

MASTEROPPGAVE

Master i jordmorfag

Kull MAJOR V2015

Far for første gang- en kvalitativ studie av
førstegangsfedres opplevelser i forbindelse med akutt
keisersnitt

Kandidatnummer: 124 og 128

Veiledere: Anne Kaasen og Anne Margrethe Fylkesnes

Dato: 26.10.2016

Antall ord: 14959

**Fakultet for helsefag,
Institutt for helse, ernæring og ledelse**



FORORD

Å få belyse ivaretagelse og inkludering av fedre, og spesielt førstegangsfedre, i forbindelse med at barnet må forløses med et akutt keisersnitt har vært en lærerik prosess. Masteroppgaven har for oss jordmorspirene vært en prosess fra en tanke om hvordan disse fedrene opplever den dramatiske situasjonen, til en større bevissthet rundt vår rolle og vårt ansvar som fremtidige jordmødre.

Først og fremst vil vi rette en stor takk til informantene våre. Uten dere ville det ikke blitt en masteroppgave. Tusen takk til deres bedre halvdel, som lot oss få noen timer av den dyrbare tiden som nybakt familie!

Vi vil takke vår veileder Anne Kaasen, som har gitt oss konkrete og gode råd gjennom prosessen. Verdifulle tilbakemeldinger fra medstudenter har minnet oss på hvorfor akkurat dette temaet er viktig å belyse.

Vi vil rette en oppmerksomhet til de forskjellige i hverdagen som har vært avgjørende for motivasjonen vår. Takk til mammaene våre som alltid er gode og ærlige støttespillere. Og sist men ikke minst ønsker vi å takke våre bedre halvdel, som har motivert oss og hatt tro på prosjektet vårt.

SAMMENDRAG

Tittel: Far for første gang- en kvalitativ studie av førstegangsfedres opplevelser i forbindelse med akutt keisersnitt.

Hensikt og problemstilling: Få innsikt i hvordan det oppleves for førstegangsfedre når barnet må forløses med akutt keisersnitt, og hvilken betydning dette har for hvordan fedre opplever fødsel og barseltid.

Metode: 11 førstegangsfedre som har opplevd akutt keisersnitt ble intervjuet i tre forskjellige fokusgrupper. Materialet ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse, der sentrale temaer ble kategorisert og tolket på tvers av intervjuene.

Resultat: Fire hovedkategorier pekte seg ut: *tatt på sengen, hjelpeløshet, ukjent terreng og overgangen til å bli far.*

Konklusjon: Akutt keisersnitt er en emosjonelt belastende opplevelse for førstegangsfedre. Fortløpende informasjon, inkludering og anerkjennelse som far ble beskrevet som viktige faktorer som kan bidra til en bedre totalopplevelse.

Nøkkelord: Far, Førstegangsfedre, Fødsel, Fødselserfaringer, Akutt keisersnitt, Kvalitativ metode

ABSTRACT

Title: Father for the first time- a qualitative study of first time fathers experiences with emergency cesarean section.

Aim and thesis question: To explore first-time fathers' experiences when an emergency cesarean section is required, and to look further into how this effect their birth experience and the beginning of the postpartum period.

Methods: Qualitative research design based on three focus group interviews with 11 first time fathers, who had experienced an emergency cesarean section. The material were analyzed using Graneheim and Lundmans qualitative content analysis.

Results: From the analyzed interviews, the following themes emerged: *caught off guard*, *helplessness*, *unknown territory* and *transition to become a father*.

Conclusion: Emergency cesarean section is an emotionally demanding experience for first time fathers. Continuous information, inclusion and recognition as the child's father was important factors working to improve the fathers' experiences.

Key-words: Fathers, First-time fathers, Birth, Birth experiences, Emergency cesarean section, Qualitative methods

INNHold

| | |
|--|----|
| FORORD..... | |
| SAMMENDRAG..... | |
| ABSTRACT..... | |
| INNHold..... | |
| 1.0 INNLEDNING..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven og personlig interesse for tema..... | 1 |
| 1.2 Problemstilling..... | 3 |
| 1.3 Oppgavens oppbygning..... | 3 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 4 |
| 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME..... | 5 |
| 2.1 Fedre sin rolle i fødsel og barseltid- en rolle i endring..... | 5 |
| 2.1.1 Den deltagende pappaen..... | 5 |
| 2.2 Stress og mestring..... | 7 |
| 2.3 Trygghet..... | 8 |
| 2.4 Å være pårørende til akutt syke..... | 8 |
| 3.0 METODE..... | 10 |
| 3.1 Vitenskapelig tilnærming..... | 10 |
| 3.2 Fokusgruppediskusjon som metode..... | 11 |
| 3.2.1.Pilotintervju..... | 12 |
| 3.3 Avgrensning av oppgaven..... | 12 |
| 3.4 Utvalg og rekruttering..... | 13 |
| 3.4.1 Det endelige utvalget..... | 14 |
| 3.5 Intervjuguide..... | 14 |
| 3.6 Gjennomføringen av fokusgruppediskusjonene..... | 15 |
| 3.6.1 Kontekst og interaksjoner i fokusgruppene..... | 16 |
| 3.7 Analyse..... | 16 |
| 3.7.1 Beskrivelse av analyseprosessen..... | 17 |
| 3.8 Forforståelse og etiske overveielser..... | 19 |
| 4.0 RESULTATER..... | 21 |
| 4.1 Tatt på senga..... | 22 |
| 4.2 Hjelpeløshet..... | 23 |
| 4.3 Ukjent terreng..... | 26 |
| 4.4 Overgangen til å bli far..... | 28 |

| | |
|---|----|
| 5. 0 DISKUSJON | 32 |
| 5.1 Akutt keisersnitt – en emosjonelt utfordrende opplevelse for førstegangsfedre | 32 |
| 5. 2 Diskusjon av studiens kvalitet | 35 |
| 5.3 Videre forskningsområder | 38 |
| 6. 0 KONKLUSJON | 39 |
| REFERANSELISTE | 40 |
| VEDLEGG | 44 |
| Vedlegg I: Informasjonsskriv og samtykkeskjema | 44 |
| Vedlegg II: Tilrådning fra NSD..... | 46 |
| Vedlegg III: Tilrådning fra Personvernombudet | 48 |
| Vedlegg IV: Brev til sykehusledelsen | 50 |
| Vedlegg V: Intervjuguide | 51 |
| Vedlegg VI: Bakgrunnsinformasjon..... | 52 |
| Vedlegg VII: Kronikk fra NRK Ytring | 53 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og personlig interesse for tema

Fedre har i flere tiår vært invitert inn på fødestua, og det forventes at de skal delta aktivt. I dag er menn involvert i svangerskap og fødsel, ikke bare for å bidra til bedre helse hos mor og barn, men også for sin egen helse og for å utvikle en identitet som forelder så tidlig som mulig. Når man undersøker litteraturen som finnes på fedre og reproduktiv helse er det enighet om at økt involvering av menn i svangerskap, fødsel og barseltid kan være nyttig for både familiens og fedrenes fysiske og psykiske helse (World Health Organization [WHO], 2007). Studier viser at fars tilstedeværelse i fødsel er viktig for å akseptere og finne farsrollen (Longworth & Kingdon, 2011; Yokote, 2007), og ikke minst vesentlig for hvilken støtte mor opplever å ha (WHO, 2007).

