



S O P H I A H E M M E T
H Ö G S K O L A

MEN VADÅ, PAPPA NU?
**Pappans upplevelser av att ha ett för tidigt fött barn
på neonatalavdelning**

WHAT DO YOU MEAN, FATHER NOW?
**Fathers' experiences of having a premature baby in
the neonatal intensive care unit**

Examinationsdatum: 2013-02-26
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 38
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Författare: Sofia Anckarman
Anna Jonsson

Handledare: Britten Jansson
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Ett barn som föds före påbörjad graviditetsvecka 37 räknas som för tidigt född och det kan då bli aktuellt att barnet vårdas på en neonatalavdelning. Inom neonatalvården ses föräldrarna som den viktigaste resursen i omvårdnaden av barnet och deras medverkan är avgörande för barnets framsteg i utvecklingen. Graviditeten kan ses som en tid att vänja sig vid tanken på sitt framtida föräldraskap. När ett barn föds tidigare än beräknat kan därför föräldrarna känna stress och oro över att snabbare än väntat kastas in i sina föräldraroller. Sjukvårdspersonalen på neonatalavdelningen ska sörja för såväl mammans som pappans delaktighet i omvårdnaden, vilket kan ske genom att introducera känguruvård samt ge stöd och information i den kris som föräldraparet går igenom. Pappans delaktighet i omvårdnaden av det för tidigt födda barnet är en viktig hörnsten i både barnets utveckling men även i pappans anknytningsprocess till barnet. Pappan på neonatalavdelningen kan känna osäkerhet, hjälplöshet och brist på kontroll och upplevelsen bidrar till stress och oro för den nyblivna pappan. Upplevelsen kan också resultera i svårigheter finna sig i sin nya roll som pappa.

Syfte

Att beskriva pappans upplevelse av att ha sitt för tidigt födda barn inneliggande på en neonatalavdelning.

Metod

Metoden som tillämpades var semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer då fokuset låg i att undersöka den enskilda individens upplevelse av tiden på neonatalavdelningen. Sex intervjuer med pappor till barn födda i graviditetsvecka 24-31 genomfördes. Intervjuerna spelades in och transkriberades varpå texterna analyserades med stöd av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Papporna beskrev att i skedet runt och efter förlossningen upplevde de känslor av chock och brist på kontroll. Genom att ta på sig en praktisk roll och söka information om för tidigt födda barn samt om förloppet i stort kunde delar av den förlorade kontrollen återfås. I detta skede förekom känslor av distans som yttrade sig genom svårigheter att knyta an till barnet samt att komma till insikt med att barnet var deras. Under vårdtiden upplevde papporna ökad känsla av anknytning till barnet i takt med ökad delaktighet i omvårdnaden. En av de bidragande faktorerna till ökad anknytning, stärkta band till barnet och ökad känsla av att vara pappa var känguruvård. Papporna hade under vårdtiden ett behov av tydlig, rak och ärlig information och stöd från vårdpersonalen. Upplevelsen kunde beskrivas som en känslomässig berg-och-dalbana där stress och oro blandades med glädje och lättnad. De flesta papporna kunde efter allt de gått igenom ändå hitta positiva företeelser som kommit utav den tidiga födseln. Exempel på detta kunde vara stärkta familjeband, större ödmjukhet och nytt perspektiv på livet. Andra positiva aspekter beskrevs vara bättre anknytning till och närmare relation med barnet.

Slutsats

Pappan på neonatalavdelningen är i behov av kontinuerlig information om förloppet samt att känna sig delaktig i omvårdnaden. Genom ökad delaktighet ökar pappans anknytning till barnet vilket i efterhand kan generera positiva upplevelser och stärka honom i sin papparoll.

Nyckelord: Pappa, neonatal, prematur, upplevelser, anknytning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Neonatalvård – vård av för tidigt födda barn	1
Orsaker till för tidig födsel	3
Sjuksköterskans ansvar	5
Föräldraroller	6
Föräldrar till ett för tidigt fött barn	7
Föräldrarnas delaktighet i vården.....	7
SYFTE	8
METOD	9
Val av metod	9
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Trovärdighet.....	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
Chock.....	13
Splittring	14
Distans	15
Behov av information.....	16
Anknytning till barnet	16
Personalens betydelse.....	17
Känslomässig berg-och-dalbana	18
Positiva upplevelser	19
Behov av uppföljning	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats.....	25
REFERENSER	26
BILAGA I-III	

INLEDNING

Då kommer en syrra till mig, med en packe gröna kläder och säger "du har en toalett där, byt om". Så jag bytte om till operationskläder (...) sen kommer det en syrra till mig med en bit maskeringstejp och en spritpenna. Så smäller hon på den på bröstet på mig och skriver "pappa". Och då. Började jag förstå vad det handlade om. Vadå pappa? Ja, om 10 veckor. 10 och en halv vecka - pappa. Men vadå pappa nu?

I Sverige föds årligen cirka 100 000 barn varav ungefär 10 000 av dessa kräver vård på en neonatalavdelning under sin första tid i livet (Forsberg & Rasmusson, 2008). Vård på neonatalavdelning blir aktuellt när ett barn föds för tidigt eller som nyfödd drabbas av sjukdom (Wigert, 2008). Barn som fötts för tidigt står för närmare hälften av de inneliggande barnen och resterande hälft vårdas på grund av sjukdomstillstånd. Sjukdomstillstånden kan innebära andnings- och lungproblematik, infektioner, missbildningar som exempelvis hjärtfel och skador som uppkommit i samband med förlossningen (Forsberg & Rasmusson, 2008).

Definitionen av vad som anses vara ett för tidigt fött barn, även kallad prematur, har ändrats genom tiderna. Då för tidig födsel tidigare ansågs vara barn födda med en vikt under 2 500 gram baseras det nu på antal graviditetsveckor, detta på grund av att även ett fullgånget barn kan födas med låg vikt, så kallad tillväxthämning. Till en fullgången graviditet räknas att den pågått mellan 37 till 41 fullgångna veckor. Som för tidig födsel räknas således födslar före påbörjad graviditetsvecka 37 (Fellman, 2008).

Inom neonatalvården ses föräldrarna som den viktigaste resursen i omvårdnaden av barnet och deras medverkan är avgörande för barnets framsteg i utvecklingen (Kleberg & Westrup, 2008). Enligt Jackson (2005) belyser majoriteten genomförda studier som behandlar föräldrars upplevelser av för tidig födsel och vård på neonatalavdelning främst mammans upplevelser. Färre studier belyser båda föräldrarnas och bara ett fåtal beskriver enbart pappans upplevelser.

Föreliggande studie kommer i fortsättningen att fokusera på pappor till för tidigt födda barn och därmed utelämna pappor vars barn har vårdats för sjukdom eller låg födelsevikt. Vidare används benämningen "pappa" på den biologiska fadern till det för tidigt födda barnet.

BAKGRUND

Neonatalvård – vård av för tidigt födda barn

Ordet neo kommer från grekiskan och betyder ny och natus betyder född. Följaktligen är begreppet neonatologi en sammanslagning av de båda orden och innebär läran om nyfödda barn. Neonatalvård är således vården av nyfödda barn. Ett barn som föds tidigare än väntat kallas prematurer (Svenska akademien, 2009) och dessa barn kan kräva vård på en neonatalavdelning (Wigert, 2008). Med andra ord en avdelning där vård av nyfödda barn bedrivs (Svenska akademien, 2009).

Neonatalvård ur ett historiskt perspektiv

Neonatalvården började utvecklas under 1800-talet. Fransmännen ville efter fransk-tyska kriget öka populationen i landet och planerade att göra detta genom att minska spädbarnsdödligheten. Här såddes fröet till dagens prematurvård och skälet var således rent politiskt och ekonomiskt (Saugstad, 2006).

Med tiden utvecklades resurser för att öka överlevnaden av de för tidigt födda barnen och år 1878 skapades den första kuvösen, som byggde på principen av en äggklädningsmaskin. Kuvösen höll barnen varma och avskilda från omvärlden, vilket skyddade dem från infektioner. Näringsintaget sköttes genom matning med sked eller sond. Således fanns redan kunskap om de prematura barnens främsta problem, vilka innebar ökad infektionsrisk, svårigheter med näringsintag samt att reglera temperaturen. Huruvida föräldrarna skulle delta i vården hade både förespråkare och motståndare. Debatten resulterade dock i att föräldrarna hölls utanför vården, något som anammades och praktiserades fram till 1970-talet (Saugstad, 2006). Även i Sverige tillämpades denna teori, numera finns dock kunskap om att föräldrarnas delaktighet i vården är viktig för att minska stressen för såväl barnen som föräldrar samt bidra till anknytningen dem emellan (Wigert, 2008).

Under andra hälften av 1900-talet gjordes viktiga upptäckter som att syrgas gav högre överlevnad, men att för stor tillförsel av syrgas kunde ge ögonskador som kunde medföra att barnen blev blinda. Genom mer restriktiv syrgasanvändning sågs dock en ökning av hjärnskador bland barnen. Under 70-talet började därför syrgasbehandlingen att anpassas. Dessutom upptäcktes också att viss läkemedelsanvändning kunde bidra till hörsel- och hjärnskador. Under 60- och 70-talen utvecklades respiratorbehandling samt behandling med continuous positive airway pressure (CPAP) vilket innebär att ett kontinuerligt lufttryck fyller ut lungorna och bidrar till minskad risk för andningsuppehåll och underlättar det prematura barnets andning (Saugstad, 2006).

I och med utvecklingen och förbättringen av vården har överlevnaden successivt ökat. Graviditetslängd har en avgörande betydelse för barnets överlevnad och det beräknas att de barn som föds mellan graviditetsvecka 23-24 har en överlevnad på cirka 50 procent. I graviditetsvecka 31 har dödligheten minskat till under fem procent (Johansson, 2008).

Den moderna neonatalvården

Arbete på neonatalavdelning innebär bland annat att minska risken för skador och störningar hos det för tidigt födda barnet (Jackson, 2005). Barnets individuella förutsättningar exempelvis graviditetsvecka, vikt och fysiska hälsa bestämmer behandling och vårdlängd. Det unika vårdbehovet som krävs beror främst på fysiologisk omognad hos det för tidigt födda barnet. Fysiologisk omognad innebär bland annat störningar i andning/cirkulation samt temperaturreglering. Relaterat till dessa störningar är även barnets förmåga att äta reducerad (Örtenstrand, 2005). Då det prematura barnets lungor inte är färdigutvecklade kan barnet vara i behov av andningshjälp, såsom syrgas och/eller respiratorbehandling samt CPAP. Det för tidigt födda barnet saknar underhudsfett vilket bidrar till att barnet lätt blir nedkyllt och har svårt att reglera sin egen temperatur (Fellman, 2008). Barnet vårdas därför i kuvös eller på värmebädd tills det kan sköta sin temperaturreglering själv (Berg & Wingren 2008).

Barn födda före graviditetsvecka 33-34 är ofta i behov av hjälp med matintag, detta på grund av det prematura barnets omogna sug- och sväljreflex. Det vanligaste är att ge barnet mat via en sond som går direkt ner i magsäcken (Fellman, 2008). Då barnet är tillräckligt moget övergår sondmatningen till amning eller matning med nappflaska (Forsberg & Rasmusson, 2008).

För tidigt födda barn övervakas dygnet runt både kliniskt av vårdpersonal och med hjälp av medicinsk utrustning (Berg & Wingren, 2008).

Genom den kliniska övervakningen kan vårdpersonalen i tidigt skede upptäcka förändringar i barnets tillstånd, exempelvis barnets motoriska aktivitet, hud, elimination, näringsintag och sömn. Vårdpersonalen kan också känna igen tecken på smärta, för lågt blodsocker och försvårad andning. Utrustningen kan monitorera bland annat andning, puls, blodtryck, hjärtrytm, saturation (syremättnad i blodet), temperatur samt hjärnfunktion (Berg & Wingren, 2008).

För tidigt födda barn kan anses mogna vid förväntad graviditetsvecka 35 och kan då lämna sjukhuset om deras tillstånd tillåter det. När utskrivning sker är dock i högsta grad individuellt och extremt prematura barn eller barn med lungsjukdom kan kräva längre vårdtid (Örtenstrand, 2005). Trots den höga graden av vård är det viktigt att föräldrarna ibland lämnas ensamma med sitt barn för att underlätta anknytning samt hjälpa familjen mot en mer självständig tillvaro (Forsberg & Rasmusson, 2008).

