fäderna beskrev att de hade en förväntad bild av hur förlossningen skulle gå till, och det var när förloppet avvek från bilden som de uppfattade att barnet inte mådde som det skulle. Hos en del fäder fanns erfarenheter från tidigare förlossningar som de kunde jämföra med och vissa hade även yrkeserfarenhet som gjorde att de hade en bild av hur förloppet kunde fortlöpa, vilket gjorde att de kände att de låg steget före och situationen var inte helt främmande. Det fanns några fäder som inte hade tidigare erfarenheter alls och befann sig således i en helt ny situation. Vare sig om fäderna hade faktisk erfarenhet eller inte fanns det en förväntad bild av ett ”normalt” förlossningsförlopp, och när det inte infriades förstod de att barnet inte mådde bra. Samtliga nämnde barnets skrik – eller avsaknad av det – som ett tecken på om barnet var friskt eller inte. Något som fäderna även uppfattade som avvikande, var att barnet såg livlöst ut då det kom ut. En del hade förberett sig att få klippa navelsträngen, och när utrymme för det inte fanns, väckte det tankar om att något inte var som det skulle med barnet. En känsla av besvikelse uttrycktes av en del fäder över att barnet inte fick ligga på mammans bröst efter förlossningen, vilket de förväntat sig från början.

*Alltså det viktigaste, eller det man..., det jag tänker på det är ju att den skriker.
Att den andas och att det verkar ok. (6)*

En storm av känslor

I den stund då barnets tillstånd krävde ett akut medicinsk omhändertagande uttryckte fäderna att de inte riktigt hann med att ta in allt som hände. De upplevde att allt gick väldigt fort. Vissa hann inte uppfatta eller förstå vad som gjordes med barnet, exempelvis på grund av att de redan var utmattade efter en långdragen förlossning. Fäderna nämner även att de inte minns tiden direkt efter barnet födelse.

*...den perioden där emellan där att jag grät till dess att bebisen kom upp till
mammans bröst så att säga, den perioden kan ha varit ganska lång, alltså 15-*

20 minuter. Och eh, vad som hände under dom 15-20 minuterna med bebisen vet jag faktiskt inte. Jag vet inte om hon var i samma rum hela tiden eller om dom-, jag misstänker att hon var i samma rum. (2)

En känsla av maktlöshet genomsyrade fäderna och de uttryckte känslan av att vara inkapabla till att göra något överhuvudtaget. Tankar på att i den akuta situationen kunna förlora både barnet och sambon beskrevs. Personalens behandling av barnet såg också väldigt brysk ut i fädernas ögon. Bilden av det till synes livlösa barnet framkallade många känslor såsom hysteri, ilska, oro, sorg, förtvivlan och för en del informanter dök tankar upp om att barnet inte hade överlevt.

Så det såg ut-, jag tänkte att, att det såg ut som om dom kom in med ett stycke fläskfilé och daskade upp på bordet där. Så att jag trodde ju inte att han hade klarat sig. (8)

Fäderna uttryckte att det var en svår situation när barnet inte mårde bra. Trots det var det flera av dem som kände sig lugna eller lyckades utstråla lugn samtidigt som de befann sig på okänd mark. Några av fäderna berättade att de inte upplevde någon rädsla under det akuta omhändertagandet av barnet och menade att de inte blev uppskrämda så lätt.

Trots oron infann sig även en stor glädje och lycka över barnet då de såg att det levde. Livstecken från barnet ingav även en förhoppning om att det skulle sluta bra ändå. De kunde inte med ord beskriva sina känslor för barnet och känslor som lycka, befrielse och fascination dök upp. Fäderna berättade även att de pendlade mellan att känna oro och glädje över barnet och att ha blivit pappa. Faderskänslan kom direkt och känslan av att ”det här är mitt barn” överrumplade dem.

För att hon var så himla fin. Så, så det var nog bara allmän glädje. Och så, samtidigt då lite oro för vad är det som händer. (9)

Fäderna beskrev den första kontakten med barnet, eller önskan om den. De ville röra barnet, men vågade inte av rädsla för att exempelvis skada det, då de tyckte att det såg så litet och skört ut. En del fäder upplevde det mer självklart att de skulle vidröra barnet och att det kändes naturligt, dels för att de själva ville det, men även för att barnet skulle känna närhet till åtminstone en förälder. Fäderna beskrev det som att det fanns en naturlighet i att barnet

behövde sin förälder nära. De upplevde att situationen gjorde att kontakten med barnet blev kortvarig och åsidosatt och närmare kontakt fick vänta till ett senare tillfälle. Trots den ovissa situationen beskrev fäderna det som uppskattat och positivt när de fick vara med barnet under det akuta omhändertagandet.