Samtidig som fedrene deltar mer aktivt på fødestuen og i barseltiden, har antall barn født med keisersnitt økt i Norge. Norge ligger tett inntil World Health Organization sine anbefalinger om en keisersnittfrekvens på 10- 15%. Dette er satt som en ideell frekvens siden 1985. Studier viser at når keisersnittfrekvensen går over 10 % i en populasjon, vil antall dødsfall hos mor og barn reduseres. Når frekvensen av keisersnitt går under 10% foreligger det ikke bevis for at mortaliteten bedres (World Health Organization [WHO], 2015). Frekvensen av keisersnitt i Norge lå stabilt på 2 % frem til begynnelsen av 1970-tallet. Frekvensen økte gradvis til 12-13 % på 1990- tallet. Fram til 2005 økte frekvensen ytterligere til over 16 %, relatert til økende bruk av tekniske hjelpemidler, eldre fødende, keisersnitt på eget ønske og det at stadig flere kvinner har hatt tidligere keisersnitt. Fra 2005 til 2014 har frekvensen ligget stabilt på 16 %. Keisersnitt i Norge blir i hovedsak utført etter fødselens start. 64,9 % av keisersnittene i 2014 ble betegnet som akutte. Størst andel er på indikasjon truende asfyksi/føtal distress (22%) og langsom fremgang (21%) (Folkehelseinstituttet, 2015). Sammenligner man frekvensen av keisersnitt i Norge med andre land, ser man at Norge likevel ligger relativt lavt.

Keisersnitt kan være helt nødvendig og livreddende for det ufødte barnet og moren. Ved akutt keisersnitt er oppmerksomheten rettet mot den fødende og det ufødte barnet. Fedrene får informasjon i forskjellig grad og de kan være svært ulikt forberedt på en slik situasjon. En studie som så på fedres erfaringer med fødsel fant at flertallet av fedrene rapporterte at fødselen ikke svarte til forventningene de hadde. Her var det en signifikant forskjell mellom de som hadde vært med på en vaginal fødsel og de som hadde vært med på akutt keisersnitt.

Fedrene som hadde vært vitne til et akutt keisersnitt følte signifikant mer frustrasjon og/eller hjelpeløshet sammenlignet med de som var med på vaginal fødsel (Rosich-Medina & Shetty, 2007).

Organiseringen av barselomsorgen i Norge varierer noe fra sykehus til sykehus. Noen sykehus har *en* samlet barselavdeling, med både ukompliserte og kompliserte fødsels- og barselsforløp. Enkelte sykehus har *både* barselhotell og barselavdeling. Barselhotellet er et tilbud for de med ukompliserte fødselsforløp. Der tilbys familierom slik at far kan være med. Dersom det oppstår komplikasjoner i fødsel, slik som akutt keisersnitt, må mor være på en barselavdeling. Barselavdelingen er organisert som vanlige sykehusavdelinger, og er i varierende grad tilrettelagt for at fedre kan overnatte. Det vil i praksis si at de fleste fedre som har opplevd at fødselen ender med akutt keisersnitt vil bli bedt om å reise hjem for natten. Erfaringsvis er endel fedre ikke informert om at de ikke kan overnatte på barselavdelingen. En studie av Montigny og Lacharité (2004) finner at fedre som bor sammen med mor og barn på barsel i større grad er involvert, og rapporterer om flere positive opplevelser i postpartumperioden enn fedre som bruker mindre enn seks timer i døgnet på barselavdelingen. Den samme studien fant at for alle de involverte fedrene var interaksjon med helsepersonell på barselavdelingen et viktig aspekt ved opplevelsen de satt igjen med av postpartumperioden. Funnene understreker helsepersonellens viktige funksjon, som støttespillere for fedre som trer inn i en ny rolle (Montigny & Lacharité, 2004).

Barseltiden er en overgangsperiode som er preget av følsomhet og sårbarhet både hos kvinnen og hennes partner. I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for barselomsorgen er det anbefalt at en individuell samtale med kvinnen danner et grunnlag for planlegging av barseltiden. Det foreslås at denne informasjonssamtalen inkluderer far/partner og tar hensyn til foreldrenes forventninger. Det anbefales også å tilby kvinnen en postpartumsamtale med gjennomgang av fødselen, som en avslutning eller evaluering av både kompliserte og ukompliserte forløp (Helsedirektoratet, 2014). Norsk gynekologisk forening anbefaler også samtale og informasjon til mor, og om mulig til partner, spesielt etter akutt keisersnitt (Norsk gynekologisk forening, 2014). Helsedirektoratet anbefaler også at det legges til rette for opphold i familierom på sykehuset, slik at begge foreldre kan være til stede så langt det er mulig (Helsedirektoratet, 2014).

Interessen for temaet til denne studien har bakgrunn i praksisrelaterte situasjoner. I løpet av et helsefaglig utdannelsesløp har forfatterne tilegnet seg kunnskap om ivaretagelse av pårørende generelt, og i den senere tid som jordmorstudenter kunnskap om ivaretagelse av far i fødsel spesielt. I fødselsforløp der det har oppstått komplikasjoner og blitt nødvendig med akutt keisersnitt, har vi uavhengig av hverandre reflektert over situasjonen fedrene opplever. Alt er nytt og ukjent, og de legger det mest dyrebare de har i hendene til helsepersonell. Når det oppstår akuttsituasjoner i forbindelse med en fødsel blir fedrene satt i en mindre aktiv rolle. De kan oppleve at de går fra å være involverte og delaktige i fødselen, til å bli en pårørende og tilskuer. Helsepersonell må handle raskt, og informasjon om den akutte situasjonen som oppstod kan komme i etterkant.

Et viktig bidrag til valg av oppgavens tema er kronikken «Den brysomme pappaen» som stod på trykk i NRK Ytring en tid tilbake (vedlegg VII). Kronikken skildrer en fars opplevelse rundt en akuttsituasjon i forbindelse med sitt barns fødsel og tiden etterpå (Losvik, 2015). Et viktig poeng i kronikken er at da den akutte situasjonen var overstått og barnet var ute, måtte far dra hjem. Han var ikke velkommen på barselavdelingen og fikk ikke være sammen med sin partner og sitt nyfødte barn første natten som nybakt far. Dette danner bakteppe for vår problemstilling som presenteres i neste underkapittel.