Känguruvård

Känguruvård är en metod som tillämpas inom neonatalvården. Metoden innebär att det nyfödda barnet läggs hud mot hud på bröstet på mamman eller pappan. Barnets stress och smärta minskar och den psykiska återhämtningen och utvecklingen hos barnet gynnas. Känguruvård främjar anknytningen till barnet samt gör föräldrarna delaktiga i vården och minskar eventuell stress. Denna typ av vård hjälper även föräldrarna att stärkas i sina föräldraroller (Nyqvist et al., 2010). För bästa resultat bör kängurumetoden användas i sessioner om minst en till två timmar, under förutsättning att barnet är stabilt nog (Thukral, Chawla, Agarwal, Deorari & Paul, 2008).

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP[®]) är ett sätt att arbeta för att bidra till barnets optimala utveckling. Det innebär att både barnet och föräldrarna deltar aktivt och det är barnets förutsättningar som bestämmer hur vården ska bedrivas. Miljön anpassas efter vad som anses bäst för barnet, vilket innebär till exempel att ljudnivån hålls nere, att belysningen är dämpad och att barnet skyddas från onödig stimuli och sinnesintryck. Det är viktigt att inte överanstränga det prematura barnet och hänsyn tas till barnets behov av sömn, exempelvis bör inte ett barn som sover väckas för att utföra en åtgärd som planeras till senare. Arbete enligt NIDCAP innebär en strävan efter att involvera föräldrarna i vården, minska barnets stress, bidra till god utveckling samt bevara barnets autonomi och integritet (Kleberg & Westrup, 2008).

Orsaker till för tidig födsel

Orsaken till att barn föds för tidigt kan påverkas av många faktorer. Tillstånd som kan bidra till en för tidig födsel är bland annat flerbörd, konstgjord befruktning, avvikande tillstånd i placenta, cervixinsufficiens (Fellman, 2008; Forsberg & Rasmusson, 2008) och för tidig vattenavgång (Forsberg & Rasmusson, 2008). Riskfaktorer kan bland annat vara rökning, stress och låg socioekonomisk status (Saugstad, 2006; Johansson, 2008). Det har även visat sig att moderns ålder kan påverka om barnet föds för tidigt, där en låg ålder (<18) eller hög ålder (>40) ses som riskfaktorer (Johansson, 2008).

Ablatio placentae

Efter en förlossning lossnar moderkakan och föds fram efter barnet har kommit ut (Svenska akademien, 2009). Vid cirka 0,5-1 procent av alla graviditeter lossnar hela moderkakan eller delar av den innan barnet har fötts (Hellgren, Bremme & Lindqvist, 2008).

Avlossningen resulterar i stora blödningar i livmodern som kan vara livshotande för såväl modern som barnet. Risken för kvinnan ligger i att blödningen kan bli så pass stor att den orsakar organsvikt och i värsta fall död. I akuta fall med stor avlossning och kraftiga blödningar genomförs kejsarsnitt. Ablatio placentae, även kallad placentaavlossning, under förlossningen behöver dock inte vara en indikation på kejsarsnitt om moderns och fostrets tillstånd tillåter en vaginal förlossning. Risken att drabbas av ablatio placentae ökar exempelvis om kvinnan röker, har preeklampsi, missbildningar i livmodern eller graviditetsdiabetes (Hellgren et al., 2008).

Cervixinsufficiens

Med cervixinsufficiens menas att det finns något som avviker i livmodermunnen (Fellman, 2008) och kan bidra till en försvagad livmoderhals. Försvagning av livmoderhalsen kan leda till att livmodermunnen inte kan hålla sig slutet och att förlossningsarbetet startar tidigare än väntat. Troligtvis är runt 20 procent av alla prematurfödslar orsakade av svag livmoderhals (Saugstad, 2006). Vid misstänkt cervixinsufficiens kan ett så kallat cerklage anläggas. Cerklage innebär en sutur eller ett band som fästs runt livmoderhalsen för att förhindra att barnet föds för tidigt (Hagberg, Jacobsson & Lindqvist, 2008).

Flerbörd

Flerbörd innebär födsel av fler än ett barn, det vill säga tvilling-/trillingfödsel et cetera. Förekomsten av flerbörd har stigit genom åren, detta till följd av ökning av graviditeter genom in vitro fertilisering (IVF), även kallad konstgjord befruktning (Fellman, 2008).

Placenta praevia

Fäster moderkakan under graviditeten långt ner i livmodern har kvinnan drabbats av placenta praevia, det vill säga föreliggande moderkaka. Placenta praevia kan täcka olika stora delar av livmodermunnen och benämns olika utifrån placeringen. Det vanligaste symtomet på placenta praevia är så kallade tysta blödningar, det vill säga vaginala blödningar utan smärta. Alla kvinnor drabbas dock inte av dessa symtom och diagnosen placenta praevia kan ställas trots avsaknad av dessa. Hos vissa kan placeringen av moderkakan ändras spontant under graviditeten vilket innebär att placenta praevia inte längre finns kvar. I 95 procent av fallen förlöses kvinnor med placenta praevia med kejsarsnitt, detta på grund av den stora blödningsrisken (Hellgren et al., 2008).

Preeklampsi

Orsaken till preeklampsi är inte fastställd (Sibai, 2003; Wagner, 2004). Uppskattningsvis beräknas att sex till åtta procent av alla gravida kvinnor drabbas av mer eller mindre allvarlig preeklampsi (Sibai, 2003). Faktorer så som övervikt, diabetes, tidigare preeklampsi, förstagsgraviditet, flerbörd, hög eller låg ålder samt ärftliga faktorer ses som tillstånd som kan påverka ett eventuellt insjuknande (Sibai, 2003; Wagner, 2004). Preeklampsi kan ge symtom såsom som högt blodtryck, huvudvärk, illamående, buksmärta och dimsyn. Graviditetsvecka, fostrets mognad och mammans tillstånd bestämmer om det är indikerat att förlösa kvinnan före fullgången tid. Dock ses preeklampsi som en faktor som ofta leder till en för tidig födsel och att barnet kan vara i behov av neonatalvård (Sibai, 2003). Preeklampsi kan leda till att blodtillförseln till livmodern minskar (VanWijk, Kublickiene, Boer & VanBravel, 2000) vilket i sin tur kan leda till syrebrist i moderkakan (Sibai, 2003). I cirka en procent av fallen drabbas kvinnan av kramper, så kallad eklampsi. Dessa kan vara rent utav dödliga för både mor och barn och behandling krävs omgående (Adekanle & Akinbile, 2012).

Efter förlossningen försvinner symtomen av preeklampsin successivt inom loppet av några veckor (Sibai, 2003).

Tidig vattenavgång

Med tidig vattenavgång menas läckage av fostervatten utan att värkarbetet startar, innan beräknat förlossningsdatum. Läckage av fostervatten innebär alltid en ökad risk att bakterier tar sig upp i livmodern och orsakar infektion, vilket i sin tur kan leda till allvarliga komplikationer som placentaavlossning, blodförgiftning hos fostret och i värsta fall fosterdöd. Den ökade infektionsrisken kan vara en indikation på att sätta igång en prematur förlossning. I vissa fall kan dock graviditeten fortgå under noggrann övervakning och med täta kontroller, medan modern behandlas med antibiotika. Genom dessa åtgärder kan fostret hinna växa till. Riskfaktorer för att drabbas av för tidig vattenavgång är bland annat rökning, sexuellt överförbara infektioner, låg socioekonomisk status och flerbörd. För tidig vattenavgång är orsak till ungefär en tredjedel av alla prematura födselar (Medina & Hill, 2006).

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans arbetsuppgift är att vårda människor. Detta ska ske utifrån ett etiskt förhållningssätt med respekt för varje persons integritet och autonomi och all vård ska vara individanpassad och ges på lika villkor till alla människor. Vården ska vara evidensbaserad och sjuksköterskan ska arbeta utifrån gällande författningar, föreskrifter och säkerhetsrutiner inom alla områden arbetet berör (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan ansvarar för att kommunikationen med vårdtagare och anhöriga fungerar tillfredsställande för alla involverade parter. Vidare ansvarar sjuksköterskan för att informationen som ges uppfattas rätt av mottagaren. Lyhördhet för förändringar i patientens sjukdomstillstånd och att kunna se patientens fysiska och psykiska omvårdnadsbehov är en viktig del i sjuksköterskans arbete, likaså att kunna förstå och möta patienten i sitt lidande och genom lämpliga åtgärder lindra detta (Socialstyrelsen, 2005).

I arbetet med barn

Vården av barn både skiljer sig och har likheter med att vårda vuxna. I arbetet med barn kan sjuksköterskan, föräldrarna och barnet ses som ett team som arbetar tillsammans för att vården av barnet ska bli så bra som möjligt (Brady, 2009). Department of Health (2003) menar att vården av barn och unga ska vara individanpassad och möta varje barnets individuella behov. Genom att anpassa vårdmiljön utifrån barnets ålder och behov kan barnets känsla av säkerhet öka. Fortsättningsvis ska både barn och familj bli bemötta med respekt och få information och stöd samt uppmuntras att vara delaktiga i vården.

På neonatalavdelning

På en neonatalavdelning ställs höga krav på personalen då vården är högteknologisk och krävande och syftet med omvårdnaden är att ta hand om såväl barn som familj. Ett professionellt bemötande mot familjen är en viktig del, likaså att skapa trygghet och lindra familjens oro. Föräldrarnas delaktighet i vården är a och o och vårdpersonalens uppgift är att hjälpa föräldrarna att knyta an till och sköta sitt barn (Berg & Wingren, 2008).

Det är även viktigt att vårdpersonalen stöttar föräldrarna och hjälper dem genom krisen de genomgår i samband med den tidiga födseln. Genom att sjuksköterskan planerar och genomför omvårdnadsåtgärder som minskar stressen och oron runt föräldrarna och barnet, ökas tryggheten och ett bättre vårdresultat kan uppnås (Forsberg & Rasmusson, 2008).

Föräldrar kan ibland känna att barnet mer hör till avdelningen än till de själva, det är därför viktigt att föräldrarna bjuds in att delta i vården av sitt barn. En god vård innebär därför även att skapa bra relationer med föräldrarna (Wigert, Hellström & Berg, 2008) och en väl fungerande kommunikation mellan vårdgivare och föräldrar är essentiell på en neonatalavdelning. Den känsliga situation som föräldrarna befinner sig i kräver en stark känsla av tillit till vårdpersonalen och för att uppnå detta bör vårdpersonal och föräldrar jobba tillsammans som ett team. I likhet med Forsberg och Rasmusson (2008) menar Orzalesi och Aite (2011) att ett bra samarbete och en god kommunikation mellan föräldrar och vårdgivare minskar föräldrarnas stress och bidrar till ett bättre vårdresultat.

Då en stor del av vården innebär att främja barnets tillväxt hjälper vårdpersonalen också familjen att få kontroll över och känna trygghet i matsituationer vilket inkluderar bland annat undervisning om amning. I alla situationer runt familjen ska personalen visa respekt, vara empatiska och ha ett professionellt förhållningssätt (Forsberg & Rasmusson, 2008).

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att förbereda föräldrarna för utskrivning. Genom att lära föräldrarna om såväl traditionell barnskötsel som den specifika omvårdnad som krävs vid vård av ett prematurt barn är målet att de vid hemgång känner sig trygga att själva ta för ansvaret barnet (Örtenstrand, 2005).

Föräldraroller

Historiskt perspektiv

Mannen och kvinnans roll i hemmet har i Sverige förändrats genom åren (Plantin, 2001). Enligt Kyle (2000) och Plantin (2001) har det visat sig att familjesituationen i hemmen förändras kontinuerligt i takt med hur samhället utvecklas. Före 1800-talets mitt var det vanligt att familjerna var självförsörjande och att arbetsbördan delades. Senare under 1800-talets mitt blev arbete utanför hemmet allt vanligare. Det var främst männen som tog klivet ut på arbetsmarknaden och följaktligen stannade kvinnorna kvar hemma och skötte hushållet och barnen. Kyle (2000) beskriver det såsom att:

När mannen då försvann till förvärvsarbete på arbetsmarknaden betydde det också att pappan försvann ur hemmet... [kursivering tillfogad] (Kyle, 2000, s.158).

Det finns olika teorier om varför kvinnans och mannens roller i hemmet sett ut som de gjort genom historien, men oavsett skälet till arbetsfördelningen så har det bidragit till att föräldrarna har olika relation till sina barn (Kyle, 2000).