Ja, att han ska känna att, jag är här, alltså att pappa är här och så. Ja, alla nyfödda brukar ju komma upp på bröstet på mamman och känna närheten direkt, och det var väl lite så jag tänkte att, va fan lite närhet. Även om det är på foten så, blir det i alla fall lite. (4)

Både under och mot slutet av det akuta medicinska omhändertagandet av barnet beskrev fäderna en kluvenhet, att deras uppmärksamhet blev delad mellan sambon och barnet. Vissa berättade att de var helt koncentrerade på barnet och inte hann fundera över hur sambon hade det vid det tillfället. När barnet skulle transporteras till neonatalavdelningen och sambon inte kunde följa med kändes det naturligt att följa med barnet, beslutet upplevdes som enkelt. Fäderna menade att det var viktigt att följa med barnet för att veta vad som gjordes med det och för att bilda sig en egen uppfattning om händelseförloppet.

Samspelet med personalen

Att vara uppmärksam på personalens signaler

De flesta fäderna beskrev personalen som vänliga och trevliga. Att ha en god relation till personalen ansågs värdefullt. Vidare uppgav somliga fäder att de inte hade någon särskild uppfattning om stämningen i rummet alls. Överlag uppfattades en trevlig och vänlig atmosfär i förlossningsrummet, men denna var sekundärt. Det viktigaste var ändå att allt gick bra och barnet mådde väl.

I resultatet framkom en lyhördhet hos fäderna inför de icke verbala signaler personalen sände ut. Att personalen gav ett professionellt intryck genomsyrade alla intervjuerna. Fäderna upplevde att personalen hade kontroll över situationen, att de arbetade med rutin, lugnt men effektivt, vilket bidrog till en känsla av trygghet för fäderna. Det beskrevs som att lugnet hos

personalen smittade av sig. Å andra sidan väcktes oro hos fäderna när de uppfattade tecken till stress hos personalen. Sådana tecken kunde vara att arbetstempot höjdes, att personalen arbetade mer sammanbitet och fokuserat, eller när det larmades efter mer personal. En osäkerhet hos personalen väckte även en känsla av att något hade tillstött eller att något var fel. Då personalen talade tyst och använde sig utav fackspråk, väckte det en känsla av att de försökte dölja någonting.

Men det kanske var, dom kanske är så som människor, pratar tyst, det vet inte jag. Men nu, man undrar ju är det liksom nåt hemligt fackspråk nu? Det här att, det här kommer inte att gå bra, men vi har masken här för att han ska bli lurad eller nåt [skratt], nä, men man-, du vet tankarna börjar. (5)

Ur intervjumaterialet framkom också att fäderna upplevde att personalen i sin tur var pedagogiska och duktiga på att läsa av dem och att de anpassade informationen till en lagom nivå. Somliga beskrev att de uppskattade när personalen auktoritärt fattade beslut åt dem i en situation där de kände sig för maktlösa och handfallna för att ens våga vidröra sitt barn.

Tillit till personalen

Fäderna beskrev på olika sätt att de litade på personalen och gjorde som de sa. I fädernas berättelser sågs en typ av passivitet, då de uttryckte att de försökte följa med strömmen, gjorde som personalen sade, utan att ifrågasätta eller tänka efter. Somliga fäder menade att det inte fanns någon anledning att säga emot eftersom personalen besatt kunskap som de inte hade samt att de, sambon och barnet inte hade klarat sig utan personalens kunskap.