1.2 Problemstilling

Målet med denne studien er å få større innsikt i hvordan det oppleves for førstegangsfedre når barnet må forløses med akutt keisersnitt, og med dette belyse hvilken betydning en slik situasjon har for hvordan fedre opplever fødsel og barselid. På bakgrunn av dette blir problemstillingen:

Førstegangsfedres opplevelse av akutt keisersnitt- hvilken innvirkning har dette på deres opplevelse av fødsel og barselid?

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven bygges opp med 6 hovedkapitler. I kapittel 1 presenteres bakgrunnen for valg av tema, problemstilling og begrepsavklaring. I kapittel 2 presenteres den teoretiske referanserammen som skal fungere som et bakteppe for å bidra til å belyse resultatene. I kapittel 3 gjøres det videre rede for studiens metode, vitenskapelig tilnærming, gjennomføringen av studien, analyseprosessen og etiske overveielser. Her omtales først den

vitenskapelige tilnærmingen og de metodiske verktøyene som er anvendt i oppgaven på generelt grunnlag, deretter presenteres forskningsdesignet for denne studien. Videre presenteres resultatene av analysen i kapittel 4. I kapittel 5 diskuteres studiens hovedfunn i lys av den teoretiske referanserammen og aktuell forskning. Oppgavens metodiske kvalitet diskuteres i lys av Graneheim og Lundmans (1984) kriterier for vurdering av holdbarhet. Oppgaven avsluttes i kapittel 6 med en konklusjon.

1.4 Begrepsavklaring

Førstegangsfedre defineres i studien som menn som får sitt første barn, og som ikke har vært med på en fødsel tidligere. Vi ønsket i utgangspunktet å snakke med den fødendes partner, far eller medmor. Det var ingen aktuelle medmødre i rekrutteringsperioden, og begrepet fedre brukes derfor gjennom studien.

Med *barseltid* menes tradisjonelt den tiden en antar kvinnekroppen trenger for å tilpasse seg etter svangerskap og fødsel. I de fleste kulturer defineres perioden til rundt 40 dager eller seks uker (Helsedirektoratet, 2014). I denne studien refererer barseltid i hovedsak til de dagene familien er innlagt på sykehus etter fødselen.

Keisersnitt defineres i veilederen for fødselshjelp som “forløsning av et barn via et kirurgisk inngrep gjennom livmorveggen og bukveggen”. Det skilles mellom elektive og akutte keisersnitt. *Akutte keisersnitt* prioriteres videre etter hastegrad:

- Akutt keisersnitt prioritet 1- bestemmes og utføres så fort som mulig
- Akutt keisersnitt prioritet 2 - bestemmes og utføres raskt innenfor et avtalt tidsrom.

Det finnes mange indikasjoner for keisersnitt. De fleste er relative og avhengige av en helhetsvurdering. De kan være maternelle, føtale eller en kombinasjon av begge. Keisersnitt vurderes når sannsynligheten for et bedre utkomme for mor og/eller barn bedømmes som større enn ved vaginal fødsel (Norsk gynekologisk forening, 2014).

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Studiens teoretiske referanseramme er inndelt i fire avsnitt. Avsnittene omhandler teori som belyser endringen i fedrenes rolle i forbindelse med fødsel og barseltid. Videre redegjøres det for teori om stress og mestring, trygghet og det å være pårørende til akutt syke.

2.1 Fedre sin rolle i fødsel og barseltid- en rolle i endring

Frem til sent på 1960- tallet var fødselen forbeholdt jordmødre, hjelpekoner, barnepleiere og leger (Blåka, 2010). På samme tid skjedde det store endringer i arbeidslivet og familielivet. Kvinnene kom inn på arbeidsmarkedet etter perioden med kvinnekamp. Det var nå to som forsørget en familie, og dette påvirket ansvarsfordelingen i hjemmet og dermed fedrenes rolle. Det ble reist krav om likestilling mellom kvinner og menn (Plantin, 2001a). Dette bidro til at fedrene ble en mer naturlig del av barnas oppvekst og det daglige familielivet. I løpet av 1970- og 80-tallet ble menn oppmuntret til å ta del i foreldregrupper og fødsel, og ikke minst ta mer aktivt del i omsorgen for barna sine (Plantin, 2001b). Fedre ble sett på som en verdifull ressurs på fødestua. Parallelt ble det mer fokus på, og refleksjon rundt fødselens og barseltidens psykologiske og emosjonelle behov. Fedrenes tilstedeværelse i denne tiden ble sett på som et viktig skritt for å møte disse behovene hos den fødende (Lewis, 1986). Media fremstilte også mannen som en naturlig del av familien, med reklamer med muskuløse menn med spedbarn i armene. En ny hverdagspappa med naturlig nærhet til familien vokste frem (Plantin, 2001b). I dag er fødsel en viktig hendelse for fedre, som få går glipp av. En dansk studie som omhandler farskap viste at 95% av alle fedre var med på fødselen, og 98% av disse var med fordi de hadde et eget ønske om det (Madsen, 2009). Fødselen markerer en ny fase i livet, med alt det bringer med seg (Draper, 1997).

2.1.1 Den deltagende pappaen

De siste fire tiår har politikken, gjennom ulike lovendringer, hatt et tydelig mål om at fedre skal ta sin del av ansvaret for barneomsorgen. Menn i dag ønsker seg en mer aktiv rolle som far, og forskere har i økende grad fattet interesse for fedre og deres situasjon. De fleste menn føler seg både stolte og maskuline når de blir fedre. Farskapet gir rom for vekst og modning som mann, ikke bare som far. Mens kvinnen gjennom svangerskap og fødsel får et forsprang i sin rolleutvikling, må far få tid til å etablere sitt eget, selvstendige forhold til barnet. Jo tidligere han kommer på banen, jo tidligere kan far etablere et nært forhold til barnet. Fedre

blir i for liten grad involverte i fødselsforberedelser og barseltid (Berg & Lundgren, 2010). Helsestasjonene har ikke tilbud som dekker menns behov når det kommer til forberedelser og utvikling av foreldreroller (St. meld. nr. 8 (2008-2009), 2008). Svangerskapsomsorgen bidrar i liten grad til å forberede mennene på hva som kan vente de under en fødsel og i tiden etter. I en brukerundersøkelse fra 2003 svarte 64% av fedrene at de ikke opplevde å bli inkludert i samtaler i svangerskapsomsorgen, og de var generelt mindre fornøyde med svangerskapsomsorgen enn kvinner (Helsedirektoratet, 2003). Engstelse og sårbarhet i svangerskapet er vanlig for menn som skal bli fedre (Capogna, Camorcia & Stirparo, 2007; Rosich-Medina & Shetty, 2007). Disse følelsene er knyttet til menns usikkerhet rundt svangerskap, fødsel og hvilken rolle det er forventet at de skal ta (Draper, 1997). Dette gjenspeiles også i metasyntesen «Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care», som fant at fedre ønsker å være en del av svangerskaps- og fødselsomsorgen. Studien fant også at organiseringen av svangerskaps- og fødselsomsorgen har en tendens til å skape en følelse av eksklusjon, frykt og usikkerhet. Studien fant videre at fedre ser seg selv som mer enn passive støttespillere for sin partner, de vil være involvert som fedre (Steen, Downe, Bamford & Edozien, 2011).