Från 60-talet och framåt började pappans roll som familjefar stärkas och han förväntades ta del av alla hushållssysslor. Från 80-talet och framåt växte bilden av en varm, kärleksfull och närvarande pappa fram (Plantin, 2001). Hwang (2000) beskriver hur pappans delaktighet i hushållssysslorna förändrats genom åren. Från mitten på 80-talet sågs en förändring i arbetsfördelningen och papporna deltog mer i hushållsarbetet än tidigare. Det sågs också en minskning i pappornas förvärvsarbete utanför hemmet. Trots detta gjorde männen fortfarande mindre än hälften av både hushållsarbetet och omsorgen om barnen. Ökningen av pappornas deltagande skulle kunna peka på ett mer jämställt Sverige, speciellt eftersom ökningen av männens delaktighet i hemmet tycks hålla i sig fortfarande (Hwang, 2000). I vårt moderna samhälle eftersträvas jämställdhet och papporna vill vara delaktiga i det inre familjelivet. Tiden papporna spenderar med sina barn ökar gradvis, likaså det emotionella och praktiska engagemanget (Plantin 2001).

I modern tid

Delaktighet, närvaro och engagemang ses idag som en självklarhet för den moderna pappan. Trots denna förändring ses pappan fortfarande ofta som sekundär till mamman (Plantin 2001) och många blivande pappor har svårt att förstå vad faderskapet kommer att innebära (Brodén, 2004). Många blivande fäder har svårt att få grepp om det faktum att det faktiskt är ett riktigt barn som finns i kvinnans mage och många män har svårare att sätta sig in i föräldrarollen än kvinnor. En orsak till detta skulle kunna vara att kvinnan under hela graviditeten är i närmre kontakt med barnet medan mannen observerar utifrån. Detta kan medföra att männen känner att de inte har en lika självklar roll vilket kan skapa osäkerhet (Brodén, 2004).

Kvinnan blir medveten om barnet tidigare i graviditeten än vad män blir. Kvinnor uppmärksammar ofta barnet redan i samband med fosterrörelser, medan barnets existens börjar bli mer självklart för männen efter graviditetsvecka 30. Så sent i graviditeten ligger mammans fokus till största del på förlossningen, smärtan och amning (Rydén, 2004). Eftersom kvinnans och mannens sätt att uppleva graviditeten skiljer sig från varandra, krävs det i många fall att pappan aktivt sätter sig in i faderskapet, medan det för mamman ofta faller sig mer naturligt menar Brodén (2004).

Föräldrar till ett för tidigt fött barn

Graviditeten kan ses som en tid att vänja sig vid tanken på sitt framtida föräldraskap. När ett barn föds tidigare än beräknat kan därför föräldrarna känna stress och oro över att snabbare än väntat kastas in i sina föräldraroller. Förutom att föräldraskapet kommer tidigare än väntat, ser det inte heller ut som förväntat då barnets första tid spenderas på en intensivvårdsavdelning. I denna situation kan föräldrarna känna hjälplöshet, oro och stress. Många upplever även ilska och sorg över situationen och vanligt är också att kvinnan upplever ett misslyckande över det som hänt (Kleberg, 2001).

Enligt Miles, Funk och Kasper (1992) är en för tidig födsel och vård på en neonatalavdelning en stressfaktor för nyblivna föräldrar. Det är inte bara omgivningen som är ny och annorlunda, barnet ser inte ut som förväntat, det finns en påtaglig oro för barnets hälsa och överlevnad och föräldrarna får inte den närkontakt med barnet som utanför ett sjukhus hade varit självklart. Wigert (2008) beskriver första tiden på neonatalavdelningen som en kris för familjen och att de kan ha svårt att finna sin roll som förälder samt knyta an till sitt nyfödda barn. Även Lundqvist, Westas och Hallström (2007) belyser föräldrars svårigheter att hitta sina roller som mamma och pappa. Enligt Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog & Nyqvist (2012) kan neonatalavdelningen upplevas som en helt ny värld där familjen är avskild från världen utanför och allt fokus ligger på det nyfödda barnet.

Föräldrarnas delaktighet i vården

Neonatalvården utgår från att föräldrarnas delaktighet främjar barnets utveckling och underlättar anknytningen till barnet (Saugstad, 2006). Personalen på neonatalavdelningen arbetar aktivt för att involvera föräldrarna att inte bara delta i omvårdnaden om barnet, utan även i beslut rörande barnets fortsatta vård (Orzalesi & Aite, 2011)

Malusky (2005) beskriver vikten av familjecentrerad omvårdnad inom neonatalvården. Omvårdnaden baseras på familjerna själva och deras olika styrkor och svagheter. Vården är individuellt anpassad för de olika familjerna och kommunikationen mellan vårdgivare och familj eftersträvas vara öppen och ärlig.

Enligt Wigert et al. (2008) kommer välinformerade föräldrar, som har en god relation med barnets vårdgivare, att stärkas i sina föräldraroller. Malusky (2005) menar att denna typ av familjecentrerad omvårdnad har visat sig leda till att stressen hos föräldrarna minskar samtidigt som deras självförtroende att ta hand om sitt barn efter utskrivning ökar. Det har också visat sig att sjukhusvistelserna blir kortare, att amningen går bättre samt att föräldrarnas anknytning till barnet blir starkare.

Genom att tidigt skapa en bra anknytning mellan barn och föräldrar kommer de att lära känna sitt barn och dess behov. Relationen mellan dem växer sig stark och utvecklas och föräldrarna litar på sin förmåga att ta hand om sitt barn (Lindberg, Axelsson & Öhring, 2008). Lundqvist et al. (2007) menar att pappan är en lika stor resurs och lika viktig i neonatalvården som mamman.

Pappornas delaktighet i vården

Pappans delaktighet i mödra- och barnhälsovården har fått mer utrymme. Trots detta är risken stor att den blivande pappan känner oro, osäkerhet och hjälplöshet om vad som väntar efter förlossningen. Risken ökar ytterligare om förlossningen inte går som planerat och/eller om modern eller barnets hälsa hotas. I detta läge är det viktigt att inte glömma bort pappan, utan att stötta honom i den svåra situationen (Rydén, 2004).

Att vara pappa på en neonatalavdelning innebär en hög stressfaktor och många nyblivna pappor känner ofta att de inte har kontroll över situationen (Arockiasamy, Holsti och Albersheim, 2008). Stressen grundar sig bland annat i att de är åtskilda från sitt barn. När de får vara nära barnet och vara delaktiga i omvårdnaden kan känslan av kontroll öka och pappan stärks i sin papparoll (Blomqvist et al., 2012).

Efter en förlossning av ett prematurt barn är det ofta pappan som från start finns vid barnets sida. Orsaken till detta kan vara att mamman precis genomgått en mer eller mindre traumatisk förlossning och av den anledningen är oförmögen att delta i den initiala omvårdnaden. Pappans delaktighet är en viktig hörnsten i barnets utveckling och denna första tid med barnet är viktig för anknytningen mellan pappan och barnet. Dock kan många pappor under detta skede vara allt för oroliga för sin partner för att helt kunna fokusera på det nyfödda barnet (Arockiasamy et al. 2008) och den tidiga anknytningen kan bli lidande. Det återkommande problemet för pappor i neonatalvården tycks dock vara känslan av brist på kontroll (Arockiasamy et al., 2008; Blomqvist et al. 2012).

Arockiasamy et al. (2008) beskriver vidare att kontinuerlig information angående barnets tillstånd från sjukvårdspersonalen kan stärka pappans känsla av kontroll.

Sjukvårdspersonalen spelar således en viktig roll när det kommer till pappans förmåga att känna att han har kontroll över situationen.

Enligt Arockiasamy et al. (2008) förekommer det att pappor som har barn som vårdas på neonatalavdelning känner sig som vårdare av barnet snarare än pappa och att papparollen inte blivit som planerat. Även Lundqvist et al. (2007) belyser problemet att många pappor känner sig mer som en i personalen, eller en åskådare vid sidan av, än som en pappa.

SYFTE

Syftet var att beskriva pappans upplevelse av att ha sitt för tidigt födda barn inneliggande på en neonatalavdelning.

METOD

Val av metod

Metoden som tillämpades var semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer. Intresset låg i att undersöka den enskilde individens uppfattning samt skapa möjlighet för nya skildringar av pappans upplevelse av tiden på neonatalavdelningen. Fokuset var att, genom individens egen beskrivning av verkligheten, få förståelse för ämnet som undersöktes vilket beskrivs av Kvale och Brinkmann (2009). De menar vidare att en kunskapsöverföring personer emellan kan besvara syftet och de eventuella frågeställningar som valt att studeras.

Urvalskriterier

Kriterierna för intervjupersonerna var att de är pappor till för tidigt födda barn som under sin första tid i livet vårdades på någon av Sveriges neonatalenheter. Papporna var fysiskt närvarande och upplevde sig själva som delaktiga under hela vårdtiden. Önskvärt var att barnet i fråga skulle ha genomgått både ett akut- och ett tillväxtskede under sin vårdtid. Ingen vikt lades vid tidsspann efter utskrivning. Vidare efterfrågades intervjupersoner som talade och förstod det svenska språket för att undvika språkförbistringar.

Enligt Trost (2010) är syftet med valet av intervjupersoner till en kvalitativ studie att de ska kunna ge en variation av berättelser. Således blir resultatet inte statistiskt representativt, vilket Trost (2010) menar inte heller är intressant vid denna typ av forskningsmetod, då syftet är att undersöka individens egna upplevelser eller uppfattning.

Purposive sampling

Purposive sampling användes i sökandet av intervjupersoner. Polit och Beck (2012) beskriver purposive sampling som ett redskap att finna intervjupersoner till en studie. Genom att aktivt söka upp en grupp tänkbara intervjupersoner och sedan tillfråga dessa om de vill delta hittade författarna till föreliggande studie intervjupersoner som passade in i uppsatta urvalskriterier.

Undersökningsgrupp

Sex pappor till för tidigt födda barn, i graviditetsvecka 24-31, intervjuades. Både pappor till ett barn och till tvillingar deltog i studien. Intervjupersonerna kontaktades genom Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala.

Datinsamling

Författarna tog via elektronisk post (e-post) kontakt med styrelsen i Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala. I e-posten bifogades ett informationsbrev om studien och dess syfte (Bilaga I) samt ett brev riktat till tänkbara deltagare (Bilaga II). Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala skickade i sin tur ut informationen till alla sina medlemmar. Författarna fick sedan kontaktuppgifter till de pappor som ville delta i studien. Därefter sköttes kontakten med papporna direkt av författarna via e-post och telefon.

Alla intervjuer spelades in med hjälp av en ljudinspelare och bearbetades sedan i efterhand, vilket rekommenderas av Trost (2010). Genom ljudupptagning bevaras viktiga komponenter som till exempel tonfall och målade beskrivningar som annars kan bli svåra att återge i efterhand. Risken att göra egna tolkningar minskar också om intervjuer ljudinspelas (Trost, 2010).

Författarna till denna studie valde att genomföra sex intervjuer som byggde på förarbete, engagemang och lyhördhet för intervjupersonerna. Förarbetet innefattade studier av området, det vill säga neonatologi och föräldraskap med fokus på pappan. För att få en bred grund lästes såväl vetenskapliga artiklar som facklitteratur. Genom att visa intervjupersonerna intresse och engagemang blev resultatet sex intervjuer med ärligt, öppet och rikt innehåll. Förhållningssättet överensstämmer med Trosts (2010) uppfattning om att få väl genomförda och bearbetade intervjuer ofta ger mer till en studie än flera intervjuer som inte är lika välgjorda.

Intervjuguide

I överensstämmelse med Trost (2010) upprättades en intervjuguide (Bilaga III) inför intervjuerna i studien. Trost (2010) menar att intervjuguiden är ett redskap som kan underlätta i intervjuprocessen och lämna rum för förändring och anpassning till intervjupersonen utan att riskera att glömma viktiga samtalsämnen. Frågorna i intervjuguiden formulerades så att intervjupersonen uppmuntrades att berätta. Denna typ av frågor kallas öppna frågor och beskrivs av Jonsson, Heuchemer och Josephsson (2008). Följdfrågor ställdes kontinuerligt under intervjun för att ge intervjupersonerna möjlighet att utveckla sina svar (Widerberg, 2002).

