



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Partnerns upplevelse i samband med planerat kejsarsnitt

En intervjustudie

The partner's experience during elective cesarian section

An interview study

Författare: Selma Grytzell & Malin Hammarström

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds Universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Forskning visar att partnern både önskar och förväntas vara med och stödja sin respektive i samband med förlossning och i synnerhet vid kejsarsnitt. Samtidigt upplever sig partnern inte sällan exkluderade i samband med barnets födelse. Vårdens utformning möjliggör dessutom inte alltid för familjen att vara tillsammans, exempelvis vid planerade kejsarsnitt.

**Syfte:** Syftet med studien är att få djupare förståelse för partnerns upplevelse i samband med planerat kejsarsnitt.

**Metod:** Kvalitativ intervjustudie där 14 pappor deltog. Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

**Resultat:** Innehållsanalysen resulterade i två kategorier med två respektive fem underkategorier. I kategorin "Personalens bemötande var betydelsefullt" framkom vikten av ett gott bemötande och att känna sig inkluderad. Även fortlöpande information samt information kring partnerns roll var viktig. I kategorin "Vara där för sin familj" tog papporna upp att de önskade kunna stödja och vara tillsammans med mamma och barn under hela vårdtiden men att organisationen inte alltid möjliggjorde för detta. Papporna upplevde blandade känslor när de var själva med sitt nyfödda barn och när de var tvungna att lämna sin familj på sjukhuset uppstod en känsla av hjälplöshet.

**Konklusion:** Trots samhällets förväntan på det jämställda föräldraskapet upplever pappor sig exkluderade. Organisationen behöver därför anpassas på ett sätt som möjliggör för partnern att vara nära och kunna ge stöd till sin familj oberoende av förlossningssätt. Att genom denna studie belysa partners upplevelser kan regioner, barnmorskor och annan vårdpersonal bli varse de aspekter som är betydelsefulla för att stärka partnerns roll som förälder.

## Nyckelord

Familj, partner, planerat kejsarsnitt, upplevelse

# Innehållsförteckning

<b>Problemområde</b> .....	4
<b>Bakgrund</b> .....	4
Partners roll.....	6
Barnmorskans roll.....	7
<b>Syfte</b> .....	8
<b>Metod</b> .....	9
Urval .....	9
Begrepp.....	9
Datainsamling .....	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
<b>Resultat</b> .....	13
Personalens bemötande var betydelsefullt .....	14
<i>Vikten av kompetent och empatisk personal</i> .....	14
<i>Behov av god information</i> .....	17
Vara där för sin familj.....	19
<i>En vilja att vara tillsammans</i> .....	19
<i>En vilja att stödja den födande</i> .....	21
<i>En känsla av hjälplöshet att inte få lov att stanna på BB</i> .....	21
<i>Varierande känslor att vara själv med barnet</i> .....	22
<i>Organisationens möjligheter och hinder att få vara tillsammans</i> .....	23
<b>Diskussion</b> .....	24
Metoddiskussion .....	24
Resultatdiskussion.....	27
<b>Konklusion och implikationer</b> .....	29
<b>Referenser</b> .....	31
<b>Bilaga 1 (1)</b> .....	35

## **Problemområde**

Planerat kejsarsnitt blir en allt vanligare intervention inom förlossningsvården (World Health Organization [WHO], 2018; Socialstyrelsen, 2019). Tidigare kvalitativ forskning (Heis et al., 2022; Thirukumar et al., 2021) fokuserar främst på den födandes upplevelser och ytterligare kunskap kring partners upplevelser vid kejsarsnitt är därför av betydelse.

Forskning visar att pappor har en stark önskan att stödja sin partner under förlossningen, vara närvarande och delaktig vid födseln av sitt barn samt bli inkluderade av vårdpersonalen som en del av teamet runt den födande (Johansson et al., 2015). Pappor som av sjukvårdspersonal blir bemötta med empati, respekt och stöd upplever en känsla av kontroll, säkerhet och minskad stress. Inte sällan känner de sig emellertid exkluderade i den kvinnodominerade miljön (Wells, 2016). Johansson et al. (2015) visar att när pappor inte fått den information eller det stöd de behöver ökar deras osäkerhet, vilket i sin tur leder till minskat stöd till den födande. Gällande tiden runt förlossningen antas båda föräldrarna närvara, partnern som den födandes stöd. De föräldrar vars barn föds med kejsarsnitt blir som regel skilda åt direkt postoperativt då mamma vårdas på uppvakningsavdelningen. De kan även behöva skiljas åt till natten under tiden på BB-avdelningen.

Mot bakgrund av detta är det angeläget att få en ökad förståelse för partners upplevelser och behov vilket i sin tur kan ge vägledning till barnmorskor och annan vårdpersonal kring omhändertagandet av hela familjen i samband med planerat kejsarsnitt.

## **Bakgrund**

Kejsarsnitt började utföras i större skala i mitten av 1800-talet då anestesi utvecklades (Andolf, 2014). I början var mortaliteten hög men i samband med att mortaliteten minskade ökade indikationerna för ingreppet. Kejsarsnitt på fetal indikation infördes först på 1960-talet. Frekvensen var då fortfarande låg, under 5 procent. I samband med införandet av CTG på 1970-

talet steg frekvensen till drygt 10 procent. Frekvensen var sedan stabil fram till åren efter 2000-talet då den relativt snabbt gick upp till 20 procent (Andolf, 2014; Socialstyrelsen, 2019). Detta kan jämföras med den globala frekvensen som idag ligger på 18,6 procent (WHO, 2018), dock med stor variation mellan de olika världsdelarna. Afrika har den lägsta frekvensen på cirka 7 procent, Europa 25 procent och Syd- och Centralamerika den högsta frekvensen på drygt 40 procent (WHO, 2018).

Kejsarsnitt räknas som planerat då beslut tas minst åtta timmar före ingreppet, annars räknas det som akut (Socialstyrelsen, 2019). Planerade kejsarsnitt kan utföras om det redan före förlossningen föreligger en medicinsk risk hos mamman eller barnet, eller om kvinnan av någon anledning inte vill föda vaginalt. När kejsarsnitt behöver utföras utan dröjsmål klassas kejsarsnittet som urakut eller omedelbart. Indikationer för planerat kejsarsnitt kan exempelvis vara flerbörd, ej huvudbudna enkelbörd, placenta praevia, kejsarsnitt på mammans önskan, ett eller flera tidigare kejsarsnitt eller tidigare sugklocka med sfinkterruptur. Risken för komplikationer är större efter ett kejsarsnitt jämfört med en vaginal, icke-instrumentell förlossning (Socialstyrelsen, 2019).

Antal kejsarsnitt som utförs i Sverige varierar mellan de olika sjukhusen och regionerna (Socialstyrelsen, 2019). Detta indikerar även att kriterierna för kejsarsnitt skiljer sig åt i landet. Flest kejsarsnitt (21 procent) utförs i sjukvårdsregion Stockholm och minst antal (13,8 procent) utförs i den sydöstra sjukvårdsregionen. Vid urakut eller omedelbart kejsarsnitt skiljer sig kriterierna inte mycket mellan de olika förlossningsklinikerna i Sverige. Den största skillnaden mellan klinikerna gäller planerade kejsarsnitt där frekvensen är avsevärt större i Stockholm (12,9 procent) än i Jämtland (5,7 procent) (Socialstyrelsen, 2019).

Möjligheten för partnern att få vara med på uppvakningsavdelning efter kejsarsnittet och få sova över på natten tillsammans med sin familj skiljer sig åt från olika sjukhus i landet. På ett sjukhus i Stockholm är familjen enligt rutin tillsammans efteråt (Karolinska Universitetssjukhuset, 2022) medan det på ett sjukhus i Skåne beror på platsläge och tillgång till personal (P. Teleman, personlig kommunikation, 5 jan 2023).