Å bli far kan oppleves som en av de mest gjennomgripende forandringene i livet, og for de fleste er de gledelige og positive sidene ved å få barn de mest dominerende (St. Meld. nr. 8. (2008-2009), 2008). Overgangen til å bli far begynner allerede i svangerskapet, men fødselen er en viktig markering i prosessen til å bli far (Genesoni & Tallandini, 2009). Fedres involvering i fødsel bidrar også til å øke det følelsesmessige båndet mellom far og barn (Brandao & Figueiredo, 2012). Det er vanlig at en slik sentral hendelse i livet også kan utløse vanskelige følelser (St. Meld. nr. 8. (2008-2009), 2008). Forskning viser at selv om fedre sterkt ønsker å være tilstede under sitt barns fødsel, har de blandede følelser og erfaringer rundt deltakelse i fødsel. Noen fedre følte seg ukomfortable, hjelpeløse og tilsidesatt. De rapporterte om følelser som angst og frykt for både mor og barn i forbindelse med akutt keisersnitt (Johansson, Hildingsson & Fenwick, 2012b; Johnson, 2002). En annen artikkel finner at fedre har større sannsynlighet for å få en negativ fødselsopplevelse når de deltar på akutt keisersnitt, sammenlignet med andre forløsningsmetoder (Johansson, Rubertsson, Rådestad & Hildingsson, 2012).

2.2 Stress og mestring

Stress er et vidt begrep og betegner både de ulike typer belastninger mennesket utsettes for, fysiske og psykologiske reaksjoner i møte med belastninger, og de ulike konsekvensene som stressreaksjoner gir. Det finnes ulike typer stressreaksjoner og tradisjoner for å forstå stress. Generelt kan man si at stressreaksjoner gjør mennesket i stand til å håndtere belastninger, både fysiske og psykiske, på en hensiktsmessig måte slik at balanse kan gjenopprettes. Personens egen vurdering av situasjonen er avgjørende for hvor belastende den oppleves og for hvilke stressreaksjoner som settes i gang (Kristoffersen, 2016). Spesifikke fysiologiske reaksjoner er for eksempel at vi svetter når det er varmt. Andre stressreaksjoner er et resultat av sosialisering og læring, for eksempel at vi søker informasjon, oversikt og støtte når vi er usikre. Den faktoren som fremheves som mest betydningsfull for å redusere de negative skadevirkningene av stress er graden av kontroll. Dersom man i en stresset situasjon opplever å ha kontroll og handlingsmuligheter, er sannsynligheten større for at man kan komme ut av situasjonen uten tap av helse, enn hvis situasjonen forbindes med uforutsigbarhet, håpløshet og tap av kontroll (Bergström, 2013; Eriksen & Ursin, 2013). Lazarus og Folkman (1984) definerer psykologisk stress som:

Psykologisk stress er derfor et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare. (Lazarus & Folkman, 1984 s.19)

Definisjonen sier noe om at situasjonen er stressende, når personen selv oppfatter den slik. Med en slik tilnærming vil det være individuelt hva som oppleves som stressende. I de tilfellene hvor en situasjon er ny og ukjent, mangles både kunnskap til å forstå den og forutsetningen til å håndtere den. Derfor oppleves plutselige endringer i livssituasjon som særlig truende. Hvis en situasjon utvikles gradvis og en har tid til å innstille seg på konsekvensene det vil få, vil graden av stress bli mindre. Graden av usikkerhet er også en sentral faktor når det gjelder opplevelsen av stress i forbindelse med sykdom og endret livssituasjon. Mennesker har behov for forutsigbarhet og kontroll over egen livssituasjon, noe som er forankret i menneskets behov for trygghet (Kristoffersen, 2016).

2.3 Trygghet

Trygghet er et bredt begrep som rommer både en beskrivelse og en vurdering. Trygghet er noe mennesker erfarer, og vi kan aldri påstå at noen er trygg uten å ha spurt vedkommende om det stemmer (Knutstad & Heggstad, 2016). Forskere og teoretikere fra ulike fagtradisjoner har bidratt til å forklare fenomenet trygghet. Psykoanalytikere knytter trygghet til menneskets grunnleggende overlevelsesdrift, og trygghet kan sees på som en nytelse og bidrar til at vi har det godt. Psykologen Abraham Maslow beskriver trygghet som et grunnleggende behov i sitt behovshierarki. Han beskriver trygghet i termer som stabilitet, sikkerhet, beskyttelse, frihet fra redsel, avhengighet, orden og struktur i tilværelsen (Maslow, 1970). Sosiologen Antonovsky snakker om teorien om følelsen av sammenheng (sense of coherence) som også kan tolkes som en teori om indre trygghet. Teorien sier at mennesket har en følelse av sammenheng når vedkommende har tillit til at den verden det møter er forutsigbar og forståelig, at man har tilgjengelige ressurser for å møte verden og at de kravene verden stiller er verdt å engasjere seg i. Antonovsky mener at følelsen av sammenheng har stor betydning for hvordan vi mestrer vanskelige hendelser (Antonovsky, 1979).

2.4 Å være pårørende til akutt syke

Når noen blir alvorlig syk er det en overveldende følelse for pårørende, spesielt for partner i en relasjon. Sykdom eller skade hos nær familie eller venner er ofte en uventet hendelse, og kan bidra til en stressreaksjon (Lazarus & Folkman, 1984). Forutsigbarhet og sikkerhet er verdier mennesker setter høyt, og når dette endres forandres også hverdagens mening og struktur. Å ikke vite om det kommer til å gå bra gjør at tid og virkelighet viskes ut (Burr & Severinsson, 2001). Sammen med redselen for å miste noen følger også stor uro. Mange andre stressfaktorer kan også være tilstede i en slik situasjon som mangelfull informasjon, mangel på kontroll og mangel på muligheter til å få være sammen med den syke (Kleiber et al., 1994). Følelser som hjelpeløshet, maktesløshet og handlingslammelse henger ofte sammen med uvisshet og forvirring, og er karakteristisk for stress i forbindelse med akutt sykdom hos nære familiemedlemmer. Ekte og regelmessig informasjon om situasjonen er en måte å hjelpe pårørende å håndtere slike følelser (McClowry, 1992). Burr & Severinsson (2001) fant i sin studie at pårørende har behov for å være i nærheten av pasienten. I studien snakkes det om tiden pårørende bruker på å vente på utsiden, og denne ventetiden assosieres med uro. Uroen i ventetiden synes å være todelt mellom å vente på å få se pasienten og å vente på informasjon. I den samme studien rapporterte flere at det verste var å ikke få vite,

eller ikke bli godt nok informert om pasientens tilstand. Pårørende forsøkte å minske uvissheten gjennom å søke informasjon, og det korresponderer med Lazarus og Folkmans (1984) teori om at de fleste aktivt søker informasjon som en måte å håndtere og redusere stress. Studien gjorde også en kvantitativ undersøkelse for å kartlegge hva pårørende så på som de viktigste behovene å få dekket. De tre viktigste var å få ærlige svar på spørsmål, å få vite fakta om pasientens tilstand og å vite at personalet tar hånd om pasienten (Burr & Severinsson, 2001).