Pilotintervju

Den första intervjun som genomfördes var en så kallad pilotintervju där intervjuguiden testades. Pilotintervjun beslöt författarna att använda i resultatet, då den information som framkom var adekvat för syftet, intervjupersonen uppfyllde urvalskriterierna och författarna ansåg att den intervjuguide som upprättats inte krävde några förändringar. Enligt Trost (2010) kan pilotintervjuer användas i resultatet efter att kritiskt ha granskats i förhållande till studiens syfte. Totalt inkluderas därför sex intervjuer i föreliggande studie.

Intervju

Studien är baserad på sex intervjuer, inklusive en pilotintervju. Tidsåtgången för intervjuerna var mellan 30-90 minuter. Före varje intervju informerades varje deltagare om att ljudinspelningen efter transkribering skulle raderas och att enbart författarna skulle lyssna på och ha tillgång till ljudfilen. Författarna informerade även om att papporna i studien kommer att aidentifieras.

Tid och plats för intervjuerna fick papporna själva föreslå, vilket enligt Trost (2010) kan öka intervjupersonens trygghet i intervjusituationen. För att visa ansvarstagande från författarnas sida informerades också om möjlighet att genomföra intervjun på Sophiahemmet Högskola. Resultatet blev att intervjuerna ägde rum i pappornas hem eller arbete, på Sophiahemmet Högskola eller på sjukhus. Under alla intervjuer var båda författarna närvarande och växlade mellan att ställa frågor och anteckna.

Dataanalys

Efter genomförda intervjuer analyserades och tolkades den insamlade informationen genom kvalitativ innehållsanalys, i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Författarna transkriberade tre intervjuer var. Efter att alla intervjuer var genomförda och transkriberade bearbetades texterna gemensamt i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) som menar att gemensam behandling av texterna ökar studiens trovärdighet.

Under transkriberingen markerades stycken som författarna såg som särskilt viktiga att behandla i resultatet. Genom bearbetningen hittade författarna meningsenheter, kondenserade dessa och gav dem koder som samlades i underkategorier och kategorier.

Baserat på dessa fynd uppmärksammades övergripande teman och författarna fann mening och återkommande ämnen i texten vilket beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim, (2008).

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver vidare meningsenheter som stycken från texten där forskaren finner likheter i innehållet. Kondensering innebär att hitta kärnan i det som beskrivs. Genom att koda de kondenserade meningsenheterna och placera dem i underkategorier och kategorier kunde författarna komma överens om övergripande teman (Lundman och Hällgren Graneheim, 2008). Efter genomförd innehållsanalys samlade författarna således alla underkategorier och kategorier, vilka kom att bli grunden för rubriker och underrubriker i resultatet, se Tabell för kvalitativ innehållsanalys.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	
Att man ska bli uppdaterad och få veta sanningar inte känna att man försöker att bara bli lugnad i situationen.	Vill bli uppdaterad och veta sanningar, inte bara bli lugnad.	Korrekt information lugnar.	Behov av information.	Information.	
Men som sagt han var, han var tydlig. Han förklarade liksom vad vi gjorde (...) Det var, det var ett stort behov.	Han var tydlig och förklarade vad som hände. Det var ett stort behov.	Tydlig i informationen var ett behov.			
Samtidigt som jag vill veta väldigt mycket hela tiden så kan det ha varit en nackdel i det här fallet.	Vill veta mycket men kan vara till en nackdel ibland.	Inte för mycket och inte för lite information.	Balansgång i informationen.		
(...) och jag bara står där och vet inte vad jag ska göra och så...	Jag vet inte vad jag ska göra.	Hittar inte sin roll.	Brist på kontroll.		Maktlöshet.
Vill ha lite kontroll. Och det är ju fullständigt omöjligt i en sån situation. All den kontrollen... den ligger utom... utanför mig.	Jag ville ha kontroll men det var omöjligt, det låg utanför mig.	Kunde inte göra något åt situationen.			

Trovärdighet

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att inom kvalitativ innehållsanalys ska forskaren alltid se till resultatets trovärdighet. Begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet utgör grunden till detta. Vid kvalitativ metod kan exempelvis trovärdigheten bedömas genom resonering och reflekterande, vilket innebär att författarna diskuterar tillsammans för att enas om tolkningen av resultatet.

I enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008) analyserade författarna till föreliggande studie således allt material gemensamt vilket även kunde öka tillförlitligheten.

Trovärdigheten ökades också genom användandet av intervjuguide och ljudbandspelare samt genomförandet av en pilotintervju. Genom användningen av koder och kategorier i analysprocessen ökade tillförlitligheten ytterligare, vilket Lundman och Hällgren Graneheim (2008) betonar.

Giltigheten kan öka genom att de resultat som uppnått belyser det som anses typiskt för just det fenomen som studeras. Överförbarheten till andra grupper förbättrades, i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008), genom att grundligt beskriva urvalskriterierna och deltagarna, genomföra en välarbetad analys samt göra en noggrann redogörelse för datainsamling.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik innebär ett beaktande av de etiska aspekter som finns inom forskning. Dessa aspekter behandlar bland annat hur forskningsprojektens försökspersoner hanteras och vilka konsekvenser dessa skulle kunna råka ut för i och med sitt deltagande (Helgesson, 2006). Författarna har under genomförd studie strävat efter att se till de forskningsetiska aspekterna genom att ta hänsyn till intervjupersonerna, bibehållit konfidentialiteten samt utgått från intervjupersonernas informerade samtycke.

Hänsyn till intervjupersonerna

Inom allt forskningsarbete där försökspersoner ingår, finns det en rad åtgärder som ska vidtas för att skydda dessa. Åtgärderna vidtas för att minimera den negativa påverkan deltagandet i studien skulle kunna ha på intervjupersonernas privatliv och/eller fysiska, mentala eller sociala hälsa. Deltagarna i studien ska inte heller utsättas för någon typ av risker och deras autonomi och integritet ska bibehållas (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Konfidentialitet

I överensstämmelse med Helgesson (2006) bibehölls konfidentialiteten och intervjupersonerna skyddades genom att avidentifieras i resultatet. Ljudinspelningarna raderades när studien var färdigställd, vilket även detta enligt Helgesson (2006) är en del i bibehållen konfidentialitet. I övrigt sparades intervjuutskriften på en lösenordsskyddad dator för att se till att ingen obehörig skulle få tillgång till dem.

Informerat samtycke

Ett brev angående studien formulerades och bifogades till Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala för att kunna skickas vidare till intresserade pappor. Deltagande i studien var frivilligt och intervjupersonerna blev informerade om detta, varpå de gav sitt godkännande att delta i studien. Intervjupersonerna fick i förväg information via e-post om studien och dess syfte. De intervjupersoner som på kort varsel bokades in för intervju fick information om studien över telefon eller e-post för att i förväg veta vad studien berörde och då kunna fatta ett korrekt beslut angående sitt deltagande, vilket styrks av Helgesson (2006). Innan intervjun påbörjades informerade författarna igen om bakgrunden till studien och dess syfte för att inga missförstånd skulle ske. Författarna erbjöd också deltagarna att få möjlighet att läsa det färdiga arbetet efter godkännande och att om de hade fler frågor, eller i efterhand ville berätta något mer, kunde höra av sig.

Helgesson (2006) menar att informerat samtycke är ett ansvar från forskarens sida och innebär att intervjupersonerna ska skyddas från eventuella negativa följder av sitt deltagande. Informerat samtycke bygger således också på att skydda intervjupersonernas integritet och autonomi.

RESULTAT

Under analysen av genomförda intervjuer identifierades flera kategorier som var gemensamma för intervjupersonerna. Kategorierna används som rubriker för att presentera resultatet. För att skapa en förståelse för pappornas upplevelser presenteras resultatet i kronologisk ordning, från att födelseförloppet startat till barnets utskrivning.

Kategorierna flyter dock samman då gränserna mellan såväl känslor som upplevelser i sig är oklara. För att tydliggöra upplevelserna har representativa och uttrycksfulla citat använts i resultatet. Citaten har modifierats genom språkförändringar för att öka läsbarheten samt avidentifierats för att upprätthålla konfidentialiteten.

Chock

Papporna beskrev insikten om att det skulle bli en för tidig födsel som en mer eller mindre chockartad och stressande situation. De kände sig oförberedda och situationen upplevdes kaosartad. Det beskrivs också att det var svårt att få insikt om att det verkligen var nu det skulle ske. Förloppet från ankomst till sjukhuset till förlossning beskrevs av de flesta som kort och därav kom förlossningen och föräldraskapet som en överraskning.

Ingen av oss hade ju någon tanke på det över huvud taget. Så tidigt, och första barnet, det fanns ju inte.

De pappor vars barn föddes i graviditetsvecka 26 och tidigare uttryckte att de till en början ställde in sig på att barnen inte skulle överleva. De uttryckte också att de inte kände att det, i det läget, var barn de skulle förlora utan foster och således ett missfall som höll på att ske. Dessa pappor uppgav också att de i efterhand trodde att de här känslorna var en typ av skyddsmur och att känslorna försvann successivt.

Det kändes väldigt mycket som en spontan abort. Eller som ett missfall just då i det läget. Och jag kände att ett missfall är jobbigt och det kunde vi kanske ta men att livet skulle vändas upp-och-ner på lång sikt kändes väldigt svårt att hantera på något sätt (...) barn känns i samhället som att det är så mycket värt, det är värt allt, jämt, men just där och då så var det bara ett foster. Och vi visste att vi skulle kunna bygga vidare igen.

För mig var det redan från början väldigt överkligt (...) mycket förnekande att det kommer gå vägen det här. Jag tog inte till mig att det fanns ett barn, för att risken att det skulle försvinna var så pass stor.

Maktlöshet

Chocken som papporna gick igenom initialt ledde till att majoriteten av dem upplevde brist på kontroll. Bristen på kontroll kan beskrivas som maktlöshet i den nya situationen där de inte kände sig hemma och inte visste hur de skulle förhålla sig. Maktlösheten kom sig bland annat av att de kände att de inte kunde bidra till något och medförde att de hade svårt att finna sin roll i situationen.

Det är ju verkligen så här, man är helt på sidan av på något vis. Man är ju ett bihang, man hänger bara med.

Personalens uppdateringar om situationen och vad som försiggick ansågs också av majoriteten pappor som ett sätt att återfå kontrollen och på så sätt minska maktlösheten under hela vårdförloppet. Rutiner i omvårdnaden, som gjorde att papporna visste hur dagen skulle se ut och vad de skulle göra, medförde också att känslan av maktlöshet minskade.

Rollsökande

Papporna beskrev att efter att chocken lagt sig tog de på sig en beskyddande och praktisk roll, av flera orsaker. Däribland ville de skydda sin partner som de upplevde var i en ännu svårare situation och behövde deras stöd.

Den praktiska rollen grundade sig dels i att papporna upplevde att de inte hade kontroll över situationen och dels i att de kände ett ansvar för att underlätta för sin partner. Genom att ta på sig en praktisk roll kände de att de kunde bidra och fick på så sätt tillbaka delar av den förlorade kontrollen.

Man försöker lugna ner sig. Och lugna ner frun. Jag såg till att allting funkade bara. Då var jag i chocktillstånd, men samtidigt så var jag lugn och koncentrerad.

Papporna bidrog praktiskt genom att exempelvis söka information om situationen hos personalen, sköta kontakter med omvärlden och lära sig mer om tekniska och medicinska detaljer. De som hade barn sedan tidigare tog på sig ansvar för att se till att allting skulle fungera praktiskt med familjelivet i hemmet. Hälften av papporna belyste hur de prioriterade bort arbetet till förmån för vistelsen på sjukhuset. De upplevde att det kändes skönt när de insåg att de faktiskt kunde släppa arbetet helt och endast ägna sig åt de nyfödda barnen istället.

Jag kommer ihåg dagen efter, eftersom hon kom två månader för tidigt så var ju inte allt riktigt klart hemma så något jag tidigt tog tag i var det här med barnsäng och alltihopa, så jag åkte till IKEA.

Splittring

I det akuta skedet upplevde papporna att det primära i det läget var partnern. De upplevde en splittring som bland annat yttrade sig i att de fick svårt att välja mellan att stanna hos partnern eller följa med teamet som tog hand om deras nyfödda barn. Det beskrevs som mer naturligt att stanna kvar och stötta den nyförlösta mamman då de upplevde att de inte kunde bidra på samma sätt hos barnen. Trots denna känsla fann sig papporna vid barnens sida då de förstått att deras partner var i säkra händer. Sammanfattningsvis speglades första tiden efter förlossningen av ambivalens över var papporna upplevde att de behövdes mest.