Det är bara till att lita på dom. Hade dom gått därifrån hade jag ju varit körd ju. Det är dom som kan det. (5)

Fäderna uttryckte även en tacksamhet och uppskattning för sjukvården. En del menade att svensk sjukvård har god kvalitet i jämförelse med vad de hört berättats från bekanta om förlossningsvård i andra länder. Fäderna litade på informationen de fick från personalen. Samtidigt upplevde fäderna att personalens fokus inte låg på dem, att de blev femte hjulet. En del fäder kände sig undanskuffade och avstängda från det som hände och tyckte att personalen

inte brydde sig om dem. Andra uttryckte att det var positivt att personalen fokuserade på uppgiften och hade barnet i centrum. Fäderna uttryckte att de inte ville vara i vägen för personalen när de gjorde sitt arbete, att de fick stå där det fanns plats. En del såg sin plats i rummet som självklar och att de själva tog plats i rummet. Fäderna uppfattade att personalen ville göra dem mer delaktiga men att omständigheterna gjorde att det inte var fullt möjligt. Känslan av att hela situationen gick från att vara en förlossning till att istället vara en klinisk medicinsk angelägenhet uttrycktes av somliga fäder. De upplevde att deras delaktighet försvann då de inte fick vara med inne på operationssalen på grund av det urakuta kejsarsnittet, men att de inkluderades på nytt när barnet kom ut till behandlingsrummet där de och neonatalpersonal väntade.

Ett flöde av information

Fäderna beskrev att de fick information fortlöpande och omgående när någonting hände med barnet. Informationen upplevdes överlag vara tillfredsställande, uppskattad samt bidrog till lugn i situationen. Trots att fäderna värderade informationen från personalen framkom det också att de hade svårt att förvalta den. Orsaker till detta var bland annat att de mitt i allt tumult inte hörde, lyssnade eller tog in informationen. Det framkom även att i de fall barnet inte mådde bra spelade det ingen roll hur mycket information personalen gav, fäderna kände sig ändå inte nöjda, just på grund av barnets tillstånd. Somliga upplevde att de inte ens förstod informationen de fick, eller att de inte mindes att de fått information från personalen.

De gånger informationen inte var tillräcklig uppgav de flesta att de själva aktivt ställde frågor. Ingen av fäderna påtalade att de höll inne med sina obesvarade frågor. Vissa berättade att de hade uppskattat om personalen förklarade mer så att de sluppit ställa frågor. Somliga fäder berättade att det var en personal avsatt för att stötta och förklara vad som hände, vilket uppfattades som positivt. Något som bidrog till lugn var att ha fått förberedande information om vilka medicinska insatser som kunde tänkas bli aktuella i samband med förlossningen, samt att ha varit på besök på neonatalavdelningen innan förlossningen.

Jag hade ju sett alla slangar och jag visste ju att det skulle vara åtta, tio personer som sprang där om vartannat. Så det var ju ingen chock för mig alls.

Men det var ju samtidigt väldigt bra att jag visste om det. För då behövde ju inte jag oroa mig för vad..., jaha, varför är här så mycket folk nu? (7)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Kvalitativ metod var ett lämpligt metodval då syftet med studien var att belysa upplevelser av en situation. Forskningsintervjun som insamlade av data är enligt Kvale och Brinkmann (2009) ett verktyg för att fånga intervjupersonens syn på sin livsvärld, vilket författarna till denna studie ville studera. Studiens syfte var att belysa faders perspektiv av att deras barn behövt ett akut medicinskt omhändertagande i samband med förlossning, vilket utgår från en heteronormativ syn på en familjekonstellation. Författarna är medvetna om att det finns och blir vanligare med andra familjekonstellationer. Enligt definitionen ”familjen är sådan den säger att den är” (Wright & Leahey, 1998, s 61) finns en öppenhet inför detta. Att vara partner eller nära anhörig i samma situation som fäderna i denna studie torde inte vara stor skillnad, då alla har gemensamt att de har en anknytning till barnet. Medvetenhet om ovanstående har funnits i planerandet av studien och fäder är medvetet valda på grund av att tidigare forskningslitteratur oftast är uppdelat i mödrar, fäder respektive föräldrar som urvalsgrupper och bland litteraturen fanns en lucka i kunskapen om just fädernas perspektiv. På grund av resurser fanns inte möjlighet att inkludera icke svensktalande fäder eller analfabeter i studien, vilket kan ha inverkat på hur aktuell studies resultat ser ut, likaså exkluderades fäder under 18 år. Framtida studiers resultat kan komplettera detta. Dock finns det en bredd i både ålder, tidigare erfarenhet och fler- respektive förstagångsfäder, vilket Graneheim och Lundman (2004) menar på kan stärka resultatets trovärdighet då det troligtvis ger fler infallsvinklar på valt forskningsämne.