3.0 METODE

Denne studien søker å forstå fedres opplevelser rundt akutt keisersnitt. En kvalitativt fenomenologisk metode benyttes. I dette kapittelet gjøres det først rede studiens vitenskapelige tilnærming og valg av metode. Deretter redegjøres det for gjennomføring av studien, analyseprosessen og etiske overveielser.

3.1 Vitenskapelig tilnærming

Hermeneutikken bygger på en vitenskapelig retning innenfor humanvitenskapelig tradisjon. Studiet om mennesket og menneskeskapte fenomener og dens forståelse, omhandler tolkning av meninger i menneskelige uttrykk. Det handler om å fortolke et meningsinnhold ut fra den konteksten eller meningssammenhengen ytringene står i. Ved innsamling av data og analyse av kvalitativt materiale kan forfatteren velge å stå et sted mellom to ytterpunkter; uttalt tolkende og uttalt beskrivende holdning. Som regel gir disse ekstreme ytterpunktene store utfordringer for redegjørelse av pålitelighet og forpliktelse til sammenfatning og forståelse. For at forfatteren skal finne sin mellomposisjon er det viktig å kjenne sitt tyngdepunkt mellom beskrivelse og tolkning, og overveie hva som har påvirket resultatene (Malterud, 2011). Hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en tekst (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). En slik tilnærming vektlegger at det ikke finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2013).

Rundt år 1900 grunnla filosof Edmund Husserl *fenomenologien*, og dens gjenstand var i begynnelsen bevissthet og opplevelse. Videre utviklet Husserl og eksistensfilosof Martin Heidegger fenomenologien til å omfatte menneskets livsverden. Filosofene Merleau-Ponty og Sartre ville også at fenomenologien skulle ta hensyn til kroppen og menneskers handlinger i historisk sammenheng (Kvale et al., 2015). Fenomenologien påpeker at menneskelig erfaring er kjennetegnet ved direkte og umiddelbar opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener. Når et fenomen studeres innenfra, undersøkes fenomenet slik personen selv erfarer den (Thomassen, 2006). Det er dette vi søker å gjøre gjennom å la fedre snakke om sine opplevelser rundt akutt keisersnitt og barseltiden.

Kvalitativ metode bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Malterud, 2011). Kvalitativ metode er godt egnet for å utforske erfaringer og

meninger, og med denne metoden kan vi utvikle vitenskapelig kunnskap som får fram mangfold og nyanser. Målet er å utforske meningsinnholdet i fenomener slik det oppleves for de som er involvert (Malterud, 2012). Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få tak i informanten sin beskrivelse av den livssituasjonen han/hun befinner seg i gjennom en samtale med en struktur og intervjuguide (Dalland, 2007; Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010).

3.2 Fokusgruppediskusjon som metode

I denne kvalitative studien benyttes fokusgruppediskusjoner. Det empiriske materialet som kommer fra slike diskusjoner blir til tekst som beskriver menneskers samtaler eller samhandlinger. Disse dataene kan gjennom kvalitative metoder bearbeides og analyseres for å få en vitenskapelig sammenfatning av karaktertrekk og egenskaper ved fenomenene som studeres (Malterud, 2012). For å lære av, og få økt kunnskap om fedrenes opplevelser valgte vi fokusgruppediskusjoner som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppediskusjoner som tilnærming ble først utviklet i forbindelse med markedsføring, men i dag benyttes fokusgruppediskusjoner der man vil lære om erfaringer og holdninger i et miljø der mennesker samhandler og har fellestrekk (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011). Hensikten med å velge fokusgruppediskusjon som intervjumetode var å spille på fedrenes felles opplevelse med akutt keisersnitt og skape dialog rundt temaet. Fokusgruppediskusjoner kjennetegnes ved å ha en ikke-styrende intervjustil der målet er å få frem forskjellige synspunkter på et tema ved hjelp av emner. Det er ikke et formål å komme til enighet eller presentere løsninger på spørsmålene (Kvale et al., 2015). Fokusgruppediskusjoner kjennetegnes også ved at det er en moderator og en observatør. Moderatorens rolle er å bidra til at gruppedynamikken fungerer slik at alle kommer til ordet, og ved hjelp av en intervjuguide holde diskusjonen innenfor temaet som skal belyses. Dette krever at deltagerne er godt informert, slik at deres forventninger og forståelse for hva som skal foregå samsvarer med moderatorens plan (Malterud, 2011). Observatøren skal gjennom fokusgruppediskusjonene følge med på gruppedynamikken og interaksjonene i gruppen. Notater om stemning, klima og samhandling er viktig for å kunne gjøre rede for hvordan dette kan påvirke resultatene. Et annet viktig bidrag fra observatøren er å sørge for replikkfesting, og sikre at man ved transkribering har oversikt over hvilken informant som sa hva (Malterud, 2012). Interaksjonene i diskusjonene gjøres videre rede for i punkt 3.5.1.

3.2.1. Pilotintervju

Det ble gjennomført et pilotintervju med to fedre som har opplevd at barnet deres ble forløst med keisersnitt. Målet med pilotintervjuet var å få trening i rollene som moderator og observatør, samt teste og evaluere intervjuguiden. Det tekniske utstyret ble testet og forfatterne fikk trening i å transkribere materialet. De to fedrene ble rekruttert gjennom privat bekjentskap, de var brødre og kjente hverandre godt. Informantene hadde forskjellig utgangspunkt, og oppfylte ikke de planlagte inklusjonskriterier for studien. Den ene hadde to barn, der det sist fødte ble forløst med et akutt keisersnitt for to år siden. Den andre hadde for ett år siden vært med på et elektivt keisersnitt. Tobarnsfaren hadde også hatt barnet sitt på nyfødt intensiv, noe som preget opplevelsen. Det forskjellige utgangspunktet gav færre sammenfallende opplevelser, og på bakgrunn av dette erfarte forfatterne at det var utfordrende å skape dialog mellom informantene.