Men från att förlossningen, som gick väldigt snabbt och smärtfritt egentligen, till att de kom till kuvös, det var ju väldigt konstigt, för då var ju NN helt nyförlöst och jag stod nånstans i limbo, vilket jag tyckte var jättejättejobbigt. Mellan att vara med henne men också att vara engagerad och se hur det gick för barnen.

Och så kommer de ut med barnet och då blir det ju riktigt jobbigt för då var det ju så här; ”okej ska du hänga med mamman eller ska du hänga med barnet?”. För det var ju liksom, den ena ligger i en stor intensivbädd och den andra ligger i en liten intensivbädd.

Distans

Efter förlossningen beskrev papporna att de upplevde både en känslomässig och en fysisk distans till barnen.

Fysisk distans till barnen

Den fysiska distansen beskrev papporna som svårigheterna att komma barnen fysiskt nära. För de pappor som på grund av barnens medicinska tillstånd inte fick hålla sitt nyfödda barn ökade distansen ytterligare. Även de pappor som fick ta ut sina barn från kuvösen kunde uppleva distans då barnen var uppkopplade med och beroende av ”sladdar och slangar” som gjorde dem oåtkomliga.

Det här är mitt barn som ligger i den här plexiglaslådan som står inne på den här intensivvårdsavdelningen där jag måste trycka in en kod för att få komma in. Det var en jättedistans till en början.

Känslomässig distans till barnen

Den fysiska distansen ökade den känslomässiga distansen till barnen. Papporna beskrev den känslomässiga distansen, att de inte kände något band till barnen, som en typ av skyddsmekanism inför barnens osäkra framtid. Genom att förbereda sig på att barnen eventuellt inte skulle överleva kunde de lättare hantera situationen i stunden. Ju tidigare barnen fötts, desto tydligare beskrevs den känslomässiga distansen.

Det var mest jobbigt att titta på de där barnen. Jag kände liksom ingen anknytning till dem på något sätt än, eller större glädje över dem.

I början av vårdtiden när barnen krävde avancerad vård kunde föräldrarna inte involveras till lika hög grad som senare. På grund av detta upplevde en del av papporna en distans till barnen i form av att de hade svårt att känna att barnen var deras. En pappa uttryckte att det kändes som det var sjukvårdens barn.

När man var klar på kvällen, då gick man upp [till rummet] och kände ”vadå ska jag ligga här och titta på tv nu när det är två sköterskor som tar hand om dem [barnen] under natten” så det var väldigt, väldigt konstigt. Och det gjorde det hela ännu mer såhär... man fick liksom anstränga sig för att komma ihåg att det är ens barn.

Själva upplevelsen av att ha barn i kuvös var jättekonstig, därför att det kändes ju på ett sätt som att man kunde inte bidra särskilt mycket praktiskt. Om man får ett barn som föds normalt får ju mamman och pappan få ta hand om det direkt, men här blev det liksom inte våra barn direkt.

Distansen minskar

Känslan av att barnen inte var deras var inte konstant. Genom ökad delaktighet i barnens omvårdnad minskade distansen till barnen och känslan av att de var en familj ökade. Den ökade delaktigheten bidrog också till att de nyblivna papporna växte in i sin roll som pappa. En skillnad gick att se hos de pappor som hade barn sedan tidigare och de som blev pappa för första gången. De som redan hade barn hade lättare att identifiera sig själva som pappa då de redan var invanda i en papparoll, medan processen för förstagångspapporna var längre.

Det kändes som man gjorde mer och mer. Man kunde bidra mer i omhändertagandet av ungarna, det blev mer behagligt och man upplevde att man blev mer av en förälder då.

Behov av information

Ett stort behov av information under hela händelseförloppet beskrevs. Papporna ansåg att tydlig, rak och ärlig information gav dem förtroende för personalen och bidrog till trygghet i situationen. Genom att hålla sig välinformerade upplevde de ökad känsla av kontroll. Majoriteten pappor fann lugn i att personalen delgav dem fakta om prematurfödslar och för tidigt födda barn samtidigt som de höll dem uppdaterade om vad som skedde, vad de gjorde och varför.

Man är ju absolut inte huvudperson, men man behöver få veta vad som händer. För det är ju ändå den andra huvudpersonen i ens liv som är där och den tredje på väg. Så då behöver man ju veta vad som händer.

Konsekvenser av irrelevant information

I vissa situationer kunde information ge upphov till stress och onödig oro hos den nyblivna pappan. Exempel på det kunde vara lösa spekulationer kring eventuella komplikationer. Papporna fann en trygghet i att få information som var relevant här och nu och som rörde barnet i den situation det befann sig i just då. Det fanns inget behov av att bli nedlugnad eller daltad med, det viktiga upplevdes vara rätt och riktig information vid rätt tidpunkt.

Första samtalet vi hade med läkare här, det kände som att de bara försökte lugna ner oss, det tyckte jag var onödigt. De kunde ha sagt att troligtvis kommer ni föda. För sen när de väl sa att vi måste föda, då bröt ju NN [partnern] ihop igen så blev det jättejobbigt för alla.

Det är mycket viktigt tycker jag, att man ska bli uppdaterad och få veta sanningar, inte känna att man bara blir lugnad i situationen.

Konsekvenser av bristande information

Vid de tillfällen papporna beskrev sig ha fått bristfällig information ökade stressen och känslan av maktlöshet vilket kunde ge konsekvenser såsom ilska, förvirring och ökad oro. Med tiden lärde sig papporna vad de skulle ställa för frågor för att få den information de behövde för att känna sig trygga och delaktiga. Likaså ökade tryggheten i situationen naturligt med tiden, när papporna fick mer kunskap om barnet och vården på neonatalavdelningen.

Jag var där som en hök; "Vad betyder det? Är det bra eller dåligt? Berätta, jag vill veta nu!" (...) Det var viktigt för oss att ha hela informationsflödet hela tiden. Var det nån som inte kunde svara så var det såhär "nä, men då tar du reda på det nu"

Anknytning till barnet

Det tog mer eller mindre lång tid för papporna att knyta an till barnen. Ju tidigare barnen föddes, desto långsammare gick anknytningsprocessen, vilket bland annat relaterades till den fysiska distansen. Kängurumetoden ansågs vara en starkt bidragande faktor till ökad anknytning. Flera av papporna beskrev att det var i och med känguruvården som de började få ett band till barnen och det gick upp för dem att det faktiskt var deras barn.

Helt fantastiskt! Helt makalöst. Hela mitt inre skakar bara jag tänker på det [känguruvården]. Det var helt fantastiskt! Jag tror det var då jag började förstå att det här var mitt barn.

Känguruvården kunde även upplevas som skrämmande och oro fanns för att råka göra något som kunde äventyra barnets hälsa. Oron minskade dock när barnens behov av avancerad vård, exempelvis respirator, försvann.

De hade respirator och all annan övervak inkopplad. Jag var jättenervös. Jag vågade knappt röra mig på hela tiden, i rädsla att något skulle gå fel. Sen när respiratorn ersattes av CPAP så var det lättare.

Det faktum att papporna fått mycket tid med barnen redan från födseln samt varit involverade i omvårdnad såsom exempelvis blöjbyten och matning sades av flera ha ökat anknytningen till barnen. Anknytningen tycktes således öka med tiden och barnens framsteg samt i takt med att delaktigheten i omvårdnaden och ansvaret för barnen blev större. Tillfällen som upplevdes öka känslan av anknytning till barnet var exempelvis när de fick ta ut barnen ur kuvösen och hålla dem, när de andades själva utan CPAP och första badet.

Så blev det ju lättare när de tog bort CPAP:en och elektroderna och sådär, det blev ju liksom lättare att handha dem. Jag kommer ihåg första gången vi badade dem, då blev det mer känslomässigt lätt.

Papporna beskrev att anknytningen kunde hade sett annorlunda ut om de gått tillbaka till jobbet kontra varit närvarande på sjukhuset och delaktiga i omvårdnaden eller om barnet hade fötts efter en fullgången graviditet. Papporna beskrev vidare hur det stereotypa omhändertagandet av ett barn efter förlossningen kan se ut där de menade att mamman ofta sköter den tidiga omvårdnaden och även har det största ansvaret i och med amningen. Papporna upplevde att genom den prematura förlossningen kunde de få lika stort ansvar i exempelvis matsituationer som mamman, vilket upplevdes som positivt. Ansvaret och närheten till barnet bidrog till ökad anknytning och ett mer jämställt föräldraskap.

Personalens betydelse

Stöd och trygghet

Personalen var för flertalet pappor en källa till stöd och trygghet då de stöttade papporna såväl vid ankomst till sjukhuset, i förlossningsskedet samt under vårdtiden på avdelningen. De fann det tryggt att i det akuta skedet uppmärksammas av personalen och ha någon bredvid sig som förklarade förloppet och de åtgärder som vidtogs.

Vården var jätteduktiga på att ta hand om mig. Jag hade ju en sjuksyrra hela tiden som såg till att jag förstod vad som hände och som höll mig i handen i princip.

Papporna kände också att barnen under vårdtiden var i trygga händer till följd av personalens närvaro och insatser. De upplevde även att personalen kunde främja deras anknytning till barnen genom att låta dem vara delaktiga i omvårdnaden. Papporna beskrev det som positivt att personalen gradvis gav dem mer ansvar i omvårdnaden. Ansvaret ledde till ökad trygghet i omvårdnaden av barnen vilket i sin tur ledde till ökad tillit till sin egen förmåga. Det uttrycktes att papporna upplevde det som negativt när personalen daltade med dem och föredrog istället att personalen var lyhörd, kommunikativ och gav raka direktiv om vad som skulle göras och vad som förväntades av dem som pappor. En attityd som varken förminskade situationen eller förstörde den var önskvärd.

Det var inget dalt! Det var inte; ”åh lilla gubben...” Det är precis det sista man vill ha. Man vill ha; ”nu är det så här, du kan inte göra nånting för ditt barn just nu, hon ligger här i kuvösen och har det bra. Vi tar hand om henne och du kan sova. Gå hem och lägg dig”.

Personkemi

Ett ämne som uppkom frekvent under intervjuerna var vikten av god personkemi mellan familjen och personalen på avdelningarna. Papporna betonade att en god personkemi ledde till en bättre relation samt ökad känsla av trygghet och tillit.

I stort ansåg papporna att personalen, genom god personkemi och professionellt bemötande, kunde bidra till att göra upplevelsen mer behaglig.

Gruppdynamiken funkade väldigt bra för mig (...) Vi knöt an till folk där, som vi började uppskatta jättemycket. Så i slutändan blev det jättebra. Det kan bli ett väldigt starkt band tycker jag.

Flertalet pappor beskrev situationer då de bett om att få byta till annan personal på grund av att personkemin inte fungerade dem emellan. Dock beskrevs också att de i dessa situationer blivit bemötta med respekt och fått byta personal utan problem, vilket upplevdes som positivt.

Jag går rätt mycket på personkemi, hur man känner och litar på andra, och det var ett par gånger som man kände personer som jag inte tyckte tog hand om mina barn på rätt sätt. Det var jättejobbigt.

Man kunde irriteras sig på viss personal, man går ju inte ihop med alla, men när man märkte att man inte gick ihop med någon, då blev man väldigt krigisk utåt och sa ”vi vill inte ha med dem att göra, ta bort dem, de får inte vara med oss” och det accepterade de på ett väldigt bra sätt.

Känslomässig berg-och-dalbana

Hela upplevelsen beskrevs av papporna som mer eller mindre traumatisk och tiden innebar oro och tvetydiga känslor. Inledningsvis upplevde papporna det som svårt att hantera krocken mellan glädjen de förväntades ha över att ha fått barn och oron att förlora barnet. Från chock och rädsla inledningsvis växlade känslorna till hopp och glädje då framsteg gjorts. Känsloläget påverkades således beroende på barnets status och eventuella ingrepp och komplikationer som barnet gick igenom. Framsteg och bakslag i barnets tillstånd växlade om vartannat vilket medförde att hela upplevelsen kan beskrivas som en känslomässig berg-och-dalbana.

Det var väldigt stressande i början, utan att kunna någonting till att gå ner i det där lugnet, till när det börjar gå mot slutet så kommer pulsen igen och då är det bara ut i livet och köra på.