## Partnerns roll

Bland länderna i EU är Sverige det mest jämställda enligt EU:s jämställdhetsmätning (European Institute for Gender Equality, 2022). Ett jämställt föräldraskap kan växa fram genom det föräldrastöd som ges i öppenvården under en period då föräldraskapet formas. Mödra-och barnhälsovården i Region Skåne arbetar sedan några år tillbaka med pappasamtal i avsikt att öka pappors ansvar för föräldraskapet. Att ha både pappa- och mammasamtal leder till en ökad förståelse för varandra och ger insikt i att båda föräldrarna är lika viktiga (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021). Det jämställda föräldraskapet gynnar barnets hälsa, utveckling och välbefinnande. Det främjar även föräldrarnas relation till varandra och barnet (Ayala et al., 2016; Sveriges Kommuner och Regioner, 2021; Ünal Toprak & Şentürk Erenel, 2021). Mödrahälsovården arbetar därför med att främja ett jämställt föräldraskap och en tidig anknytning (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016).

I en studie av Persson et al. (2012) kring pappors upplevelse under den första veckan efter förlossningen visades att pappor önskade vara involverade under graviditet, förlossning och tiden efteråt. Papporna kände att ju mer delaktiga de var, desto bättre var förutsättningarna för en god relation till barnet. Papporna ville ta ansvar för mamman och barnet efter förlossningen och hjälpa mamman när hon behövde det, särskilt i de fall hon genomgått ett kejsarsnitt vilket innebar ett större behov efteråt (Persson et al., 2012).

I en longitudinell studie gjord i Turkiet av Ünal Toprak och Şentürk Erenel (2021) undersöktes påverkan av pappors fysiska närhet till sitt barn under det första levnadsåret. Där undersöktes skillnaden i pappors deltagande av spädbarnets omvårdnad mellan en grupp som fått i uppgift att ha sitt barn hud-mot-hud vid minst två tillfällen per vecka i ett år, och en kontrollgrupp. Studien visade att pappor i gruppen som hade haft sina barn hud-mot-hud regelbundet hade en större delaktighet i barnets omvårdnad efter ett år (Ünal Toprak & Şentürk Erenel, 2021).

Fortsättningsvis beskriver kvalitativa studier av Blanca Gutiérrez et al. (2012) samt Ayala et al. (2016) pappors upplevelse av att vara ensamma med barnet direkt efter kejsarsnitt medan mamman ligger på uppvakningsavdelning i Spanien respektive Chile. Pappor i båda studierna upplevde att den tid de fick tillsammans med barnet var mycket viktig och stärkte deras relation

till barnet. Papporna kände att deras roll som pappa stärktes och var tacksamma över möjligheten att få den tiden till att lära känna sitt barn (Ayala et al., 2016; Blanca Gutiérrez et al., 2012). Pappor upplevde även att tidig närhet till både mamman och pappan var viktigt för att skapa lika förutsättningar för en god relation till barnet samt för en jämställd relation mellan föräldrarna (Ayala et al., 2016). Ellberg et al. (2010) undersökte hur föräldrar upplevde vården efter förlossningen. Föräldrarna i studien pratade ofta om sig själva som en enhet, en familj, och underströk vikten av att båda föräldrarna inkluderades av personalen. Föräldrarna beskrev känslan av att pappan förväntades ha en stor roll i föräldraskapet men att han samtidigt blev förbisedd av personalen under vården efter förlossningen.

## Barnmorskans roll

Barnmorskan har en viktig stödande roll för partnern vid förlossning (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011; Johansson et al., 2015). Johansson et al. (2013a) beskrev i en studie som undersökt svenska pappors upplevelser av att närvara vid partnerns kejsarsnitt, att blivande pappor upplevde en ökad oro inför planerat kejsarsnitt ju närmare de kom det inplanerade datumet. De flesta papporna såg kejsarsnitt som en sista utväg och hade hellre velat att barnet föddes vaginalt. Papporna beskrev hur vårdpersonalen spelade en stor roll för hur de upplevde kejsarsnittet. Information, bemötande, attityder, professionalitet och att se personalen som experter påverkade pappornas upplevelse. När papporna inte fick tillräcklig information upplevde de en svårighet att hantera situationen, oron ökade och de kände sig exkluderade (Johansson et al., 2013a). Vidare belyste Persson och Dykes (2002) i en studie att barnmorskan spelade en viktig roll för båda föräldrarna i samband med förlossningen. Barnmorskor som hade en positiv och öppen inställning och som gav föräldrarna en känsla av egenmakt ledde till trygghet hos både mamman och pappan. Att uppmärksammas av personalen på sjukhuset upplevdes särskilt viktigt hos papporna som då kände delaktighet i processen vilket i sin tur ledde till en positiv påverkan på parets förhållande (Persson & Dykes, 2002).

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) har utvecklat en barnmorsketeori om den ”goda barnmorskan” som grundar sig i fem olika delar. Den första delen är barnmorskans professionella omhändertagande där barnmorskan ska ta hand om kvinnan och hennes familj på

ett professionellt och individanpassat sätt. Den andra delen är barnmorskans professionella vishet som innebär att barnmorskan besitter en vishet erhållen genom kunskap och erfarenhet. Denna vishet ska även kunna appliceras i det professionella sammanhanget. Den tredje delen är barnmorskans professionella kompetens som ska se till att mamman och barnet är välmående. Den fjärde delen är barnmorskans mellanmännsliga kompetens vilket innebär barnmorskans förmåga att ha en stärkande kommunikation och ett stärkande partnerskap med kvinnan och hennes familj. Många kvinnor upplever detta partnerskap som en känsla av att bli omhändertagen. Den femte delen av teorin är barnmorskans personliga och professionella utveckling, vilket innebär att barnmorskan ska ta hand om sig själv på en personlig och professionell nivå. Barnmorskan ska känna sig själv och se till att hon får återhämtning för att förebygga utbrändhet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Denna teori passar väl till studiens syfte då den tar hänsyn till hela familjens välmående och fokuserar på viktiga aspekter för partnern så som information och kommunikation.

Då kejsarsnitt blir allt vanligare och partners förväntas vara allt mer delaktiga vid förlossning och i föräldraskapet är det viktigt att undersöka även partnerns behov och upplevelser kring planerat kejsarsnitt. Studier (Ellberg et al., 2010; Johansson et al., 2015; Wells, 2016) visar att partnern inte alltid involverades i förlossningsvården trots önskan om detta. Det är således viktigt för barnmorskor och annan vårdpersonal att få en djupare förståelse för partnerns upplevelse så att de kan möta dennes behov i samband med planerat kejsarsnitt.

## **Syfte**

Syftet med studien är att få djupare förståelse för partnerns upplevelse i samband med planerat kejsarsnitt.



## Metod

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) har genomförts. Innehållsanalys med kvalitativ ansats handlar framför allt om tolkning av texter inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Induktiv ansats innebär att texten analyseras utan förutfattade meningar och kan exempelvis handla om en människas upplevelse av att leva med en speciell sjukdom. Då önskan är att ta reda på respondenters upplevelser vid given situation ansågs en intervjustudie vara lämplig.

Forskaren för studier i kvalitativ metod varierar mellan närhet och distans vilket innebär att forskaren är med och formar resultatet i forskningsprocessen. Respondenterna har i studien fått berätta fritt om sina upplevelser kring kejsarsnittet. Vid det här förfarandet kallas intervjun narrativ som betyder berättande. Vid narrativa intervjuer berättar respondenten fritt om sin erfarenhet och upplevelse av den fråga som studeras och forskaren varken vill eller kan ställa sig utanför. Här är det i stället meningen att forskaren deltar i processen och stimulerar berättandet (Graneheim & Lundman, 2004).