Det innledende spørsmålet i intervjuguiden ble justert i etterkant fordi det opplevdes for generelt, noe som gjorde at hver informant hadde ordet lenge før det ble rom for dialog. Pilotintervjuet bidro til bevissthet i forhold til informasjonen deltakerne fikk rundt formen på intervjuet, og om deres rolle under diskusjonen. Det bidro også til å tydeliggjøre viktigheten av klare inklusjonskriterier for å få en fokusgruppe til å fungere. Materialet fra pilotintervjuet er ikke inkludert i studien.

3.3 Avgrensning av oppgaven

Forfatterne var i utgangspunktet interessert i fedrenes opplevelser ved *akuttsituasjoner* på fødestuen. Det ble klart at akutte situasjoner favner mye. For å gjøre seleksjonskriteriene enkle og materialet håndterbart, ble oppgaven begrenset til å omfatte førstegangsfedre som har opplevd akutt keisersnitt. Gjennom diskusjoner rundt problemstillingen ble det tydelig at det var ønskelig å undersøke *hele* opplevelsen rundt en fødsel som ender med akutt keisersnitt. Forfatterne antok at fedrenes opplevelse også kunne bli påvirket av hvor vidt fedrene var forberedt til fødsel og på hvilken måte de opplevde barseltiden på sykehuset.

Av erfaring så har ikke alltid pasienter og pårørende klart for seg hvem som er jordmødre og hvem som for eksempel er barnepleiere og leger, og spesielt ikke når en akutt situasjon oppstår. For å være tro til materialet brukes derfor begrepet helsepersonell i analyse og resultat. I diskusjonskapittelet knyttes likevel funnene direkte til jordmors ansvarsområder og virksomhet.

3.4 Utvalg og rekruttering

Inklusjonskriteriene ble valgt strategisk ved å søke fedre med en felles erfaring, en erfaring med fødsel som ender i akutt keisersnitt. Det er mange ulike prinsipper som kan ligge til grunn for et strategisk utvalg. Alternative prinsipper som typiske og dramatiske tilfeller, praktiske forhold, hypotese og avvik kan være med på å gi det utvalget man søker etter. Ved å ha utvalgskriterier kan man redusere bias som videre påvirker kunnskapsutviklingen. Målet med utvalgskriteriene er ikke å fjerne alle bias, men å gi et mer begrenset omfang.

Utvalgsbias er en kalkulert risiko (Malterud, 2011). Videre var det ønskelig å inkludere førstegangsfedre, da de som har barn fra før sannsynligvis har fødselserfaring. Dette kunne tenkes å ha betydning for hva informantene så på som viktig. Det ble gjennomført et pilotintervju, og det ble tydelig at for informanter med erfaring fra flere fødsler var det utfordrende å skille opplevelsene fra hverandre. Det ble også klart at et viktig inklusjonskriterie måtte være at mor og barn var friske og gjenforent på barselavdelingen uten andre komplikasjoner enn keisersnittet. Dette utelukket fedre til barn som lå på barneavdelingen og de med partnere som trengte intensivtilsyn, noe som var like mye en etisk som en forskningsmetodisk overveielse. For å sikre at fedrene kunne delta i en intervjusituasjon på norsk og signere informert samtykke var det også et inklusjonskriterie at de kunne lese og skrive norsk.

Litteraturen gir forskjellige anbefalinger hva angår antall deltakere i en fokusgruppediskusjon. Malterud (2011, 2012) anbefaler på bakgrunn av egne erfaringer at en fokusgruppe er på fem til åtte deltagere. Annen litteratur anbefaler seks til ti deltakere (Kvale, Anderssen & Rygge, 1997). For denne studien var det i utgangspunktet ønskelig med to fokusgruppediskusjoner med fire til åtte informanter per gruppe, det vil si totalt åtte til seksten informanter. Malterud (2012) anbefaler å rekruttere ytterligere 20 %. Det var for denne studiens anliggende også viktig å tenke på at barseltiden er vanskelig å planlegge for mange, og at noe frafall måtte påregnes. Det ble derfor ikke satt noen øvre grense for hvor mange som skulle rekrutteres (Malterud, 2012).

Informantene ble rekruttert ved et sykehus. Da godkjenning fra personvernombudet (vedlegg III) forelå tok forfatterne kontakt med avdelingsledere på de respektive avdelinger og informerte om studien. Avdelingslederne mottok et informasjonsbrev per mail (vedlegg IV). Og det ble holdt et kort informasjonsmøte for personalet på avdelingene i vaktskiftet mellom

dagvakt og aftenvakt for å nå flest mulig. Hjelp fra personalet på avdelingen var avgjørende for å identifisere aktuelle informanter, dette for å unngå å få tilgang til sensitive pasientopplysninger. Med bakgrunn i antall fødsler ved det aktuelle sykehuset, var det sannsynlig at rekrutteringen kunne la seg gjennomføre på en til to uker. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til de aktuelle fedrene (vedlegg I) og personalet ved avdelingene ble bedt om å dele dette ut til aktuelle informanter. Første dagen ble det rekruttert en aktuell deltager av personalet. Forfatterne forstod at personalets hektiske hverdag gjorde rekrutteringen problematisk, og at en vellykket rekruttering ble helt avhengig av forfatternes daglige tilstedeværelse og dialog med personalet. Rekrutteringsstrategien ble derfor endret noe, ved at forfatterne selv tok mer ansvar for informasjonen til fedrene. Personalet var behjelpelige med å identifisere aktuelle informanter. Rekrutteringen gikk likevel sakte, dette kan skyldes at andelen førstegangsfødende med akutte keisersnitt var noe lavere enn normalt de første ti dagene av rekrutteringsperioden. Enhetslederen ved barselhotellet ved samme sykehus ble også involvert for å få fortløpende vurdert å involvere et annet sykehus for å få nok informanter. Dette ble ikke nødvendig, da det gjennom sommeren ble rekruttert syv fedre. Den opprinnelige rekrutteringsplanen ble dermed holdt, ved at informantene ble rekruttert fra et og samme sykehus. Rekrutteringsperioden tok lengre tid enn beregnet, og totalt fem uker ble for å nå målet.

3.4.1 Det endelige utvalget

I løpet av rekrutteringsperioden takket totalt 19 fedre ja til å være med i studien. På det første intervjuet kom det 2 informanter, på det andre intervjuet kom 6 og på det tredje intervjuet kom 3. Det ble dermed inkludert totalt 11 informanter i studien, fordelt på tre fokusgrupper. To av fokusgruppene har færre informanter enn det litteraturen beskriver som ideelt. Intervjuene ble likevel gjennomført. Etter en gjennomgang av intervjusituasjonen, materialet og diskusjon med veileder ble det vurdert til å være av god nok kvalitet til å kunne inkluderes i studien.