De pappor som hade barn som under vårdtiden blev tvungna att flyttas mellan avdelningar och/eller sjukhus upplevde oro och rädsla över detta. Känslan av oro förekom även om barnen flyttades på grund av att det var stabilare och därav hade ett minskat vårdbehov.

När de hade blivit lite större barnen och vi fick komma hit [till det nya sjukhuset], då började man känna sig mer otrygg, för där i början så var det ju så jättemycket personal hela tiden så man kände att de har koll och när man sen drog, jag ska inte säga drog in på personal, men barnen var mer starka så vi fick mer ansvar så vart man ju rädd.

Angående utskrivningen framkom det att känslorna växlade mellan lättnad och glädje över att få komma hem samtidigt som det fanns en oro och rädsla över att helt ta över ansvaret för barnen. Ett flertal pappor beskrev dock att de upplevde det som skönt att få komma hem, bli en familj och återgå till sin vardag igen.

Positiva upplevelser

De flesta papporna kunde efter allt de gått igenom ändå hitta positiva företeelser som kommit utav den tidiga födseln. Exempel på detta kunde vara stärkta familjeband, ökat förtroende för sjukvården, större ödmjukhet och nytt perspektiv på livet. Andra positiva aspekter beskrevs vara bättre anknytning till och närmare relation med barnet samt omprioritering gällande arbete kontra familjeliv, där de nu insett att familjelivet är viktigare. Flera av papporna uttryckte även att de traditionella mamma- och papparollerna blivit mindre tydliga vilket de trodde berodde på den jämna fördelningen av delaktighet i den tidiga omvårdnaden. Förändringen i rollerna i hemmet som innebar ett mer jämställt föräldraskap upplevdes av papporna som positivt.

Allt det här har inte bara varit negativt utan jag tror att det för med sig fördelar. Även om det hade varit bättre för våra barn, för oss kanske, om de hade varit födda som vanliga barn så tror jag att vi har erfarenhet som har stärkt oss och även barnen i framtiden när de kommer veta om allt det här.

Jag tror i och med att jag fick så mycket tid med NN [barnet] precis i början så känns det som att vi har en ganska nära relation till följd utav det. Så jag tror det sitter i fortfarande. På något konstigt sätt.

Behov av uppföljning

Papporna beskrev behovet av uppföljning efter utskrivning, samt den uppföljning som erbjöds. Papporna uppskattade att det fanns uppföljning efter tiden på sjukhuset och beskrev bland annat att det gav trygghet i hemsituationen.

Psykologiskt stöd

Ett psykologiskt stöd under hela vårdtiden beskrevs som viktigt, men även efter utskrivning fanns detta behov. Flera av papporna upplevde att krisen kom ikapp först efteråt och att de då blivit hjälpta av det psykologiska stödet som fanns att tillgå. Det beskrevs att papporna kände en förlust över att graviditeten och förlossningen inte blev som förväntat och att föräldraskapet kom utan förvarning tidigare än väntat.

Den normala förväntan och den psykologiska förberedsetiden inför föräldraskapet går en förlorad och det gäller ju både mamman och pappan. Så hela den här resan för vår del handlade om att komma ikapp.

Hemsjukvård

Hemsjukvård efter utskrivning upplevdes som ett stöd och en positiv utslussning till familjelivet. Papporna beskrev även att de efter utskrivning kunde ringa avdelningen och ställa frågor när som helst på dygnet, vilket de upplevde som tryggt.

Papporna menade även att återbesök på sjukhuset efter utskrivningen bidrog till trygghetskänslan då de fick möjlighet att diskutera barnens utveckling och få svar på frågor.

Att ha tryggheten, dels den här linjen rakt in till neo. "Är det någon fråga, vilken som helst, spelar ingen roll vad, ring". Man hade ju liksom en VIP-linje till den information, som alla föräldrar vill ha. Alla föräldrar har väl ungefär samma frågor, det var bara det att vi hade en VIP-linje, vi kunde ställa dem. Och blev uppmanade att göra det. Så det är väl någonting som man kan fundera på, om det inte var ganska bra som förstagångsförälder att ha den.

Det är lärorikt att komma hit och de tittar på våra barn och jag får ställa alla frågor jag vill, som kanske andra föräldrar kanske går och undrar och googlar på utan att få prata med någon expert. Det tycket jag är jätteskönt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Genom att tillämpa semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer ansåg författarna att syftet kunde besvaras då det innebar att beskriva den enskilde individens, pappans, upplevelse av tiden på neonatalavdelningen. Kvale och Brinkmann (2009) menar att denna typ av metod är en kunskapsöverföring mellan personer vilket författarna ser som avsikten med studien. Kvale och Brinkmann (2009) menar vidare att denna kunskapsöverföring kan besvara såväl syfte som frågeställningar. Författarna valde dock att inte använda sig av frågeställningar då de istället lade fokus på en tydlig bakgrund som gradvis smalnades ned mot och klargjorde syftet med studien. Frågeställningar ansågs då överflödigt.

Papporna som deltog i studien fick författarna hjälp att nå genom Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala. Genom ett bifogat brev med urvalskriterier kunde intervjupersonerna hittas. Bland dessa urvalskriterier fanns inledningsvis ett önskemål om att utskrivningen inte skulle skett för mer än fem år sedan. Författarna såg dock ett intresse hos pappor vars prematurfödda barn var äldre än fem år och beslutade då att låta även dessa pappor delta i studien. Författarna lade istället vikten i att papporna själva ansåg sig kapabla att återge sin berättelse och dela sina upplevelser oavsett hur nära inpå eller hur länge sedan barnet fötts. Informationen som framkom sågs som relevant och det märktes ingen markant skillnad mellan upplevelserna oavsett hur lång tid som passerat sedan utskrivning.

Enligt Trost (2010) ska intervjupersonerna i en kvalitativ studie ge en variation av berättelser, vilket gjorde att författarna kände sig trygga i beslutet att inte låta utskrivningsdatumet påverka ett eventuellt deltagande. Eftersom resultatet i en kvalitativ studie enligt Trost (2010) inte är statistiskt representativt och inte behöver vara det menade författarna att en variation inom undersökningsgruppen betraktades som positiv.

Purposive sampling, tillämpades i överensstämmelse med Polit och Beck (2012), genom att kontakta styrelsen i Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala. Information om studien förmedlades sedan via styrelsen vidare till föreningens medlemmar. På så sätt hittades önskat antal intervjupersoner som genom att uppfylla urvalskriterierna kunde bidra med den typ av upplevelser och erfarenheter som eftersträvades för att besvara syftet.

I studien deltog både pappor till ett barn och till tvillingar. Ett beslut att inte göra skillnad på om papporna fått ett barn eller flera fattades, då det inte sågs som relevant för syftet. Vidare efterfrågades intervjupersoner som talade och förstod svenska, detta för att minska risken för språkliga missförstånd och få så målande beskrivningar som möjligt.

Genom att söka intervjupersoner via Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala sågs en risk att missa intervjupersoner som inte är aktiva i föreningslivet men som skulle kunna bidra till studien. Författarna menar att trovärdigheten i arbetet trots detta upprätthölls på grund av att de genomförda intervjuerna genererade riklig information som var till gagn för studien.

Vidare upplevde författarna att genom att den rika mängd nyvunnen information som framkommit, där inget berörde föreningslivet, skulle ett liknande resultat kunna uppnås även med intervjupersoner som inte är aktiva inom föreningslivet.

Inför intervjuerna upprättades en intervjuguide vilket rekommenderas av Trost (2010). Intervjuguiden bidrog till att intervjuerna fick en struktur som kunde vägleda utan att styra. Tack vare intervjuguiden hade papporna möjlighet att berätta snarare än att svara på frågor och författarna kunde med hjälp av guiden se till att relevanta ämnen blev diskuterade. För att få papporna att berätta ställdes öppna frågor i enlighet med Jonsson et al. (2008). Första intervjun var en pilotintervju som beslöts att användas i resultatet. Beslutet baserades på att intervjuguiden som testades inte krävde några modifieringar och informationen som framkom ansågs relevant för syftet, vilket Trost (2010) beskriver som ett argument för att använda pilotintervjun i resultatet. Tid och plats för intervjuerna fick papporna själva önska, i överensstämmelse med Trost (2010). För författarna var det viktigt att papporna kände sig bekväma i miljön, så att de uppmuntrades till samtal och kände sig trygga att delge sina upplevelser vilket Trost (2010) också beskriver.

Alla sex intervjuer ljudinspelades. Förutom att ljudinspela, fördes även anteckningar. Genom att föra anteckningar kunde intressanta ämnen skrivas ned, vilket underlättade i analysprocessen och gjorde det lättare att upptäcka återkommande ämnen i de genomförda intervjuerna. Efter sex intervjuer bedömdes att saturation av data uppnåtts, då den information som framkom inte tillförde något nytt till studiens resultat och att den information författarna erhållit kunde besvara syftet.

I enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008) tillämpades i föreliggande studie kvalitativ innehållsanalys. Författarna kunde då hitta tydliga tendenser och urskilja mönster i pappornas upplevelser. Genom den kvalitativa innehållsanalysen erhöles struktur i arbetet och resultatskrivandet underlättades. De kategorier och underkategorier som identifierades kunde ligga till grund för rubriksättning i studiens resultat vilket bidrog till ett naturligt flöde i texten.

Resultatet av de sex intervjuerna diskuterades och tolkades gemensamt vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) är en faktor som ökar trovärdigheten. Tillförlitligheten ökades genom att den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes av båda författarna tillsammans. Under intervjuerna hittades samband mellan den nyvunna informationen och den forskning som belyses i bakgrunden, vilket Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver som en faktor för ökad giltighet. Genom att beskriva metod och urvalskriterier underlättades överförbarheten vilket också behandlas av Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

I enlighet med Helgesson (2006), avidentifierades papporna som intervjuades i resultatet för att bibehålla konfidentialiteten. Likaså raderades ljudinspelningarna. I Helsingforsdeklarationen (2008) beskrivs att forskarna ska vidta åtgärder för att deltagandet i studien inte ska påverka intervjupersonerna negativt. Författarna menar att pappornas integritet och autonomi bibehålls genom att visa dem respekt och möta dem utan förutfattade meningar. Genom att i förväg få ta del av information om studien och dess syfte kunde papporna fatta ett välgrundat beslut angående sitt deltagande. Helgesson (2006) beskriver detta som en del i informerat samtycke och är av största vikt vid beskyddandet av intervjupersonens integritet och autonomi.

Resultatdiskussion

Kleberg (2001) framställer graviditeten som en tid att vänja sig vid tanken på att bli förälder. Vid en för tidig födsel går denna tillvänjningstid förlorad vilket även beskrevs av de intervjuade papporna. Kleberg (2001) menar vidare att denna snabba förändring medför stress och hjälplöshet hos de nyblivna föräldrarna. Författarna såg tendenser till detta genom att papporna uttryckte maktlöshet och brist på kontroll. Rydén (2004) menar att pappor i förlossningssituationer som inte går som väntat kan känna osäkerhet och hjälplöshet och att det därför är viktigt att vårdpersonalen stöttar pappan i situationen. Under intervjuerna framkom att de pappor som fick ett särskilt stöd under förlossningen, i överensstämmelse med Rydén (2004), såg detta som positivt och kände sig väl omhändertagna vilket enligt författarnas tolkning minskade pappornas känsla av brist på kontroll.

I enlighet med Wigert (2008) upplevde papporna den första tiden som en kris och hade svårt att knyta an till sitt barn. Dessutom visade resultatet i föreliggande studie att ju tidigare barnet fötts, desto svårare hade papporna att se det prematurfödda barnet som ett barn och inte ett foster. Rydén (2004) menar att pappan blir varse om barnets existens runt vecka 30 i graviditeten. Därav menar författarna, med stöd av Rydén (2004), att svårigheten att komma till insikt om barnets faktiska existens påverkas av i vilken graviditetsvecka barnet föds. I studiens resultat framkom att de pappor som upplevde dessa svårigheter fick barn i graviditetsvecka 26 eller tidigare. Det faktum att papporna till de tidigast födda barnen har svårare att se sitt barn som något annat än ett foster, kan ses som en känslomässig skyddsmekanism som leder till att de distanserar sig. Flera av papporna nämnde att den tidiga födseln till en början kändes som ett missfall och att det skulle vara lättare att hantera än att det föds ett barn som kanske inte överlever. Svårigheterna kan även grunda sig i att statistiken för barn födda i graviditetsvecka 23-24 enligt Johansson (2008) visar på 50 procent överlevnad. I graviditetsvecka 31 beräknas överlevnaden till mer än 95 procent.