## Urval

Deltagarna i studien har rekryterats från ett av södra Sveriges sjukhus. Urvalet består av partners till kvinnor som genomgått ett planerat kejsarsnitt utan större komplikationer och där barnet föddes mellan graviditetsvecka 37+0 och 41+6. Deltagarna skulle vara svensk- eller engelsktalande samt vara över 18 år. Exklusionskriterier var flerbörd samt om barnet vårdats på neonatalavdelning direkt efter kejsarsnittet.

## Begrepp

Författarna använder sig i studien av begreppet "partner" för att beskriva den födandes medförälder. Eftersom enbart manliga partners deltog i studien har författarna valt att använda sig av begreppet "pappa" när partnern beskrivs i resultatet samt vid beskrivning av resultat från artiklar där enbart pappor deltog. Pappornas respektive benämns som "mamma".

I de fall mamman nämns vid namn i citat har författarna valt att byta ut detta mot “fru” eller “sambo” för att skydda deras identitet.

## Datansamling

Planen var att utföra cirka 15 intervjuer. Antalet beräknades vara rimligt utifrån den tid och de resurser som fanns tillgängliga för storleken av studien och är också det antal (15+/-10) som Kvale och Brinkman (2017, Kapitel 6) föreslår. Deltagare rekryterades via perinatalavdelningen på ett universitetssjukhus i södra Sverige. Rekryteringen och intervjuerna ägde rum mellan april och november 2022. Information kring studien samt tillvägagångssätt skickades till och godkändes av ansvarig verksamhetschef samt enhetschef. Personalen på avdelningen informerades via arbetsplatsträff och veckobrev. Personalen agerade därefter mellanhänder och var de som gav information och samtyckesblankett till de partners som uppfyllde inklusionskriterierna. Informationsblad delades ut av personalen till de blivande föräldrarna morgonen kejsarsnittet ägde rum och partnern blev tillfrågad om deltagande i studien under eftervårdsperioden. Om partnern gav samtycke lades samtyckesblanketten med tillhörande kontaktuppgifter i en låst låda på avdelningen som endast författarna hade tillgång till. Partnern kontaktades tidigast en vecka efter kejsarsnittet för att möjliggöra att familjen skulle kunna landa i hemmet och bearbeta sina upplevelser tillsammans och senast 5 veckor efter för att skildringen av upplevelsen skulle vara så korrekt och nära i tiden som möjligt. Vid telefonkontakt tillfrågades partnern om fortsatt intresse att delta fanns och tid för intervju bestämdes. Initialt insamlades samtycke från 20 deltagare varav 15 gav gensvar och deltog i intervju. Av dessa 15 deltagare exkluderades en med anledning av att den nyfödde erhållit vård på neonatalavdelningen i samband med kejsarsnittet. Intervjuerna utfördes i första hand via videosamtal men även via telefon i de fall deltagarna önskade detta eller då videosamtalet inte hade tillräcklig kvalitet. Deltagarna upplevdes vara öppna och trygga under intervjuerna och beskrev generellt sina känslor väl i ord. Den kortaste intervjun var 15 minuter lång och den längsta 40 minuter. Genomsnittslängden för intervjuerna var 23 minuter.

En intervjuguide användes, *se bilaga 1*. Intervjun inleddes med en övergripande öppen fråga ”*Kan du berätta om dina upplevelser från att ni kom till sjukhuset på morgonen fram tills att ni gick hem från perinatalavdelningen efter kejsarsnittet?*” där respondenten blev ombedd att prata

fritt om sin upplevelse kring kejsarsnittet. Att ställa en öppen fråga anses enligt Olsson och Sörensen (2021) lämpligt vid undersökning av personers upplevelser. Följdfrågor ställdes under intervjuens gång för att uppmuntra respondenten att utveckla eller förtydliga sina svar.

Kompletterande frågor ställdes vid behov för att få svar kring olika områden om respondenten inte själv redan berört dessa. Författarna hade ursprungligen uppfattningen att partnern och mamma i regel separerades efter kejsarsnittet och valde därför att belysa områdena "*partnerns separation från mamman*" och "*partnerns återförening med mamman*". Andra områden författarna önskade uppmärksamma var "*information före, under och efter kejsarsnitt*" och "*bemötande under vårdtiden*".

Information kring tillvägagångssätt, konfidentialitet samt frivillighet att delta i studien gavs av studieförfattarna initialt vid telefonkontakt samt i samband med intervjun. Data samlades därefter in via intervjuer som utfördes efter hand som deltagarna lämnat samtycke. Deltagarna tillfrågades om tillåtelse att spela in intervjun och ljudfiler lagrades på lösenordskyddad dator. All insamlad data från intervjuer behandlades med sekretess.

## Analys av data

Analys och bearbetning av data har utförts efter inspiration av Lundman och Hällgren Graneheims (2017) analysprocess. Författarna började med att transkribera de inspelade intervjuerna. Därefter plockades meningsbärande enheter ut från texten och kondenserades. Den kondenserade texten ersattes därefter med koder som sorterades in under kategorier och tillhörande underkategorier. Exempel på analysprocessen kan ses i *tabell 1*. Vid bearbetning av kategorier och underkategorier har kontexten betydelse och behöver således förstås utifrån sitt sammanhang (Lundberg & Hällgren Graneheim, 2017). Forskare i en kvalitativ studie kan inte vara objektiva med anledning av delaktighet i intervjun. För att öka tillförlitligheten användes därför konsensusförfarande vilket innebar att forskarna gick igenom texterna tillsammans och tolkade dem i syfte att nå samstämmighet (Lundberg & Hällgren Graneheim, 2017). Båda författarna har bearbetat intervjuerna både enskilt och tillsammans.

**Tabell 1, exempel på kodning och kategorisering av intervju**

Exempel på analysprocessen, studiedeltagare 3

Kategori	Underkategori	Kod	Kondenserad meningsbärande enhet	Meningsbärande enhet
Personalens bemötande var betydelsefullt	Behovet av god information	Förklarade hur allt skulle gå till under operation	Personalen förklarade fortlöpande hur allt skulle gå till under operationen.	“...som sagt de olika, ja egentligen teamen eller personerna som skulle vara med där inne förklarade hur det skulle gå till allt ifrån liksom nu kommer ni gå in här, ni kommer få de här kläderna att ta på er och det här är viktigt att ni gör och inte gör och sen kommer du få din eh, vad heter det epidural? Eller den i ryggen, bedövningen... “
		Fick ställa frågor under operation	Fick lov att ställa frågor kring de funderingar de hade.	“... så att, så de gick igenom allt där och vi fick ju med ställa frågor också eh så vi hade några frågor som vi eh ville ha med och lite grann också”

## Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2021) belyser bland annat att nytta ska vägas mot skada inom forskning med människor. Deklarationen förklarar att deltagare måste ge informerat samtycke (WMA, 2021) vilket innebär att deltagarna i studien ska informeras om studiens syfte, hur studien ska gå till samt vilka risker och fördelar som är kopplade till deltagandet (Kvale & Brinkmann, 2017, Kapitel 3). Informerat samtycke innebär även att författarna ger information om att allt deltagande är frivilligt och kan avslutas när som helst under studiens gång. Begreppet baseras på principen om individuell autonomi och godhetsprincipen. Studiens tillvägagångssätt har skett i enlighet med Helsingforsdeklarationen vilket redovisas under ”datainsamling”. Risker kopplat till deltagande i aktuell studie kunde vara att behöva återuppleva traumatiska händelser eller upplevelser från kejsarsnittet genom att berätta om dem. Det är å andra sidan möjligt att deltagaren upplevde en känsla av lättnad och omhändertagande av att få berätta sin historia och bli lyssnad på.

Även konfidentialiteten var viktigt att beakta. Detta innebär att privat data som kan identifiera deltagarna inte avslöjas i studien (Kvale & Brinkmann, 2017, Kapitel 3). Innan rekrytering påbörjades inhämtades tillstånd från avdelningens verksamhetschef samt rådgivande yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 15–22).