3.5 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen (vedlegg V). Intervjuguiden ble organisert med spørsmål i kronologisk rekkefølge, fra forberedelser i svangerskapet til barseltiden. Dette for å gjøre det lettere for moderator og observatør å holde en oversikt under intervjuet, og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene ble forsøkt formulert så nøytrale som mulig, slik at spørsmålene ikke skulle farge svarene informantene

gav. Spørsmål som kunne besvares med “ja” eller “nei” ble unngått (Polit & Beck, 2012). Diskusjonen startet med et åpent spørsmål som inviterte informantene til å fortelle om deres opplevelse i forbindelse med akutt keisersnitt. Etter gjennomført pilotintervju ble det innledende spørsmålet justert. Forfatterne erfarte at spørsmålet var for generelt, og ikke la til rette for dialog og diskusjon. I gjennomføringene av fokusgruppeintervjuene ble intervjuguiden brukt veiledende. Informantene fikk snakke mest mulig fritt. Det ble markert fortløpende i guiden hvilke temaer de var innom, og hva det var ønskelig at de snakket mer utdypende om.

3.6 Gjennomføringen av fokusgruppediskusjonene

I et kvalitativt intervju har relasjonene betydning for meningen som skapes. Intervjueren bør ha kunnskaper og teori om hvordan det tilrettelegges i en intervjusituasjon (Malterud, 2012). Forfatterne opplevde at erfaringer som både sykepleiere og jordmorstudenter skapte trygghet i intervjusituasjonen, og var med på å bidra til en god atmosfære. Likevel oppstod det situasjoner der det var en utfordring å skille mellom rollen som intervjuer og rollen som jordmorstudent/sykepleier. Flere av informantene hadde sterke historier der man noterte seg et behov for videre oppfølging uten å kunne gjøre så mye annet enn å oppfordre til å ta kontakt med de rette instanser.

Fokusgruppene fant sted på samme sykehus som informantene ble rekruttert fra. Det ble viktig for å presisere at forfatterne ikke på representerte sykehuset, men er utenforstående og uavhengige. Dette for at informantene skulle føle seg frie til å si akkurat det de mente, uten å være redd for at det fikk konsekvenser. Det ble også innledningsvis informert om oppgavens formål, taushetsplikt og behandling av datamaterialet.

Som tidligere beskrevet er moderatorens rolle i en fokusgruppediskusjon å bidra til at gruppedynamikken fungerer slik at alle kommer til ordet og at samtalen holdes innenfor temaet som skal belyses, samtidig som det skal være en ikke-styrende intervjustil. Dette krever at deltagerne er godt informert, slik at deres forventninger og forståelse for hva som skal foregå samsvarer med moderatorens plan (Malterud, 2011). Som tidligere nevnt tydeliggjorde pilotintervjuet at fokusgruppediskusjon som intervjuform ikke var godt nok forklart på forhånd. Dette ble viktig for forfatterne å presisere for informantene i gjennomføringen av de neste intervjuene. Det ble til sammen gjennomført fire fokusgruppediskusjoner, inkludert pilotintervju. Det ble erfart at jo mer konkret målet med fokusgruppediskusjonen ble forklart innledningsvis, jo lettere fløt dialogen mellom fedrene.

3.6.1 Kontekst og interaksjoner i fokusgruppene

Konteksten har betydning for interaksjonen og kommunikasjonen i fokusgruppediskusjonen (Malterud, 2012). Informantene fikk en påminnelse på SMS samme dag som fokusgruppediskusjonen fant sted. Intervjustedet var på et møterom med plass til 10 personer på et bibliotek tilknyttet sykehuset informantene ble rekruttert fra. Det ble på forhånd utarbeidet et enkelt, anonymt skjema for relevante personopplysninger som informantene fylte ut før intervjuet startet. Sju av informantene var mellom 30 og 39 år, de resterende delte seg likt mellom 18-29 og 40-49. Ni av elleve informanter hadde høyere utdanning. Ingen av informantene hadde tidligere deltatt på barnefødsel. Informantene hadde blitt fedre innenfor et tidsramme på 2 dager til 5 uker før fokusgruppediskusjonene fant sted. Denne bakgrunnsinformasjonen er ikke funn i studien, men er med på å gi en forståelse av kontekst, og er av betydning for studiens pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Det ble gjort forberedelser som å teste lyd kvalitet og plassering av båndopptakeren. Denne ble plassert midt på bordet rettet mot informantene, men synes ikke å distrahere. Informantene satt rundt et rektangulært bord og ble tilbudt lett servering. Informantene snakket sammen både før og etter diskusjonen, og samtalen fløt lett. Forfatterne mener å ha klart å skape en uformell tone i alle diskusjonene, og informantene opptrådte som trygge og komfortable. De tok lett ordet, og fulgte opp det de andre informantene sa. Alle diskusjonene var preget av humor og høflighet. Informantene var grunnleggende uenige på noen punkter, noe som bidro til diskusjon. Antall informanter varierte i de forskjellige fokusgruppene. Alle intervjuene tok mer eller mindre en time, dette uavhengig av hvor mange som var i gruppen og hvor mye moderator og observatør stilte av oppfølgingsspørsmål. Det ble byttet på å være henholdsvis moderator og observatør, slik at begge fikk erfare rollene. Betydningen av kontekst og interaksjoner for resultatet diskuteres i kapittel 5.2.

3.7 Analyse

Kvalitativt materiale må fortolkes, og forskerens forforståelse, teorier og hypoteser er viktige utgangspunkt for analysen. Analysen gjøres derfor med fordel av forskeren selv (Johannessen et al., 2010). Et fenomenologisk design er vanlig for å analysere meningsinnhold. På denne måten kan vi utvikle ny kunnskap og utvide vår forståelse, ikke reprodusere forståelse som vi allerede har (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). Det er ønskelig å finne nye beskrivelser innen temaet, og benytte teorier og aktuell forskning til å drøfte dette videre senere i oppgaven. Det finnes flere analysemetoder for kvalitative studier. En anvendt

analysemetode i omsorgsvitenskap er kvalitativ innholdsanalyse. Her er fokuset på tolkning og granskning av tekster av blant annet intervjuer tatt opp på bånd. Denne innholdsanalysens formål er å identifisere variasjoner i tekster. I denne studien benyttes innholdsanalyse slik Graneheim og Lundman (2004) beskriver det. Formålet med studiens fokusgruppediskusjoner var å høre fedrenes opplevelse i forbindelse med akutt keisersnitt. Opplevelsen omkring en slik hendelse vil være individuell, og Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse vurderes som et godt verktøy for å identifisere variasjonene i materialet. Begreper som står sentralt i Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse er *analyseenhet, meningsbærende enhet, kondensering, abstraksjon, kode og tema*. Begrepene vil bli gjort videre rede for parallelt med analyseprosessen.