Rydén (2004) och Arockiasamy et al. (2008) beskriver hur den tidiga födseln och hotet mot barnet och mammans hälsa bidrar till oro och brist på kontroll hos pappan. De intervjuade papporna beskrev hur de efter förlossningen hade svårt att fokusera på barnen då de oroade sig för sin partner. Detta kan enligt Arockiasamy et al. (2008) leda till en försvårad anknytningsprocess. Under intervjuerna framkom det att anknytningsprocessen tog mer eller mindre lång tid för papporna. Sannolikt påverkades detta av flera olika faktorer varav oron för partnern, som Arockiasamy et al. (2008) beskriver, skulle kunna vara en av dem.

I resultatet beskrivs pappornas känsla av maktlöshet och brist på kontroll. Arockiasamy et al. (2008) tar upp dessa känslor och menar att de grundar sig i stressen det innebär att ha sitt barn på en neonatalavdelning. Känslan av stress som leder till maktlöshet och brist på kontroll kan minskas genom att vårdpersonalen, även i det mest akuta skedet, avsätter tid för pappan. Känslan av kontroll kan öka genom att få honom att känna trygghet samt att löpande informera om förloppet, vilket Arockiasamy et al. (2008) lägger vikt vid. I överensstämmelse med Arockiasamy et al. (2008) och Malusky (2005) upplevde de intervjuade papporna ökad känsla av kontroll då de delgavs rak och tydlig information. Vid bristfällig information minskade pappornas känsla av kontroll vilket ledde till oro och stress. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen 2005) beskrivs att en av sjuksköterskans uppgifter är att sörja för en tillfredsställande kommunikation med vårdtagare och anhöriga.

Det är av största vikt att sjuksköterskan, men även övrig vårdpersonal, på neonatalavdelningen kontinuerligt kommunicerar med föräldrarna om vårdförloppet. Vidare ser författarna att det är extra viktigt vid den här typen av vård då det i studiens resultat framkom ett stort behov av information hos pappor till prematurfödda barn.

Studien visade tendenser till att intervjupersonerna hade svårt att sätta sig in i rollen som pappa. Brodén (2004) menar att dessa svårigheter etableras redan i graviditeten och Wigert (2008) samt Lundqvist et al. (2007) anser att krisen som föräldrarna går igenom vid en prematur förlossning försvårar rollsökandet. De intervjuade papporna tog på sig en praktisk roll redan tidigt under vårdtiden. Rollen kunde innebära att söka information om situationen eller lära sig om det medicinska och tekniska som rörde barnet. Utifrån vad resultatet visar, baseras den praktiska rollen på att papporna i första skedet hade svårt att finna sin roll som pappa, vilket stärks av Wigert (2008) samt Lundqvist et al. (2007). Orsaker till detta skulle kunna vara att papporna inte visste vad utgången av förlossningen skulle bli och de kände att de inte kunde bidra med något vare sig i förlossningssituationen eller i den tidiga vården av barnet. Genom att finna sig i denna praktiska roll ökade känslan av kontroll. Det framkom att de pappor som redan hade barn lättare fann sig i papparollen vilket författarna ser som naturligt då de redan hade en papparoll i familjen. Anknypningen till det för tidigt födda barnet växte dock fram under liknande förhållanden hos såväl förstagångspappor som hos de som hade barn sedan tidigare.

I början av vårdtiden upplevde papporna distans till barnen både i form av fysisk oåtkomlighet men även problem med att knyta an till barnen. De kände oro för barnens osäkra framtid och överlevnad vilket var en av faktorerna som ledde till distansering mot dem. En annan faktor var att de inte kunde komma barnen fysiskt nära då de låg i kuvös, hade respirator och/eller annan medicinsk utrustning som försvårade möjligheterna till närhet. Miles et al. (1992) menar att närkontakten med barnen inte blir lika självklar på en neonatalavdelning som utanför sjukhuset och Blomqvist et al. (2012) menar att den fysiska separationen från barnet är en stressfaktor som försvårar anknypningsprocessen vilket uppmärksammades hos de intervjuade papporna.

Genomgående genom intervjuerna uppmärksammades svängningar i pappornas känslolägen, där oro och rädsla blandades med hopp och glädje utifrån barnens status. Svängningarna i känslolägen och den praktiska rollen kombinerat med den känslomässiga skyddsmur flera sade sig bygga upp, resulterade i att pappornas kris kunde komma först efter utskrivning. Författarna tolkar det som att papporna sätter sina egna känslor åt sidan för att kunna hantera situationen och stötta sin partner och att känslorna därför kommer ikapp senare.

Papporna som intervjuades ansåg i likhet med Malusky (2005) och Blomqvist et al. (2012) att anknytningen till barnen stärktes när de fick vara med i omvårdnaden om barnet och utföra sysslor såsom blöjbyten, matningar och badning. Enligt Berg och Wingren (2008), Saugstad (2006) och Department of Health (2003) är det vårdpersonalens uppgift att involvera föräldraparet i omvårdnaden för att därigenom bidra till ökad anknytning och trygghet, vilket uttrycktes som positivt av papporna i studien. Vidare menade papporna att känslan av kontroll ökade i och med ökat ansvar för barnet vilket Örtenstrand (2005) menar kan bidra till ökad trygghet vid hemgång.

Wigert et al. (2008) beskriver att föräldrar till prematurfödda barn kan känna att barnen under vårdtiden tillhör avdelningen eller sjukhuset mer än dem själva. Under genomförda intervjuer framkom det att dessa känslor även fluktuerade hos de intervjuade papporna. Konsekvenserna av detta kan innebära ökade svårigheter till anknytning men även rädsla och minskad tillit till sin egen förmåga att vårda och ta hand om barnen.

Inom neonatalvården tillämpas känguruvård (Nyqvist et al., 2010). De intervjuade papporna ansåg att de i och med känguruvården kom till insikt om att barnet var deras och ett känslomässigt band började ta form, vilket stärks av Nyqvist et al. (2010). Tidig känguruvård kunde uppfattas som skrämmande då papporna oroade sig för barnens hälsa, det framkom dock att de ändå såg känguruvården som positiv för anknytningen till barnen, i likhet med vad Nyqvist et al. (2010) beskriver. Oron inför känguruvården och hanteringen av barnen minskade ju stabilare barnen blev. Papporna menade att de även i efterhand kunde känna att de, på grund av denna tidiga närhet med barnet, fick starka band dem emellan. De menade att relationen med barnet fortfarande, flera år efter utskrivningen, är oerhört nära.

Papporna som intervjuades upplevde ett stöd från personalen under vårdtiden. De ansåg att i och med personalens närvaro och omvårdnad var barnen i trygga händer och de kände tillit till personalen. Pappornas beskrivningar stärks av Berg och Wingren (2008) som anser att sjuksköterskan på neonatalavdelningen ska sörja för omvårdnad av såväl barn som familj. I vissa situationer upplevde familjerna brist på personkemi med specifik personal och hade då möjlighet att byta, vilket upplevdes som positivt.

Finns det svårigheter i kontakt eller kemi mellan personal och föräldrar ser författarna det som både relevant och positivt att det finns möjlighet att byta personal, för bådas parternas skull. Orzalesi och Aite (2011) menar att vårdpersonalen och föräldrarna ska verka som ett team kring barnet då det kan resultera i minskad stress och bättre vårdresultat. Författarna till föreliggande studie menar vidare att denna teambildning kan vara svår att uppnå om det finns brister i personkemin eller gruppdynamiken. Berg och Wingren (2008) beskriver vårdpersonalens uppgifter på neonatalavdelningen som bland annat innebär övervakning dygnet runt. På grund av detta nära samarbete vårdgivare och föräldrar emellan krävs ömsesidig respekt och god personkemi för att göra situationen behaglig för båda parter.

Papporna menade att deras erfarenheter och upplevelser av vårdtiden även förde med sig positiva följder såsom stärkta band inom familjen, ökad ödmjukhet och större förståelse för livet. Plantin (2001) beskriver att den moderna pappans emotionella och praktiska engagemang genom decennierna har ökat. Papporna beskrev hur den tidiga födseln ökade deras engagemang ytterligare. De fick delta aktivt redan i den tidiga vården och dela ansvaret för exempelvis matningar med mamman. Det delade ansvaret uppgav papporna ledde till ett mer jämställt föräldraskap och ett närmre faderskap.

Slutsats

Pappan på neonatalavdelningen upplever brist på kontroll och är i behov av kontinuerlig information från personalen. Inledningsvis förekommer känslor av distans mot barnen som bland annat grundar sig i barnens ovissa framtid. Vistelsen beskrivs som stressande och papporna känner sig maktlösa i situationen. Delaktighet i omvårdnaden kan bidra till att öka känslan av kontroll, minska distansen och öka anknytningen till barnen. Personalen kan genom att involvera pappan i omvårdnaden öka tryggheten samt hjälpa honom att stärkas i sin roll som pappa. Upplevelsen, som beskrivs som en kris, kan ändå medföra positiva följder såsom stärkta familjeband och en nära kontakt med de prematurfödda barnen.

Fortsatta studier

Ett behov av fortsatt forskning som behandlar pappans upplevelse av neonatalvård uppmärksammades, då vidare forskning skulle ge ökad förståelse för pappans situation. Den ökade förståelsen skulle kunna leda till ett bemötande som minskar pappans känsla av maktlöshet, oro och stress och genom att påverka dessa faktorer skulle den tidiga distanseringen till barnet kunna minimeras. En skillnad i upplevelse beroende på graviditetsvecka framkom. Tendenser till en svårare anknytningsprocess och högre grad av distansering fanns hos pappor till barn födda i eller tidigare än graviditetsvecka 26. En jämförelse i upplevelserna mellan pappor till prematura barn i tidigare och senare graviditetsvecka skulle därför vara av intresse. Likaså jämförelser mellan mamman och pappans upplevelser samt hur könsroller inom familjen påverkas efter utskrivning från en neonatalavdelning.

Klinisk tillämpning

Resultatet som framkommit i föreliggande studie kan appliceras på fler områden än enbart neonatalvård. När ett barn kräver vård på sjukhus ses ett behov hos familjen av ett kontinuerligt och ärligt informationsflöde. Studien visar också att anhörigstöd i krisituationer är en viktig faktor för ökad trygghet. Således menar författarna att sättet att bemöta anhöriga, i detta fall pappor, i kris kan appliceras även inom andra områden i sjukvården. Författarna menar att alla anhöriga är i behov av stöd, information och en god relation till vårdgivare oavsett situation.

REFERENSER

- Adekanle, D.A., & Akinbile, T.O. (2012). Eclampsia and Pregnancy Outcome at Lautech Teaching Hospital, Osogbo, South West, Nigeria. *Clinics in Mother and Child Health*. E-publicerad 7 maj 2012. doi: 10.4303/cmch/C120301
- Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121(2), e215-22.
- Berg, A-C., & Wingren, U. (2008). Kliniska rutiner och procedurer. I Lagercrantz, H., Westas, L.H., & Norman, M. (Red.). *Neonatologi* (ss. 447-460). Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, Y.T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(9), 1988-96.
- Brady, M. (2009). Hospitalized Children's views of the Good Nurse. *Nursing ethics*, 16(5), 543-560.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och kultur.
- Department of health. (2003). *Getting the right start: National Service Framework for Children: The National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services – Standards for Hospital Services*. London: Department of health.
Hämtad från
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4067251.pdf
- Efterbörd. (2009). I *Svensk ordbok* (1, s. 625). Stockholm: Norstedts.
- Fellman, V. (2008). Det för tidigt födda barnet. I Lagercrantz, H., Westas, L.H., & Norman, M. (Red.). *Neonatologi* (ss. 89-97). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, E., & Rasmussen, K. (2008). Edwinston Månsson, M., & Enskär, K. (Red.) (2008). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. I *Neonatologi*. (2:a [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hagberg, H., Jacobsson, B., & Lindqvist, P. (2008). Förtidsbörd. Maršál, K. & Westgren, M. (red.), *Obstetrik* (ss. 439-447). Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellgren, M., Bremme, K., & Lindqvist, P. (2008). Blödning i sen graviditet. I Maršál, K. & Westgren, M. (red.), *Obstetrik* (ss. 353-359). Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). World medical association Declaration of Helsinki Document 23.B. (www document). URL <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> .
Hämtad 2012-11-08.
- Hwang, P. (2000). Pappors engagemang i hem och barn. I Hwang, P. (red.), *Faderskap i tid och rum*. ([Ny utg.]) (ss. 43-66). Stockholm: Natur och kultur.