## Resultat

Två kategorier kring pappornas upplevelser framkom: “Personalens bemötande var betydelsefullt” och “Vara där för sin familj” med tillhörande två respektive fem underkategorier, se *tabell 2*.

*Tabell 2, kategorier och underkategorier*

Kategorier	Underkategorier
Personalens bemötande var betydelsefullt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vikten av kompetent och empatisk personal</li> <li>- Behov av god information</li> </ul>
Vara där för sin familj	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En vilja att vara tillsammans</li> <li>- En vilja att stödja den födande</li> <li>- En känsla av hjälplöshet att inte få lov att stanna på BB</li> <li>- Varierande känslor att vara själv med barnet</li> <li>- Organisationens möjligheter och hinder att få vara tillsammans</li> </ul>

Bland de 14 pappor som deltog i studien var det första barnet för tre och resten hade ett till två barn sedan tidigare. Alla deltagare var svensktalande. Anledningar till det planerade kejsarsnittet var primär- och sekundär förlossningsrädsla, förväntat stort barn, tidigare komplicerade förlossningar, föreliggande moderkaka, sjukdom hos mamman samt två tidigare kejsarsnitt. Nio deltagare fick vara med på uppvakningsavdelning medan fyra separerades från mamman efter operationen. Sex pappor sov över på BB-avdelningen medan fyra var tvungna att åka hem på grund av brist på enkelrum. Övriga tre pappor valde själva att inte sova över för att ta hand om barn hemma.

## Personalens bemötande var betydelsefullt

Underkategorierna “Vikten av kompetent och empatisk personal” och “Behov av god information” framkom under denna kategori. Avsnittet beskriver pappornas upplevelse av personalens bemötande och vikten av fortlöpande och korrekt information under hela vårdförloppet.

### *Vikten av kompetent och empatisk personal*

Det upplevdes förtroendeingivande för papporna att få vara med på förberedande samtal med läkare inför kejsarsnittet. Det upplevdes även som en trygghet när det var samma läkare som sedan utförde kejsarsnittet.

Synen på personalens bemötande skiljde sig åt redan innan kejsarsnittet beroende på tidigare erfarenhet. De som på grund av förlossningsrädsla fått gå på förberedande samtal hos kliniken kurator kände sig väl bemötta och hade en god bild av kliniken. Samtidigt kom oprofessionellt bemötande på specialistmödravården upp bland pappornas erfarenheter. Att inte ha känt sig bekräftad av läkaren i valet av kejsarsnitt hade lett till känslor av frustration och oro. Förtroendet kunde dock återfås vid bekräftelse från barnmorska och kirurg på BB-avdelningen i samband med kejsarsnittet.

*“...sen så då när vi kom in till förlossningen då så fick vi träffa barnmorska och de, någon kirurg som skulle operera henne då har de, de sa så ‘ja ja, helt rätt beslut att du skulle göra det här’ [...] där släpptes ju eh en liten tyngd från bröstet”. Studiedeltagare 5*

En tidigare traumatisk eller bristande förlossningsupplevelse kunde vara anledningen till det planerade kejsarsnittet och valet av just detta sjukhus. Att få operationen utförd på ett större universitetssjukhus kändes även ur medicinsk synpunkt tryggt då kliniken ansågs stor med tillgång till god kompetens.

Bemötandet från personalen på BB-avdelningen upplevdes positivt från samtliga pappor som kände sig välkomnade till avdelningen när de kom dit inför kejsarsnittet. Barnmorskor beskrevs som erfarna och det uppskattades när personalen tog sig tid för att se till att paret fick en så god upplevelse som möjligt.

*“Hon till och med frågade, hon var jätteprofessionell, eh hon visste att vi inte visste könet till exempel och, och då frågar hon **hur** vi ville få reda på det. Skulle hon säga det direkt när **hon** såg det eller skulle hon komma runt med barnet? Och det var ändå något vi inte var beredda på så det var väldigt, det var väldigt metodiskt.” Studiedeltagare 7*

Papporna var nervösa inför kejsarsnittet men väl inne på operationssalen upplevdes en känsla av trygghet. De uppskattade att det befann sig mycket personal på rummet. Läkare, barnmorskor, narkossjuksköterskor och undersköterskor upplevdes professionella, lugna och rutinerade. Operationspersonalen beskrevs av papporna inte bara vara kliniskt skickliga utan även bra med människor.

*“...en av narkossjuksköterskorna, han satt vid sidan om och han hade koll på mig hela tiden och han liksom kramade om och sa ‘hej det här kommer gå bra’ han såg ju att jag var nervös och så så att jag är jätteextremt tacksam för honom att han fanns där eh. Verkligen stöttande hela vägen igenom.” Studiedeltagare 3*

Trots att fokus främst låg på den födande och barnet så kände sig papporna i stor utsträckning involverade i vården och sedda som blivande föräldrar. De pappor som var nervösa inför operationen och kände sig svimfärdiga i samband med kejsarsnittet omhändertogs väl och fick hjälp av personalen.

*“...det kändes tryggt att de liksom redan där hade koll på även partnern...” Studiedeltagare 4*

Personalen var inkluderande och varm och bidrog till en lättsam och god stämning på rummet vilket hjälpte både pappan och den blivande mamman att slappna av.

*“...allihopa som var där inne i operationssalen och alltså, vilket gäng! [...] Han narkossjuksköterskan, han skulle sätta en sån här infart på min frus hand, så gick han ner på*

*knä, så sa han 'ja jag ska inte fria till din fru om du tror det, du behöver inte vara orolig (skrattar)' ...” Studiedeltagare 3*

Trots att den skämtsamma stämningen uppskattades så kunde den även upplevas som stressande för pappan då mamman föredrog att försvinna in i sig själv och såg försök till kommunikation som ett störande moment. Önskemålet om att inte kommunicera under operation hade dock inte förmedlats till personalen och de ansågs därför inte ha haft möjlighet att anpassa sig efter detta.

Även på uppvakningsavdelningen kände sig pappor väl bemötta och omhändertagna. Hela familjen blev ompysslad av personalen och amningshjälp erbjöds mamma och barn. Läkare och barnmorska kom också förbi och tittade till familjen vilket värdesattes av deltagarna.

Pappor kände sig fortsatt väl omhändertagna under vården efter kejsarsnittet. Det uppskattades när läkaren som utfört kejsarsnittet kom och pratade med paret efteråt och pappor beröddes av läkarnas och personalens omtänksamhet.

*“... det går inte att beskriva alltså hur mycket det betyder för oss att se verkligen att det finns folk som bryr sig om och det är inte bara ett jobb utan det är någonting liksom från hjärtat [...] vi hade ju glömt den här lappen som man skriver då tid, vikt och längd och det här, och längd [...] De hade bara skickat hem den... nä, jag blev verkligen berörd där.” Studiedeltagare 2.*

Trots att deltagare kände sig sedda av personalen och involverade i barnets omvårdnad upplevdes det inte alltid vara så mycket fokus på just pappans mående. Det uppmärksammades vid ett tillfälle att den andra pappan på det delade rummet såg ut att behöva stöd.

*“... det var ju inte så att han blev negligerad såklart, utan det var mer att det fanns liksom inte på agendan att man skulle... eller som en checklista liksom att pappan ska man kanske prata med också, se hur han mår, heh... på en lite djupare nivå.” Studiedeltagare 3.*

I övrigt var papporna nöjda med vården på BB-avdelningen. De fick råd kring amning, fick fika och dryck samt blev erbjudna hjälp av personalen. Trots en uppfattning av att det var brist på personal så märktes detta inte inne på rummen. Miljön upplevdes lugn och skön och personalen tillmötesgående och inkännande.