I rekryteringen av informanter uppkom svårigheter med kontakten med kontaktsjuksköterskorna, därav vet författarna inte exakt antal personer som tillfrågades om deltagande i studien. Det hade varit nyttig information att ha för att vidare kunna reflektera över om exempelvis inklusions- eller exklusionskriterier kunde anpassats. Det uppkom även

en del aspekter som kontaktsjuksköterskorna tog hänsyn till som inte fanns i inklusions- och exklusionskriterierna – att en del befann sig i en påfrestande familjesituation varför det bedömdes som olämpligt att tillfråga om att delta i en studie. Här kan det diskuteras om det finns något perspektiv som författarna inte haft i åtanke då studien planerades.

Omständigheter som gjorde att en del potentiella informanter inte tillfrågades kan förklaras av arbetsbelastning på avdelningen eller att författarna har haft för gles kontakt med kontaktsjuksköterskorna. En informant föll även bort på grund av tidsramen för intervjun inte kunde hållas. Diskussion fördes om tidsramen skulle ändras, vilket författarna kom fram till att den inte skulle då avsikten var att få fädernas perspektiv tätt inpå förlossningen.

Under intervjuerna användes audioupptagare för att författarnas uppmärksamhet och närvaro skulle vara så odelad som möjligt under intervjusituationen, vilket även Kvale och Brinkmann (2009) tar upp. Audioupptagningen gör att betoning, pauser och ord registreras samt att forskaren kan lyssna på intervjun på nytt, flera gånger om (a.a.). Fäderna kan tänkas ha varit obekväma med att audioupptagning skedde, vilket kan ha påverkat deras utsagor. Genom att forskarna turades om i avseende att leda intervjuerna kan studiens reliabilitet stärkas, då intervjuernas innehåll var liknande oavsett vilken forskare som ledde intervjun. Sannolikheten för att en tredje part skulle få fram liknande resultat borde således öka (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskarna var även medvetna om sin förförståelse och försökte bibehålla en öppenhet och objektivitet inför vad informanterna ville säga vilket var viktigt för studiens reliabilitet.

Validiteten i en studie speglar hur väl studien mäter det den avser att mäta (Kvale & Brinkmann, 2009). Denna studie avsåg att mäta fädernas upplevelser, för att stärka validiteten i studiens resultat läste författarna intervjuerna var för sig, och tog oberoende av varandra fram meningsbärande enheter som motsvarade syftet, övrigt material skalades bort.

Analysprocessens tillförlitlighet, även kallad reliabilitet styrktes av att materialet diskuterades med en tredje part (handledaren) för att få ytterligare en synvinkel på studiens material (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta är enligt Graneheim och Lundman (2004) viktigt för att få fram så riktiga koder, underkategorier och kategorier som möjligt i förhållande till material och studiens syfte. Genom att använda en beprövad modell för att analysera materialet kan studiens validitet styrkas enligt Kvale och Brinkman (2009). Därför har analysen gjorts utefter Graneheim och Lundmans (2004) analysmodell för att på djupet få fram fädernas upplevelser

Diskussion av framtaget resultat

Bowlby (1994) menar att anknytningen mellan far och barn är lika viktig som anknytningen mellan mor och barn. För att optimera bindningen krävs dock att föräldrarna har tid till att ta hand om sitt barn och stöds i stressfulla situationer (a.a.). Sjukvårdspersonal har därför en viktig roll i omhändertagandet av barn och föräldrar. Resultatet visar på att det fanns en önskan från fäderna om att ha fysisk kontakt med sitt barn. Flertalet studier som gjorts om fäders upplevelser av neonatalvård har tagit upp liknande ögonblick som varit viktiga för fäderna i anknytningen till sitt barn. Sådana ögonblick som återkom i litteraturen var bland annat att hålla barnet i sin famn (Lundqvist, Hellström-Westas, & Hallström, 2007; Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Arockiasamy, Holsti & Albersheim, 2008; Sullivan, 1999). I Garten et al. (2013) studie tyckte fäderna som såg och tog på sitt barn för första gången att det var ett vackert ögonblick. Resultaten i ovanstående studier kan således jämföras med denna studies resultat. Något som även framkom som bifynd under intervjuerna var stunden då fäderna fick ha sitt barn hud-mot-hud, oftast på neonatalavdelningen, vilket de upplevde som glädjande och de uttryckte att det gjorde dem lugna. Författarna menar på att det således är ytterst viktigt ur ett sjukvårdspersonalperspektiv att försöka möjliggöra en sådan situation så fort tillfälle ges.