- Jackson, K. (2005). *Att vara förälder till ett för tidigt fött barn: en prospektiv studie om upplevelsen av föräldraskap och möten med vården*. Diss. (sammanfattning) Örebro : Örebro universitet, 2005. Örebro.
- Johansson, S. (2008). Very preterm birth: etiological aspects and short and long term outcomes. Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karolinska institutet, 2008. Stockholm.
- Jonsson, H., Heuchemer, B., & Josephsson, S. (2008). Narrativ analys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1:a uppl.) (ss. 189-203). Lund: Studentlitteratur.
- Kleberg, A. (2001). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I Wallin, L. (Red.) (2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (ss. 24-71). Lund: Studentlitteratur.
- Kleberg, A., & Westrup, B. (2008). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L., & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (ss. 461-471). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kyle, G. (2000). Från patriark till pappa. I Hwang, P. (red.), *Faderskap i tid och rum*. ([Ny utg.]) (ss. 155-191). Stockholm: Natur och kultur.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(1), 79-85.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.). (ss. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lundqvist, P., Westas, L.H., & Hallström, I. (2007). From distance toward proximity: fathers' lived experience of caring for their preterm infants. *Journal Of Pediatric Nursing*, 22(6), 490-497.
- Malusky, S. K. (2005). A concept analysis of family-centered care in the NICU. *The journal of neonatal nursing*. 24(6), 25-32.
- Medina, T., & Hill, D. (2006). Preterm premature rupture of membranes: diagnosis and management. *American Family Physician*, 73(4), 659-664.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in nursing and health*, 15(4), 261-269.
- Neonatal. (2009). I *Svensk ordbok* (1, s. 625). Stockholm: Norstedts.
- Nyqvist, K., Anderson G., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R.,... Widström, A-M. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *ACTA Paediatrica*, 99(6), 820-826.
- Orzalesi, M., & Aite, L. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(1), 135-137.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Plantin, L. (2001). *Mäns föräldraskap: om mäns upplevelser och erfarenheter av faderskapet*. Diss. Göteborg : Univ., 2001. Göteborg.
- Prematur. (u.å.). I *Svenska akademiens ordlista*. Hämtad 4 september, 2012, från http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pnatet/ordlista
- Rydén, B. (2004). *När kvinnor och män får barn: ett psykologiskt och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa och ohälsa*. Diss. (sammanfattning) Lund : Univ., 2004. Lund.
- Saugstad, O. D. (2006). *När barnet föds för tidigt*. Västerås: Författarhuset.
- Sibai, B. M. (2003). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics and gynecology*, 102(1), 181-192.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 9 februari, 2012, från Socialstyrelsen:
FULLTEXT:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Svenska akademien (2009). *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien / [2], M - Ö*. (1. uppl., 1. tr.) Stockholm: Norstedt.
- Thukral, A., Chawla, D., Agarwal, R., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2008). Kangaroo Mother Care-an Alternative to Conventional Care. *Indian Journal of Pediatrics*. 75(5):497-503.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4:e [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- VanWijk, M., Kublickiene, K., Boer, K., & VanBavel, E. (2000). Vascular function in preeclampsia. *Cardiovascular research*, 47(1): 38-48.
- Wagner, L. (2004). Diagnosis and management of preeclampsia [elektronisk version]. *American Family Physician*, 70(12), 2317-2324.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wigert, H. (2008). *Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård*. Diss. (sammanfattning) Göteborg : Göteborgs universitet, 2008. Göteborg.
- Wigert, H., Hellström, A-L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. *BMC Pediatrics*. E-publicerad 23 januari 2008. doi: 10.1186/1471-2431-8-3
- World Medical Association. (1964/2008). WMA Declaration of Helsinki: *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 31 oktober, 2012 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Örtenstrand, A. (2005). *Pediatrisk omvårdnad och föräldraskap: studier av ett vårdprogram med tidig hemgång av underburna barn, mödrars upplevelse av vården vid BVC samt föräldrastress*. Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karol. inst., 2005. Stockholm.

BILAGA I 1(2)

Till styrelsen i Föräldraföreningen för prematurfödda barn Stockholm/Uppsala

Vi heter Sofia Anckarman och Anna Jonsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola (termin 5) och vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör pappors upplevelse av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på en neonatalavdelning (var god se nästa sida för sammanfattning av studien samt urvalskriterier). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra intervjuer med medlemmar ur Föräldraföreningen samt att få hjälp att finna dessa.

Om Du godkänner att vi får genomföra våra intervjuer med medlemmar i Föräldraföreningen är vi tacksamma för Ditt svar. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänliga hälsningar,

Sofia Anckarman

0733-189552

sofia.anckarman@student.sophiahemmethogskola.se

&

Anna Jonsson

0702-614122

anna.jonsson@student.sophiahemmethogskola.se

Handledare:

Britten Jansson

08-406 28 68

britten.jansson@sophiahemmethogskola.se

Sammanfattning av ”Pappans upplevelse av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på neonatalen”

Problemområde

Idag ses familjecentrerad vård som en stor del i vården på neonatalavdelningarna, omvårdnaden är baserad på familjen själv och deras behov. Denna typ av familjecentrerad omvårdnad har visat sig leda till att stressen hos föräldrarna minskar samtidigt som deras självförtroende att ta hand om sitt barn efter utskrivning ökar.

Det finns mycket forskning som studerar mammans upplevelser av att ha ett barn inneliggande på en neonatalavdelning. Mindre forskning finns som berör båda föräldrarna och forskning som enbart berör pappans upplevelser förekommer i ännu mindre utsträckning.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva pappors upplevelser av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på en neonatalavdelning.

Metod

Vi har valt att tillämpa en kvalitativ metod där pappor till prematurfödda barn kommer att intervjuas. Detta för att vi vill få ökad kunskap om pappans upplevelser av att ha ett barn inneliggande på neonatalen. Den insamlade datan från intervjuerna kommer att jämföras med relevant litteratur och vetenskapliga artiklar.

6-8 intervjuer planeras att genomföras med pappor som har barn som har vårdats på någon av Sveriges neonatalenheter till följd av för tidig födsel. Intervjuerna kommer att ljudinspelas och planeras ta mellan 30-45 minuter. Deltagarna kommer att aidentifieras och efter studiens avslut kommer ljudinspelningarna att raderas.

Barnen skall ha genomgått vård både på akutavdelning samt tillväxtsal, eller liknade, för att sedan ha skrivits ut till hemmet. För att få så målande beskrivningar som möjligt önskar vi pappor som talar flytande svenska.

Vi ser gärna att vårdtiden inte var för allt för länge sedan. Mellan nyutskrivna upp till 5 år efter utskrivning ser vi som ett relevant tidsspann. Ålder på papporna har vi valt att inte definiera.

Tidsram

Vi skulle gärna genomföra intervjuerna mellan v. 38 - 42, dvs. 17/9 - 21/10. Tid och plats för intervjuerna kommer vi överens om tillsammans med varje intervjuperson.

BILAGA II 1(2)

Till Dig som är pappa,

Hej!

Vi heter Sofia Anckarman och Anna Jonsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola (termin 5) och vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör pappors upplevelse av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på en neonatalavdelning (var god se nästa sida för sammanfattning av studien).

Vi är intresserad av att intervjua Dig som är pappa till ett för tidigt fött barn. Under tiden på sjukhuset vårdades Ditt barn på både akutsal och tillväxtsal för att sedan bli utskriven till hemmet. Vi ser gärna att vårdtiden inte var för allt för länge sedan. Mellan nyutskrivnen upp till 5 år efter utskrivning ser vi som ett relevant tidsspänn.

Intervjuerna kommer att ljudinspelas och planeras ta mellan 30-45 minuter. Alla som deltar kommer att avidentifieras och efter studiens avslut kommer ljudinspelningarna att raderas. Intervjuerna kommer att genomföras mellan v.38-43 men tid och plats under denna period bestämmer vi tillsammans utifrån när det passar Dig. Vill Du sedan ta del av arbetet i sin helhet kommer den möjligheten att finnas.

Är Du intresserad eller har frågor? Tveka inte att höra av Dig till någon av oss eller till vår handledare.

Vi ser fram emot att höra just Din berättelse!
Med vänliga hälsningar,

Sofia Anckarman

0733-189552

sofia.anckarman@student.sophiahemmethogskola.se

&

Anna Jonsson

0702-614122

anna.jonsson@student.sophiahemmethogskola.se

Handledare:

Britten Jansson

08-406 28 68

britten.jansson@sophiahemmethogskola.se

Sammanfattning av ”Pappans upplevelse av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på neonatalen”

Problemområde

Idag ses familjecentrerad vård som en stor del i vården på neonatalavdelningarna, omvårdnaden är baserad på familjen själv och deras behov. Denna typ av familjecentrerad omvårdnad har visat sig leda till att stressen hos föräldrarna minskar samtidigt som deras självförtroende att ta hand om sitt barn efter utskrivning ökar.

Det finns mycket forskning som studerar mammans upplevelser av att ha ett barn inneliggande på en neonatalavdelning. Mindre forskning finns som berör båda föräldrarna och forskning som enbart berör pappans upplevelser förekommer i ännu mindre utsträckning.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva pappors upplevelser av att ha ett för tidigt fött barn inneliggande på en neonatalavdelning.

Metod

Vi har valt att tillämpa en kvalitativ metod där pappor till prematurfödda barn kommer att intervjuas. Detta för att vi vill få ökad kunskap om pappans upplevelser av att ha ett barn inneliggande på neonatalen. Den insamlade datan från intervjuerna kommer att jämföras med relevant litteratur och vetenskapliga artiklar.

6-8 intervjuer planeras att genomföras med pappor som har barn som har vårdats på någon av Sveriges neonatalenheter till följd av för tidig födsel. Intervjuerna kommer att ljudinspelas och planeras ta mellan 30-45 minuter. Deltagarna kommer att aidentifieras och efter studiens avslut kommer ljudinspelningarna att raderas.

Barnen skall ha genomgått vård både på akutavdelning samt tillväxtsal, eller liknade, för att sedan ha skrivits ut till hemmet. För att få så målande beskrivningar som möjligt önskar vi pappor som talar flytande svenska.

Vi ser gärna att vårdtiden inte var för allt för länge sedan. Mellan nyutskrivna upp till 5 år efter utskrivning ser vi som ett relevant tidsspänn. Ålder på papporna har vi valt att inte definiera.

Tidsram

Vi skulle gärna genomföra intervjuerna mellan v. 38 - 42, dvs. 17/9 - 21/10. Tid och plats för intervjuerna kommer vi överens om tillsammans med varje intervjuperson.

INTERVJUGUIDE

Allmänna frågor

- Berätta om dig själv (namn, ålder, yrke m.m.).
- Berätta om din familj.

Frågor om barnet

- Berätta om ditt barn som föddes för tidigt. Vilken vecka m.m.?
- Orsaken bakom den tidiga födseln.
- Visste ni att barnet skulle komma för tidigt eller var det en överraskning? Berätta.

Frågor om tiden på avdelningen

- Berätta om förloppet från att ni åkte till sjukhuset till det att barnet var fött. Hur upplevde du detta?
- Berätta om förloppet efter födseln, vad hände då? Hur upplevde du detta?
- Hur blev du/ni bemötta av personalen?
- Hur upplevde du den första tiden på avdelningen?
- Berätta om hur det var när ni hade varit inneliggande ett tag (förändringar i upplevelsen; oro, rädsla, trygget m.m.)
- Hur upplevde du utskrivningen? (rädsla, glädje, lättnad m.m.)

Frågor om papparollen

- Tror du att den tidiga födseln påverkade din papparoll? (i relation till barnet) Om ja/om nej... Hur?
- Hur tror du att tiden på avdelningen påverkade din papparoll?
- Positivt kring den tidiga födseln? (ex. bättre anknytning, lära känna sitt barn m.m.). Förslag på förbättring?
- Negativa saker kring den tidiga födseln? (ex. rädsla, oro m.m.)

Avslutningsvis: *Sammanfatta upplevelsen med tre ord*

Exempel på följdfrågor/vidareutveckling

- Hur kände du när...?
- Hur upplevde du...?
- Hur menar du...?
- Berätta mer om...?
- Kan du utveckla...?
- Varför...?
- När...?
- Hur...?