*“... min fru märkte ingenting av det så det var hur lugnt och omhändertagande som helst... Så vi sa det efteråt att det är imponerande hur de kan under en sådan pressad situation och inbringa fullständig harmoni inne på salarna.” Studiedeltagare 11.*

Upplevelsen av ett planerat kejsarsnitt kunde skilja sig mycket från tidigare förlossningsupplevelser. Både den födande och pappan kände sig trygga inför att föda med kejsarsnitt då det upplevdes som en mer kontrollerad och lugn situation jämfört med vaginal födsel.

#### *Behov av god information*

Den födande kvinnan var den som främst hade skött hanteringen av information inför kejsarsnittet. Pappor som varit delaktiga på förberedande samtal upplevde det som givande och kände sig väl förberedda. Deltagare ansåg att de fått god och tillräcklig information både en tid innan samt samma dag som kejsarsnittet. Vissa pappor uppskattade skriftlig information medan andra hade föredragit att få den muntligt.

*“... pamfletten eh som man skulle läsa igenom... som sagt, jag ögnade igenom dem. Jag gjorde kanske inte riktigt rätt där men, ja så är det. Eh, jag tar till mig information verbalt. Jag tar inte till mig information lika lätt när det är skrift.” Studiedeltagare 6*

Ytterligare andra upplevde att texten i broschyren inte var uppdaterad och att information gällande partners roll saknades vilket ledde till en känsla av att ha missat något viktigt. För att vara påläst inför kejsarsnittet söktes information via internet. Det saknades även uppgifter om vilka rutiner som gällde efter coronapandemin vilket framkallade oro för eventuell isolering på BB-avdelningen.

Andra orosmoment var att inte få den operationstid som från början var överenskommen. Det kunde vara svårt att få fram rätt information och kommunikationen via telefon kunde upplevas otydlig. Processen med tidbokning upplevdes inte professionellt genomförd från sjukhusets sida.

Att upprepade gånger ha fått tiden till kejsarsnittet ändrad ledde till upplevelsen att inte vara lyssnad på. Vid ankomst till sjukhuset kunde det därför finnas en känsla av osäkerhet kring om operationen skulle genomföras den planerade dagen. När dörrarna till kvinnokliniken öppnades beskrevs det som en lättnad och när de kom upp på avdelningen och blev visade ett rum kunde de slappna av ytterligare.

*“Vi fick flyttat så många gånger då, så det var skönt att slippa vänta den dagen också liksom... på att plocka ut henne.” Studiedeltagare 14*

Under kejsarsnittet ledde tydlig och fortlöpande information till ett lugn och en känsla av trygghet hos papporna. Pappor tyckte det var skönt att bli tillsagda var de skulle sitta så att de inte behövde känna sig i vägen. Det var även skönt att få varje moment förklarat utan att själv behöva ställa frågor.

*“...man fick redan svar på sina frågor innan man ens tänkte dem...” Studiedeltagare 2*

Under operationen var det emellertid inte alltid enkelt att ta till sig all information från personalen och det uppskattades att ha möjlighet att ställa frågor när det behövdes.

Pappor berättade att de fått information som sedan inte stämde överens med verkligheten. Det kunde vara att paret trodde att de skulle få en annan kirurg, blivit lovade ett enkelrum eller fått fel information kring mammans medicinska behandling.

*“...i och med min frus sjukdom har de gått igenom mycket inför eh hur det ska hanteras och så. Eh framför allt med vilka mediciner och så hon ska få. Och sen när vi ändå var där så kändes det som att den medicinen vi sa att hon **inte** ville ha, den skulle hon ta ändå...” Studiedeltagare 3*

Papporna upplevde den skriftliga informationen kring eftervården som tydlig och informativ. Muntlig information om kejsarsnittet och dess eftervård upplevdes i vissa fall som tydlig medan den också kunde upplevas som bristande vilket ledde till en osäkerhet när paret hade kommit hem.

*“Man var väl lite så där när man skulle hem sen och skulle kolla på såret [...] det känns ibland som att man inte har så mycket uppföljning så bara antar man att det ska se ut så här...”*

*Studiedeltagare 8*

Trots att information till papporna kunde upplevas som bristande så påtalades det faktum att det var informationen till den födande som var viktigast då det ju är hon som står i centrum.

De pappor som tidigare deltagit vid ett planerat kejsarsnitt beskrev en trygghet i att ha gjort det tidigare och kände sig förberedda inför vad de kunde förvänta sig. Det kändes mer rutinerat efter varje planerade kejsarsnitt de varit med på och de tyckte det var skönt att känna igen lokaler och rutiner.

### Vara där för sin familj

Under denna kategori framkom underkategorierna “En vilja att vara tillsammans”, “En vilja att stödja den födande”, “En känsla av hjälplöshet att inte få lov att stanna på BB”, “Varierande känslor att vara själv med barnet” samt “Organisationens möjligheter och hinder att få vara tillsammans”. I avsnittet beskrivs vikten av att få vara tillsammans som familj och kunna ge stöd till den födande genom hela processen samt hur organisationen möjliggör och till viss del hindrar förutsättningarna för detta.

#### *En vilja att vara tillsammans*

Att paret kunde umgås på morgonen i väntan på kejsarsnittet var en upplevelse som skilde sig mycket från tidigare förlossningar. Att få vara tillsammans i en stillsam miljö kändes lugnande.

*“...sen satt vi och umgicks bara i rummet, ehm det var väldigt så annorlunda känsla kontra förlossningen av vår första son [...] hon hade tagit med sig iPaden och kollade på någon serie*

*‘Tunna Blå Linjen’ eller någonting. Så vi hängde och pratade och eh min sambo var inte särskilt nervös. Hon var så förberedd, eeh...hon lugnade ner mig...” Studiedeltagare 13*

Det uppskattades av papporna att få vara med på kejsarsnittet och togs inte heller för givet att få vara med på uppvakningsavdelningen efteråt. En oro fanns kring att behöva lämna mamman ensam på uppvakningsavdelningen i flera timmar. På det sjukhus varifrån informanterna rekryterats fanns möjligheten för familjen att två dagar i veckan vara tillsammans efter operationen då timanställd personal tjänstgjorde för att partners skulle kunna vara med på uppvakningsavdelningen.

*“Man var ju lite nervös för det först innan vi kom in att hon skulle behöva lämnas själv i flera timmar medan jag hade bebis men då var det lugnt för vi kunde vara tillsammans alla tre.”  
Studiedeltagare 8*

Det uttrycktes genomgående en stor tacksamhet över möjligheten att få vara tillsammans med mamman och det fanns en önskan om att alla som befann sig i denna situation skulle få möjlighet till detsamma. Det uppskattades av föräldrarna att få möjlighet att komma nära sitt barn direkt och att få uppleva den första stunden med den nyfödde tillsammans.

*“Jag tror att det förstärker ändå banden väldigt mycket till bebisen, alltså det här hud-mot-hud direkt...” Studiedeltagare 14*

För pappan var det av stor betydelse att mamman fick hålla barnet direkt på uppvakningsavdelningen. Detta påtalades särskilt av de som vid tidigare kejsarsnitt inte fått den möjligheten.

*“... för min fru då som fick hålla vår andra dotter då i princip direkt efter födseln så var det ju en stor skillnad... och jag tror hon saknade, missade det med vår första, jag tror det gjorde lite ont i henne om man säger så.” Studiedeltagare 1*

### *En vilja att stödja den födande*

Att vara där som stöd för mamman togs återkommande upp av studiedeltagarna. Under tiden på operationssalen låg fokus på att vara ett stöd för den blivande mamman som skulle känna sig lugn och trygg. Det var dock ingen självklarhet vad som förväntades av papporna under operationen. Fokus låg på att avleda eller lugna mamman trots att papporna ibland upplevde att det blev mamman som fick lugna dem.