Den storm av känslor som fäderna upplevde under barnets akuta omhändertagande återfanns även bland fäderna i Harvey och Pattisons (2012) studie. Pendlingen mellan glädje och sorg var gemensamt för fäderna i studierna. Dock framkom det i Harvey och Pattisons studie att fäderna inte vågade titta på återupplivningen av barnet utan koncentrerade sig på modern, vilket inte återfanns bland fäderna i vår studie. Resultatet visar på att fäderna var positiva till att vara närvarande under barnets akuta medicinska omhändertagande, vilket även framkom i Harvey och Pattisons samt Maxtons (2008) studie.

Fäderna värnade om att ha en god relation till personalen samt att de visste att barnet var beroende av personalens kunskap, vilket tycks tyda på att fäderna befann sig i en beroendeställning jämt mot personalen. I en studie gjord på en neonatal intensivvårdsavdelning beskrevs hur fäderna noggrant observerade vad personalen gjorde, men vågade inte kritisera på grund av rädsla för att barnet i så fall skulle få sämre vård (Pohlman, 2009). Beroendeställningen mellan personalen och fäderna kunde i vår studie även skildras då fäderna uttryckte en önskan om att få vara nära sitt barn, samtidigt som de inte

ville vara i vägen för personalen utan lät dem utföra sitt arbete. Som sjukvårdspersonal är det av största vikt att ha en medvetenhet om detta och ta det i beaktande i vården av barnet och familjen, för att kunna ge det som Edwinson Månsson och Enskär (2010) kallar för familjefokuserad omvårdnad.

Vikten av informationsflödet mellan personalen och fäderna går inte att betona nog mycket. Fäderna uttryckte att det var positivt med information, samtidigt måste personalen vara medvetna om att informationen måste upprepas och vara tydlig, då det i studien framkom att en del för stunden inte var kapabla till att ta in informationen som gavs, vilket även föräldrarna i Maxtons (2008) studie nämner. En informant i vår studie uttryckte att det var en avsatt personal som förklarade händelseförloppet för honom. En av anledningarna till att det är en informant av tio kan bero på de praktiska förhållandena med personalbrist. Fäderna upplevde sig ha fått information, vilket de uppenbarligen fått. Frågan är om det är en avsatt personal som har informerat dem eller om informationen kommit från olika håll. Enligt riktlinjer av RC (2010) och Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011) bör det avsättas en personal för stöttning och information till anhöriga. I Maxtons studie (2008) upplevde fäderna att en erfaren sjuksköterska var bäst lämpad för den uppgiften. Vilka praktiska möjligheter finns det för att avsätta en sjuksköterska till detta i svensk sjukvård idag? Författarnas mening är att det oftast i realiteten faller på barn-/undersköterskans uppgift att få ta den rollen på grund av personalsammansättningen i dessa situationer. Dilemmat med personalresurser diskuteras även av personalen i Fulbrook et als. (2007) studie.

Ett bifynd i vår studie var att en del fäder kände sig nästintill lurade av den information de fått genom föräldrautbildning inför förlossningen. De upplevde att de vaggats in i en falsk trygghet av att det var ovanligt att det nyfödda barnet mår så dåligt att det kan komma att behöva ett akut medicinskt omhändertagande i förlossningsrummet. Liknande resultat fanns i Harvey och Pattisons studie (2012). Det fanns en önskan hos fäderna i vår studie att få ärlig information från början för att kunna förbereda sig mentalt och därmed bilda sig coping-strategier för att hantera situationen. Vilken information som faktiskt har givits på föräldrautbildningar och på mödravården till fäderna kan diskuteras. Information angående eventuella komplikationer vid förlossningen kanske har givits, men att den informationen inte tagits in. Möjligheten att besöka förlossningsavdelningen innan förlossningen, samt att få information om vilken hjälp som kan komma att behövas i anslutning till förlossningen, upplevdes som mycket värdefullt under den akuta situationen av fäderna. Bland fäderna

syntes skillnad i hur de hanterade situationen beroende på tidigare erfarenheter. De som varit med om en liknande situation förut upplevde att den var en sorts källa till lugn och trygghet. Författarna menar på att det för fäderna kan vara av betydelse att som sjukvårdspersonal ta reda på vilken utgångspunkt fadern har för att kunna individanpassa informationen som ges.

Sammanfattningsvis har fäderna upplevt det positivt och naturligt att närvara under deras barns akuta medicinska omhändertagande. Fäderna beskrev en stor tillit till personalens kunskap, vilket är viktigt som sjukvårdspersonal att vara medveten om. Det mest tongivande för att skapa lugn och trygghet i situationen var att fäderna fick tydlig och upprepad information. Viktigt var även att informationen som gavs var individanpassad. Framtida studier behövs för att undersöka exempelvis hur andra nära anhöriga som är med under ett akut medicinskt omhändertagande upplever situationen. Det hade även varit intressant att undersöka hur personalresurser ser ut i den kliniska vardagen med arbetsfördelning kontra de riktlinjer som finns.

Referenser

Andréasson, B., Blennow, M. & Hagberg, H. (2008). Omhändertagande av det asfyktiska barnet. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman. (Red.). *Neonatologi*. (s. 55-76). Lund: Studentlitteratur AB.

Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: A search for control. *Pediatrics*, 121(2), e215-e221.

Beauchamp, T.L. (2001). The 'four principles' approach to health care ethics. In T. L. Beauchamp & J. F. Childress (Eds.) *Principles of health care ethics*. (pp. 3-10). Oxford: Oxford University press.

Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteori*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Edwinson Månsson, M. & Enskär, K. (2010). Barn och familjer på sjukhus. I M. Edwinson Månsson. & K. Enskär. (Red.). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. (s. 31-38). Lund: Studentlitteratur AB.

Finnström, O., Otterblad Olausson, P., Sedin, G., Serenius, F., Svenningsen, N., Thiringer, K.,... Wesström, G. (1997). The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. *Acta Paediatrica* 86(5), 503-511.

Fulbrook, P., Latour, J. M. & Albarran, J. W. (2007). Paediatric critical nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. *International Journal of Nursing Studies* 44(7), 1238-1249.

- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(1), 64-71.
- Garten, L., Nazary, L, Meze, B. & Bühner, C. (2013). Pilot study of experiences and needs of 111 of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 33, 65-69.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Harvey, M. E. & Pattison, H. M. (2012). Being there: a qualitative interview study with fathers present during resuscitation of their baby at delivery. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 97(6), 439-443.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *World Medical Association: Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects*. Retrieved August 19, 2012, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Jackson, K., Ternestedt, B.-M. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Jarvis, A. S. (1998). Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 14(1), 3-7.
- Johansson, M. (2012). *Becoming a father: Sources of information, birth preference, and experiences of childbirth and postnatal care*. Doctoral dissertation, Mid Sweden University, Department of Health Science.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (Red.) (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Lindberg, B, Axelsson, K. & Öhrling, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 3(13), 142-149.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundqvist, P., Hellström Westas, L. & Hallström, I. (2007). From distance toward proximity: Father's lives experience of caring for their preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 490-497.

Maxton, F. J.C. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3168-3176.

NOBAB. (u.å.). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården: Utarbetad i enlighet med FN:s barnkonvention*. Hämtad 20 september 2013, från <http://www.nobab.se/standard/Barn-och-ungdomar.php>

Plantin, L. (2001). *Mäns föräldraskap: Om mäns upplevelser och erfarenheter av faderskapet*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Pohlman, S. (2009). Fathering premature infants and technological imperative of the neonatal intensive care unit: An interpretive inquiry. *Advances in Nursing Science*, 32(3), E1-E16.