*“Det är egentligen meningen att jag ska komma in med ett lugn där, hon ska, hon ska ju göra ett kejsarsnitt... det var ju tvärtom ju, jag var ju helt stressad [...] hon var tvungen att lugna ner mig (skrattar).” Studiedeltagare 5*

Det upplevdes som påfrestande att se mamman vara rädd eller uppleva smärta. En känsla av hjälplöshet och en rädsla över att inte vara tillräcklig som emotionellt stöd för den födande beskrevs. En känsla av lugn, lättnad och trygghet uppstod däremot när mamman kände sig bekväm och mådde bra. Synen pappan hade på sig själv var som bisittare då fokus av naturliga skäl låg på den födande. Pappan hade därför inte heller förväntningar på att ha någon involverad roll i sammanhanget.

### *En känsla av hjälplöshet att inte få lov att stanna på BB*

Det fanns en önskan att få stanna kvar hos familjen på BB-avdelningen över natten. För de som inte fick stanna kändes det underligt att få vara där på dagen och behöva åka hem på kvällen.

*“Hejdå, nu ska du försöka ha en ny liten bebis du inte känner och jag går hem, jag och lägger mig och sover lugnt i min säng och så ska du typ ta hela natten.” Studiedeltagare 8*

Trots tillit till personalen upplevdes det speciellt svårt att lämna avdelningen då mamman hade smärtor postoperativt och inte kunde komma upp och gå själv. Det upplevdes också lättare för mamman att be sin partner om hjälp än någon okänd person. Även om papporna inte själva var delaktiga i beslutet att åka hem fick de dåligt samvete över att inte kunna vara där för sin familj.

Natten upplevdes som den tid då pappan hade behövts mest eftersom mamman behövde hjälp med praktiska saker som krävde att de kunde vara uppegående.

*“Det kändes ju lite tråkigt eller snarare så att man fick ju lite så här att man sviker, nu sticker jag, lämnar nån som har väldigt, väldigt ont och så ska hon hantera... samtidigt som hon har fullt ansvar för ett nyfött barn när hon inte ens kan resa sig upp...” Studiedeltagare 9*

Pappor beskrev en känsla av hjälplöshet när de inte kunde vara där för sin familj och kontakt via telefon upplevdes inte tillräcklig. De pappor som fick lov att sova över uttryckte tacksamhet över detta då de kunde hjälpa mamman med det som behövdes.

#### *Varierande känslor att vara själv med barnet*

De pappor som inte fick vara tillsammans med mammorna på uppvakningsavdelningen fick själva gå tillbaka med bebisen till BB-avdelningen. Väntan där upplevdes som lång men beskrevs också som en mysig stund där pappa och barn kunde påbörja en relation med varandra. Det framkom en känsla av nervositet hos pappor som inte kände sig helt trygga i att vara ensamma med den nyfödda. Det fanns en rädsla att göra fel eller att missa signaler på att bebisen mådde dåligt.

*“...man har ju lite dålig koll på hur de andas och så och däremot så, det här är mitt tredje barn så jag har ju viss vana... men viss oro, hur pass bra de klarar sig och när ska jag bli liksom lite orolig för... när behöver jag larma liksom... på hjälp...” Studiedeltagare 12*

Trots en viss känsla av oro upplevdes stunden tillsammans med bebisen som positiv. Det kändes tryggt att ha personalen på avdelningen nära till hands och papporna upplevde att personalen var närvarande och tittade till dem med jämna mellanrum.

*“(Barnmorskorna) kollade in och frågade om allt var okej, om jag ville ha kaffe eller dricka någonting och så vidare, så. Så det var, nä allting var positivt. Det är bara jag som inte var van och det är jag ju inte än idag, det är ju en träning som pågår.” Studiedeltagare 7*

För att inkludera mamman i upplevelsen av den första tiden med barnet skickades bilder och filmer från pappan till mammans mobiltelefon. När hon väl fick komma tillbaka till BB-avdelningen kändes det bra för pappan att få låta henne njuta av att få vara tillsammans med barnet.

*“...vi visste inte riktigt hur lång tid det skulle ta, hon ville bara komma till oss och vi ville bara att hon skulle komma till oss med.” Studiedeltagare 4*

### *Organisationens möjligheter och hinder att få vara tillsammans*

Brister i organisationen ledde till besvikelser vilket gjorde helhetsintrycket mindre bra. De större frågorna handlade om möjligheterna att vara tillsammans på uppvakningsavdelningen postoperativt och att få vara tillsammans på BB-avdelningen även nattetid. Att få vara på uppvakningsavdelningen efter kejsarsnittet var avhängigt av huruvida extra personal arbetade dagen för kejsarsnittet och pappor önskade se möjligheten som en verklighet för alla.

*“Det är synd att separera på föräldrarna även om jag förstår (att) det är en resursfördelning.” Studiedeltagare 13*

När det gällde möjlighet att sova över på BB-avdelningen var det beroende av tillräckligt antal lediga enkelrum. Att behöva dela rum innebar inte bara att pappan var tvungen att åka hem över natten utan bidrog även till en konstig stämning. Det fanns en oro att störa grannen på rummet och det upplevdes svårt att fira födseln av den nyfödda fullt ut.

*“Eh så det kändes lite konstigt det också att vi fick sitta och och fira eh snittet, fira vår utökning av familjen, medan han satt där och väntade på sin fru som syddes ihop, kunde varit utsatt för livsfara” Studiedeltagare 6*

Att dela rum gav dock möjlighet för paren att dela erfarenheter och på så sätt lugna varandra.

BB-avdelningen och uppvakningsavdelningen upplevdes inte ha rutin på att kommunicera med varandra vilket ledde till att det dröjde innan pappan fick veta hur det var med mamman i de fall de var separerade postoperativt. Då de olika avdelningarna inte hade kontakt med varandra gavs inga uppdateringar kring kvinnans mående. Att inte få besked om hur mamman mådde efter kejsarsnittet ledde till oro och gjorde det svårt att slappna av.

*“...ska jag helt plötsligt bli ensamförälder nu eller kommer jag vara ensamförälder med en partner som kanske är rullstolsburen eller liksom hur illa har det gått?” Studiedeltagare 6*

Först när det framgick att alla mådde bra och familjen var samlad gick det att njuta på riktigt.

*“Alltså så fort man visste att hon mår bra och att bebisen mådde bra, då var det mer en lättnad. Så när hon kom tillbaka och allting var okej med henne eh, först då kunde man egentligen njuta på riktigt eh, även om man var glad redan innan också.” Studiedeltagare 7*

Vården upplevdes inte vara utformad på ett sådant sätt att den födandes partner ska kunna vara tillsammans med henne. Detta stred emot pappornas egna förväntningar av att vara delaktiga i föräldraskapet och kunna stötta mamman under eftervårdsperioden.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och narrativa intervjuer har genomförts. Metoden ansågs lämplig för studiens karaktär och syfte. Respondenternas upplevelser framkom på ett sätt som författarna önskat vilket tyder på att metoden fungerade väl för syftet.

Forskarnas förförståelse är viktig (Lundberg & Hällgren Graneheim, 2017). En av parterna har erfarenhet av att ta hand om familjer efter genomgången planerat kejsarsnitt genom den perinatalavdelning hon är anställd på och vid vilken studiens deltagare rekryterades från. Den andra parten har erfarenhet inom barn- och neonatalvård men har tidigare inte haft någon



koppling till kvinnosjukvården. Den första partens erfarenheter kan eventuellt ha påverkat förförståelsen och analysen av insamlad data. Förförståelsen kan ha påverkats i form av förväntningar på vad papporna skulle lägga vikt på i intervjuerna medan analysen kan ha påverkats genom att tolkningen från författaren utgått ifrån ett personalperspektiv på den aktuella avdelningen. Styrkor med förförståelsen var att författaren kände till avdelningens rutiner och eventuella problem som kunde uppstå till följd av dem. Författaren som inte hade förförståelse bidrog med ett kritiskt och nyfiket förhållningssätt och genom gemensam analys och tolkning har författarna kunnat dela med sig av sina olika perspektiv.