Resuscitation Council. (2010). *Resuscitation guidelines 2010*. Retrieved September 20, 2013, from <http://www.resus.org.uk/pages/guide.htm>

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 20 september, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Statistiska centralbyrån. (2013). *Levande födda efter region och tid*. Hämtad 21 september, 2013, från

http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_TablePresentation____340486.aspx?layout=tableViewLayout1&rxid=3ed5b84c-038e-4c22-bf66-5c5b6c7f2d6e

Sullivan, J. R. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. *Neonatal Network*, 18(7), 33-39.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2008). *Asfyxi och neonatal HLR*. (Arbets- och referensgruppen för perinatologi, rapport nr 57). Från https://www.sfog.se/natupplaga/nr57_inkl_errataaf131633-7078-4e78-a91d-368f481d7d60.pdf

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2011). *Avancerad hjärt-lungräddning till barn*. Från HLR rådet. www.hlr.nu

Tinsley, C., Hill, J.B., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Freier, K., & Abd-Allah, S. (2008). Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 122(4):e799-804.

UNICEF. (u.å.) *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Från <http://unicef.se/publikationer>

Vetenskapsrådet. (u.å.) *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wide-Swensson, D. & Cordesius, I. (2011). *Partners närvaro vid kejsarsnitt*. PM, Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus. Hämtad 16 augusti, 2012, Från Region Skåne, <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/USIL/Dokument/Division6/VOKvinnosjukv/PM%20f%C3%B6r%20externa%20v%C3%A5rdgivare/Partnerns%20n%C3%A4rvaro%20vid%20kejsarsnitt.pdf>

Wright L. M., Leahey M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2),148-154.

Wright, L. M. & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur AB.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 1 (5)

INFORMATIONSBREV

2013-11-01

Information till undersökningsperson

Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

En del barn behöver ett akut omhändertagande i samband med förlossningen, vilket blir en väldigt oväntad situation för den nyblivna fadern. Syftet med studien är att belysa fäders upplevelser av att deras barn har varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen.

Intervjun beräknas ta cirka 45-90 minuter och genomförs av Daniella Hanmark och/eller Emily Malmér. Vi kontaktar Dig och erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Dig eller Ditt barns kontakt med hälso- och sjukvården. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lämna, alternativt skicka, tillbaka den i det bifogade svarskuvert inom en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barnsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Daniella Hanmark
Leg. Sjuksköterska,
student

Tfn: 0708-17 90 26

e-post: sbs12dha@student.lu.se

Emily Malmér
Leg. Sjuksköterska,
student

Tfn: 0722-29 42 54

e-post: sps12ema@student.lu.se

Handledare Lisbeth Jönsson
Titel: Barnsjuksköterska,
universitetsadjunkt

Tfn: 046-222 19 70

e-post: lisbeth.jonsson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min/mitt barns behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



2013-11-01

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till klinikchef för neonatalkliniken, [aktuellt sjukhus]

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen”

Trots att återupplivningssituationer förekommer i samband med förlossningar finns det inte mycket forskning kring ämnet ur fäders perspektiv. Syftet med studien är att belysa fäders upplevelser av att deras barn har varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen. Ämnet är tämligen outforskat och genom att fäder får berätta om sina upplevelser erhålls mer kunskap som kan öka vårdpersonalens förståelse inför bemötandet av fäder i denna situation.

För att samla data behövs cirka 10-15 intervjuer med nyblivna fäder göras. Intervjupersonerna ska vara över 18 år, förstå svenska både skriftligt och muntligt för att de ska kunna lämna informerat samtycke. De kan vara både förstagångs- eller flerbarnsfäder till fullgångna eller prematura barn förlösta vaginalt eller med kejsarsnitt, från graviditetsvecka 34+0. Barnets tillstånd ska ha krävt ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossningen, samt behövt eftervård på neonatalavdelning. Exklusionskriterium är fäder till barn som avlidit i samband med det akuta omhändertagandet vid förlossningen, samt fäder till barn som drabbats av en svår perinatal hypoxisk-ischemisk encephalopati, samt en prenatal diagnostiserad missbildning. Individuella, semistrukturerade intervjuer med ljudupptagning ska genomföras. Data kommer att analyseras och sammanfattas med kvalitativ innehållsanalys.