Deltagarna i studien rekryterades från ett universitetssjukhus i södra Sverige. Anledningen till att detta sjukhus valdes var att en av författarna var anställd på den aktuella avdelningen och därmed kunde få hjälp med rekryteringen genom chef och personal. Författarna påbörjade rekryteringen under våren 2022 och planerade att utöka sökandet till andra sjukhus om tillräckligt antal deltagare inte kunde rekryteras från detta sjukhus. Svagheter med att enbart rekrytera från ett sjukhus kan vara att deltagarnas upplevelser kanske inte stämmer överens med partners upplevelser från sjukhus som har andra rutiner och exempelvis större tillgång till enkelrum. Deltagarna i studien skildrade dock olika perspektiv då förutsättningarna skilde sig åt från fall till fall även på den enskilda avdelningen. Att enbart ha rekryterat från ett sjukhus samt att ha exkluderat deltagare som inte talar svenska eller engelska kan också ha lett till en mer homogen deltagargrupp med liknande bakgrund. Författarna valde att enbart inkludera deltagare som talade de språk som författarna själva behärskade för att få en så korrekt tolkning av resultatet som möjligt och för att undvika en eventuell färgad tolkning av en tredje part. Författarna insåg i efterhand att informationsbladet som delades ut till de potentiella deltagarna enbart var skrivet på svenska och att detta kan ha varit en anledning till att inga engelsktalande deltagare rekryterades. Personalen som delade ut informationen hade dock möjlighet att förklara innebörden av studien på engelska till de partners där det behövdes.

Valet att fokusera på upplevelser vid just planerat kejsarsnitt samt att exkludera deltagare vars barn föddes prematurt eller med komplikationer som krävde neonatalvård baserades på att försöka utgå från så lika förutsättningar som möjligt. De skillnader som uppstod mellan deltagarna var möjligheten att vara tillsammans på uppvakningsavdelningen samt tillgången till enkelrum vilket i sin tur påverkade om papporna kunde sova över eller ej. Författarna utgick

initialt från att alla deltagare skulle ha liknande förutsättningar och räknade inte med dessa skillnader. De olika förutsättningarnas följder medförde dock en variation av upplevelser som författarna anser ledde till ett mer nyanserat resultat än väntat.

Författarna föredrog initialt intervju via digital plattform med video före intervju via telefon för att ha möjlighet att uppmärksamma deltagarens ansiktsuttryck och reaktioner. I efterhand anser författarna att video inte var nödvändigt för att fånga deltagarnas känslouttryck. Deltagarna visade sällan känslor med ansiktsuttryck utan valde snarare att beskriva sina känslor och upplevelser i ord varför telefonintervju anses ha varit ett lika bra alternativ. Styrkor med att genomföra intervjun via video- eller telefonsamtal kan ha varit att det var lättare för både författare och deltagare att komma överens om en tid för intervju. Det kan också ha medfört att respondenten kände sig mer bekväm i rummet, vilket Olsson och Sörensen (2021) beskriver är av betydelse under en intervju. Svagheter med att intervjua deltagarna i hemmet kan ha varit att deltagarna påverkades av sin omgivning. I vissa fall kunde respondentens respektive eller barn tillfälligt höras eller synas i bakgrunden vilket kan ha lett till att pappan eventuellt inte velat dela med sig av känsliga eller utelämnande detaljer. Författarna uppfattade dock inte att miljön utgjorde ett hinder för papporna och resultatet antas därför inte ha påverkats.

Vid all forskning är syftet att finna ny kunskap. Ofta finns det dock inte endast en sanning utan möjlighet till olika tolkningar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För att visa trovärdighet för sina resultat behöver forskaren därför vidta olika åtgärder. Som tidigare beskrivits kan författarnas förförståelse ha påverkat analysen vilket även kan påverka resultatets trovärdighet. Beträffande giltighet så anses resultatet giltigt om innehållet som presenteras är relevant för syftet. Val av deltagare har också betydelse för resultatets giltighet. Genom att ge en noggrann beskrivning av urval och analysarbete har författarna strävat efter att ge läsaren möjlighet att bedöma tolkningens giltighet. Ytterligare ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma giltighet är genom att presentera citat från intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017) vilket har gjorts fortlöpande i resultatet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör en text som används för analys ses i sitt sammanhang. Detta innebär att tolkningen görs i ljuset av personens historia, livsvillkor och kultur och behöver inte betyda att en text endast har en given mening utan att flera tolkningar är möjliga. Trots att texten ger olika mening för den som läser kan tolkningen ändå vara giltig.

Ett väl beskrivet analysarbete är också viktigt för att stärka resultatens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Tillförlitlighet innebär att forskaren kontinuerligt utvärderar sina ställningstaganden gentemot analys och resultat. I föreliggande studie har båda författarna läst samtliga intervjuer och genomfört delar av analysen gemensamt vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Trovärdigheten har också att göra med hur användbart eller överförbart resultatet är. Överförbarhet har i sin tur att göra med i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Författaren kan se till att det finns förutsättningar för överförbarhet men det är till sist läsaren som avgör om resultatet är överförbart till andra sammanhang. För att göra det lättare att bedöma överförbarheten har författarna enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) gett en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som är en del av studiens sammanhang.

## Resultatdiskussion

Papporna i föreliggande studie uttryckte genomgående en tacksamhet och kunde jämföra det planerade kejsarsnittet med tidigare traumatiska förlossningsupplevelser. Att ha en svår upplevelse bakom sig kan ha lett till att papporna inte hade så höga förväntningar och uppskattade det planerade kejsarsnittet av den enkla anledningen att situationen var kontrollerad. Detta kan eventuellt ha lett till att papporna förbisåg vissa brister så länge allting gick bra med mamma och barn.

Bemötandet från personalen upplevdes generellt som positivt. Omhändertagande och professionalitet var egenskaper som var tydligt framträdande och ledde till trygghet hos deltagarna. Barnmorskor och annan personal beskrevs som erfarna och kompetenta samt upplevdes ha hela familjens bästa i åtanke. Detta kan kopplas till Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) teori där det professionella omhändertagandet av kvinna och familj, barnmorskans vishet, professionella kompetens och mellanmännsliga kompetens beskrivs som egenskaper hos den goda barnmorskan. Negativa känslor uppstod hos papporna när personalen inte var inkännande eller bekräftande. Det framkom även ett behov av att uppmärksamma pappans mående, särskilt

vid de tillfällen då han är ensam på rummet. På liknande sätt beskriver Johansson et al. (2013b) i en studie kring pappors upplevelse av vården direkt efter kejsarsnitt att begränsad tillgång till personal ledde till en sämre upplevelse och en känsla av att inte vara stöttad.

Resultatet i föreliggande studie visar att fortlöpande information och tydlig kommunikation var förutsättningar för en god upplevelse och ledde till ett lugn och en känsla av trygghet hos papporna. Även Johansson et al. (2013b) beskrev att pappor kände sig stöttade och upplevde en njutbar tillvaro när de kunde ställa sina frågor och fick information från personalen. När papporna inte fick tillräcklig information upplevde de en svårighet att hantera situationen, oron ökade och de kände sig exkluderade. I föreliggande studie kunde informationen inför och efter kejsarsnittet upplevas som bristande. Information i broschyrer uppfattades inte vara uppdaterad och uppföljning från vården kunde också saknas efter hemgång. Att pappor var med på samtal inför kejsarsnittet ledde till en bättre upplevelse. Med anledning av detta kan det vara av vikt att se till att papporna är närvarande när muntlig information delges mamman även inför hemgång så att de känner sig inkluderade och förberedda att åka hem. Kommunikation mellan uppvakningsavdelningen och BB-avdelningen togs också upp som något som hade varit önskvärt. Ett tätare samarbete mellan avdelningarna hade kunnat leda till ökad trygghet och bättre upplevelser från partners sida.