Kontakt med undersökningspersonerna tas via en mellanhand, förslagsvis avdelningschefen eller en kontaktsjuksköterska som ger en kort beskrivning av studien. Därefter får intervjupersonerna skriftlig information om studien, där konfidentialitet och frivillighet betonas. Intervjupersonerna ska kunna avbryta när som helst under studiens gång, utan att ange anledning. Material som inhämtats kodas, hanteras och förvaras med konfidentialitet och frånskilt obehöriga. Tid och plats för intervjuerna sker enligt deltagarens önskemål eller enligt överenskommelse. Godkännande av genomförande av studien inhämtas av Vårdvetenskapliga etiknämnden.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barnsjukvård

Med vänlig hälsning

Daniella Hanmark
Leg. Sjuksköterska,
student
Tfn: 0708-17 90 26
e-post:
sbs12dha@student.lu.se

Emily Malmér
Leg. Sjuksköterska,
student
Tfn: 0722-29 42 54
e-post:
sps12ema@student.lu.se

Handledare Lisbeth Jönsson
Titel: Barnsjuksköterska,
universitetsadjunkt
Tfn: 046-222 19 70
e-post:
lisbeth.jonsson@med.lu.se

Bilagor

- 1. Samtyckesblankett**
- 2. Projektplan**

Blankett för medgivande av klinikchef eller motsvarande

Fäders upplevelse av neonatal återupplivning i samband med förlossning

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

2013-11-01

Till kontaktsjuksköterska på neonatalavdelning i Helsingborg

Fäders upplevelse av att deras barn varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med patienter för deltagande i ovanstående studie.

Trots att akuta situationer förekommer i samband med förlossningar finns det inte mycket forskning kring ämnet ur fäders perspektiv. Syftet med studien är att belysa fäders upplevelser av att deras barn har varit i behov av ett akut medicinskt omhändertagande på förlossningssalen. Ämnet är tämligen outforskat och vi önskar därför samla mer kunskap kring detta för att kunna öka vårdpersonalens förståelse inför bemötandet av fäder i denna situation.

För att samla data behövs cirka 10-15 intervjuer med nyblivna fäder göras. Intervjupersonerna ska vara över 18 år, förstå svenska både skriftligt och muntligt för att de ska kunna lämna informerat samtycke. De kan vara både förstagsängs- eller flerbarnsfäder till fullgångna eller prematura barn förlösta vaginalt eller med kejsarsnitt, från graviditetsvecka 34+0. Barnets tillstånd ska ha krävt ett akut medicinskt omhändertagande i direkt anslutning till förlossningen, samt behövt eftervård på neonatalavdelning. Exklusionskriterium är fäder till barn som avlidit i samband med det akuta omhändertagandet vid förlossningen, samt fäder till barn som drabbats av en svår perinatal hypoxisk-ischemisk encephalopati, samt en prenatal diagnostiserad missbildning. Intervjuerna planeras ske tidigast fem, senast fjorton dagar efter födseln. Intervjuerna sker enskilt med ljudupptagning, därefter kodas de och skrivs ordagrant ner för att sedan bearbetas och analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

Vi anhåller om hjälp av Dig/er att välja ut patienter enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom ber vi att Du hjälper oss med att lämna ett brev till de som ska inkluderas med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien eller inte. I brevet bifogas dessutom ett informerat samtycke och ett svarskuvert adresserat till Dig. Vi kommer efter överenskommelse att hämta svarskuverten vid senare tillfälle.

Informanterna informeras om att deltagandet i studien är frivilligt och att de när som helst kan avbryta deltagandet utan att ange orsak. Material som inhämtats hanteras och förvaras med konfidentialitet och fränskilt obehöriga.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barnsjukvård.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Daniella Hanmark
Leg. Sjuksköterska,
student
Tfn: 0708-17 90 26
e-post: sbs12dha@student.lu.se

Emily Malmér
Leg. Sjuksköterska,
student
Tfn: 0722-29 42 54
e-post: sps12ema@student.lu.se

Handledare Lisbeth Jönsson
Titel: Barnsjuksköterska,
universitetsadjunkt
Tfn: 046-222 19 70
e-post: lisbeth.jonsson@med.lu.se

Bakgrundsdata

Ålder: _____

Barnet född i vecka: _____

Enbarnsfar

Flerbarnsfar

Har du varit med om en liknande situation tidigare Ja Nej

Sammanboende med barnets mor Ej sammanboende med barnets mor

Utbildningsnivå

Grundskola

Gymnasial

Högskola/Universitet

Intervjuguide

Inledande fråga: Skulle du kunna börja berätta vad som hände när ditt barn föddes?

Områden att belysa:

- Bemötandet
- Information/kommunikation
- Miljö