Det var tydligt att papporna ville stanna kvar på BB-avdelningen för att vara ett stöd för mammorna likväl som mammorna önskade att deras partners skulle stanna. Detta resultat stämmer överens med studien av Johansson et al. (2013b) där det framkom att papporna tyckte att beslutet att inte få stanna på BB-avdelningen till natten var gammalmodigt, hårt och märkligt. Pappor oroade sig över mammans och den nyföddes mående när de tvingades lämna dem. På samma sätt framkom det i föreliggande studie att papporna kände ansvar för mammorna och att de fick dåligt samvete av att gå ifrån dem när de var nyopererade, inte kunde ställa sig upp eller än mindre gå och samtidigt ta hand om det nyfödda barnet. Den nyförlösta tyckte dessutom att det var jobbigt att ringa på hjälp och ville hellre att partnern skulle hjälpa henne. Detta framkom likaså i studien av Ellberg et al. (2010) där mammorna beskrev att det hade varit enklare att be pappan om hjälp. För att visa sitt stöd höll papporna kontakt via telefon under natten men kände att det inte var tillräckligt eftersom allt mamman behövde hjälp med krävde att vara uppegående.

Enligt Johansson et al. (2013b) var det dessutom av betydelse för pappans förståelse att ha blivit förälder att få vara nära barnet och mamman och att få göra saker för barnet. Pappan kände sig då också behövd (Johansson et al., 2013b). Detta styrks av Ayla et al. (2016) samt Blanca Gutiérrez et al. (2012) som beskrev att pappornas roll stärktes när de fick vara nära barnet. Som det framgick i föreliggande studies resultat önskade föräldrarna vara tillsammans med varandra och med den nyfödde. De längtade efter varandra som par och att vara samlade som familj. Det upplevdes viktigt för pappan att se mamman njuta av barnet. Även Persson et al. (2012) belyste vikten av att få vara tillsammans på sjukhuset. Pappor kände behov av att vara med på sjukhuset de första dagarna efter förlossningen och ansåg att möjligheten att få sova över borde vara en självklarhet.

När förlossningen är okomplicerad och mamma och barn mår väl efteråt är möjligheten för familjen att vara tillsammans större än vid kejsarsnitt. Instanser som BB-hemma och patienthotellet möjliggör för normalförlösta och deras familjer att vara tillsammans medan de som genomgått operation eller fått andra komplikationer som kräver sjukhusvård inte har samma möjlighet trots att deras behov av hjälp och stöd borde vara större. Region Skåne (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021) samt SFOG (SFOG, 2016) strävar efter ett jämlikt föräldraskap. Genom att prioritera fler enkelrum samt anställa ytterligare personal till uppvakningsavdelningen kan möjligheten för familjen att vara tillsammans öka. Detta stärker det jämlika föräldraskapet vilket gynnar barnets hälsa samt föräldrarnas relation till varandra och barnet (Ayala et al. 2016; Sveriges Kommuner och Regioner, 2021; Persson & Dykes, 2002; Persson et al., 2012; Ünal Toprak & Şentürk Erenel, 2021). De föreslagna insatserna kan i sin tur leda till att pappan tidigt blir stärkt i sin önskade roll, kan ta ansvar och känna sig inkluderad i föräldraskapet.

## **Konklusion och implikationer**

Resultatet visar att pappor önskar vara involverade i vården innan, under och efter kejsarsnitt. Gott bemötande och tydlig information är avgörande för pappornas upplevelse. Trots samhällets förväntan på det jämställda föräldraskapet upplever pappor sig exkluderade. Organisationen behöver därför anpassas på ett sätt som möjliggör för partnern att vara nära och kunna ge stöd till

sin familj oberoende av förlossningssätt. Att genom denna studie belysa pappornas upplevelser kan regioner, barnmorskor och annan vårdpersonal bli varse de aspekter som enligt papporna är betydelsefulla för att stärka sin roll som förälder.

## Referenser

Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westergren (Red.), *Obstetrik*, (5 uppl., s. 549-564). Studentlitteratur.

Ayala, A., Christensson, K., Velandia, M., & Erlandsson, K. (2016). Fathers' care of the newborn infant after caesarean section in Chile: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.007>

Blanca Gutiérrez, J.J., Ábalos Pérez, M., Montes Aguilera, M & González Moreno, S. (2012). The role of fathers in the postpartum period: experiences with skin to skin method. *Acta Paulista de Enfermagem* 25(6), 914-20. <https://doi.org/10.1290/S0103-21002012000600014>

Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time father's descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. 27(1). 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001>

European Institute for Gender Equality. (december 2022). *Gender Equality Index*. European Institute for Gender Equality. <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2022/country/SE>

Ellberg, L., Högberg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463–468. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.006>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hallsdorsdottir, S & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806-817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Heis, C., Olieric, M. F., Eszto, M. L., Goetz, C., & Matuszewski, L. (2022). Vécu de l'absence du père ou de l'accompagnant en césarienne programmée : impact du confinement lié à la pandémie Covid-19 [Mother's experience of planned caesarean section in the absence of the father or companion: Impact of Covid-19 pandemic-related lockdown]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & sénologie*, 50(7-8), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.04.003>

Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of father's experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*. 31(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>

Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013a). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*, 29(9), 1041–1049. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.009>

Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013b). Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: the importance of being able to room in after a surgical birth. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(1), 35–36. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.11.002>

Karolinska Universitetssjukhuset. (13 april 2022). *Kejsarsnitt (planerat)*. Karolinska Universitetssjukhuset. <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/dags-att-foda/kejsarsnitt-planerat/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3e uppl.). Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (4e uppl.). Liber AB.



Persson, E. K., & Dykes, A. K. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, *18*(1), 53–60. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0291>

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. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.010>

Socialstyrelsen. (2019). *Kejsarsnitt i Sverige 2008-2017: Kriterier som styr beslut om förlossningsrätt, samt kartläggning av komplikationer* (Artikelnummer 2019-12-6529). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6529.pdf>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (8 april 2021). *Jämställt föräldraskap*. <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/manskligarattigheterjamlikhet/jamstallldhet/enjamstalldarbetsgivarpolitik/jamstalltforaldraskap.14691.html>

Thirukumar, P., Coates, D., & Henry, A. (2021). Women's experiences of intrapartum care and recovery in relation to planned caesarean sections: An interview study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, *34*(3), e248–e254. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.001>

Ünal Toprak, F., & Şentürk Erenel, A. (2021). Impact of kangaroo care after caesarean section on paternal-infant attachment and involvement at 12 months: A longitudinal study in Turkey. *Health & social care in the community*, *29*(5), 1502–1510. <https://doi.org/10.1111/hsc.13210>

Wells M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta paediatrica*, 105(9), 1014–1023. <https://doi.org/10.1111/apa.13501>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarian sections* (ISBN- 978-92-4-1555033-8). <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>

World Medical Association (december 2021). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

#### Arbetsfördelning

Författarna har haft ett nära samarbete kring samtliga delar av arbetet. Arbetet har utformats och bearbetats gemensamt. Båda författarna tar lika stort ansvar för studien.

### Intervjuguide

Inledande fråga: Kan du berätta om din upplevelse från att ni kom till sjukhuset på morgonen fram tills att ni gick hem från perinatalavdelningen efter kejsarsnittet?

#### Områden att belysa:

- Information inför, under och efter kejsarsnittet  
Kompletterande fråga: Hur upplevde du informationen du fick före, under och efter kejsarsnittet?
- Bemötande under vårdtiden  
Kompletterande fråga: Hur upplevde du bemötandet av vårdpersonalen under vårdtiden?
- Partners separation från mamman  
Kompletterande fråga: Hur upplevde du tiden efter kejsarsnittet då du var ensam med barnet utan din partner?
- Partners återförening med mamman  
Kompletterande fråga: Hur kändes det när din partner kom tillbaka till avdelningen?