3.7.1 Beskrivelse av analyseprosessen

De tre intervjuene ble i sin helhet ble transkribert rett etter at intervjuene fant sted. Begge forfatterne var involvert i transkriberingsprosessen, og transkriberte en halvpart av materialet hver. Språket ble redigert forsiktig for å luke ut muntlige uttrykksformer. Dette for å gi transkriptet en høyere grad av autenticitet og unngå at informantene fremstår som mindre seriøse enn det som stemmer med virkeligheten (Malterud, 2012). Forfatterne valgte å transkribere intervjuene til bokmål for å unngå at noe kunne gjenkjennes med tanke på ord og uttrykk. I tilfeller hvor navn på avdelinger, personal eller annet ble nevnt er det inkludert i transkriberingen, men utelatt i selve analysen.

Analyseenheten, i dette tilfellet alle tre fokusgruppeintervjuene, ble siden gjennomlest av begge forfatterne med på fokus på å finne beskrivelser som kunne bidra til å belyse fedrenes opplevelser. Analyseenhet bør være tilstrekkelig stor til å gi en helhet og tilstrekkelig liten for å være håndterlig under analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004; Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Forfatterne leste den transkriberte teksten hver for seg og markert med forhåndsbestemte farger; grønt for viktig og gult for kanskje viktig. Materialet ble deretter gjennomgått i fellesskap og fargekodingen ble sammenlignet. Det var gjennomgående store likheter i hvilke deler av teksten hver forfatter hadde markert med grønt og gult. Teksten som ble markert i grønt, samt noe av det gulmarkerte utgjorde de meningsbærende enhetene. *Meningsbærende enheter* beskrives som deler av en tekst som hører sammen gjennom sin sammenheng og sitt innhold. For at det skal være mulig for andre å gå tilbake til utgangspunktet og kunne forstå konklusjonene, ble prosessen formidlet systematisk og det ble laget en analysetabell (tabell 1) inspirert av Graneheim og Lundman (2004). De

meningsbærende enhetene ble plassert først i tabellen og videre kondensert. *Kondensering* refererer til prosessen der de meningsbærende enhetene forkortes og gjøres mer håndterlig, samtidig som det sentrale innholdet blir bevart. Fra de kondenserte meningsenhetene ble det laget koder. På dette nivået i prosessen ble innholdet abstrahert. *En kode* er en merkelapp som beskriver kort innholdet i en meningsbærende enhet. Noe av materialet ble kodet i fellesskap og noe individuelt. Der det oppstod usikkerhet rundt hvordan innholdet skulle tolkes, diskuterte forfatterne for å være sikre på at koden i størst mulig grad speilet innholdet i teksten. Siste del i analyseprosessen var å vurdere likheter og ulikheter i koder, og kodene ble videre abstrahert til *underkategorier og kategorier*. Underkategoriene ble sortert i passende kategorier. Gjennom flere runder med diskusjon om hva de forskjellige kategoriene rommet, ble resultatene fordelt på 4 kategorier. I prosessen fra subkategorier til kategorier gikk forfatterne i noen tilfeller tilbake til de kondenserte meningsenhetene og brukte informantens uttryksmåter som navn på kategoriene. Forfatterne diskuterte seg frem til en felles forståelse og enighet om kategoriene og innholdet i disse. Resultatene ble til ved en systematisk bruk av analysetabellen, der forfatterne på nytt vurderte de meningsbærende enhetene sin plassering i kategoriene. Analysen identifiserer innholdet i materialet gjennom to deler, det manifeste og det latente. Det manifeste innholdet er tekst direkte fra det informantene har sagt, og ivaretas inntil koding og kategorier dannes, se tabell 1. Det latente innholdet er forfatterens tolkning av innholdet. Det latente innholdet kommer til uttrykk gjennom dannelse av kategorier. (Graneheim & Lundman, 2004). I følge Graneheim og Lundman (2004) kan kategoriene abstraheres videre og samles i et *tema*. Analysens fire kategorier ble dermed samlet i et tema som menes å være relevant og dekkende for å kunne svare på problemstillingen. Analyseprosessen ble dermed gjennomført i 6 analytiske ledd (tabell 1).

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessens seks analytiske ledd.

| MENINGSBÆRENDE ENHET | KONDENSERT MENINGSENHET | KODE | UNDERKATEGORI | KATEGORI | TEMA |
|---|---|--|--|-----------------------|--|
| 20 minutter etterpå ringer kona mi også sier hun at vi skal ikke hjem før jenta er ute så vi ble tatt helt på senga. | Vi skulle ikke hjem, ble tatt helt på senga. | Overrasket over progresjonen i fødselsforløpet | Tatt på senga | Tatt på senga | <i>Akutt keisersnitt- en emosjonelt utfordrende opplevelse for førstegangsfedre.</i> |
| de nøla ikke ut av heisen og sånn så jeg visste det var noe som foregikk og det tror jeg har prega meg ganske mye mere enn hva jeg merka der og da. | De nøla ikke ut av heisen, han skjønte at noe foregikk. Har preget han mer enn han trodde. | Stemningen bland personalet har satt spor | Det usagte | Ukjent terreng | |
| Så kobler de til elektroden på barnet også sier hun jordmora at det er en alarm 1. Og da kommer det en jordmor eller en sånn sykepleier bort til meg "du skal ut herifra". Det var en spesiell opplevelse, svært spesiell opplevelse. | Sier at det er en alarm 1, og en jordmor/sykepleier sier at han må gå ut. Det var en svært spesiell opplevelse. | Å bli jaget ut. | Maktesløs i situasjonen | Hjelpeløshet | |
| Så når de satte ho opp for å sette spinal så rant det liksom blod på gulvet og jeg tenkte fy faen nå ... | Rant blod på gulvet og han tenkte "fy faen nå ..." | Redd for mor | Redd for å miste mor | Hjelpeløshet | |
| ... barselavdelingen nå så er det veldig mye sånn ja nå skal pappa holde og ja få han til å rape og ehhh ja ler ... a nå kan pappa mate han litt med den koppen her og ja så nei alt i alt føler jeg meg veldig inkludert altså | Far måtte mate og få barnet til å rape, følte seg godt inkludert på barsel. | Inkludert gjennom konkrete oppgaver. | Hjelp til å danne seg en identitet som far | Overgangen | |

3.8 Forforståelse og etiske overveielser

I den hermeneutiske fenomenologien som er oppgavens vitenskapelige tilnærming er forskerens *forforståelse* en forutsetning for å kunne utvikle ny kunnskap og forståelse.

Forfatterne bærer med seg en forforståelse av det som er ønskelig å studere og hvorfor dette er interessant å studere. Forforståelsen utgjør forfatterens subjektive forskningsperspektiv og er

en forutsetning for å se. Men forforståelsen kan også utgjøre et potensielt hinder for å kunne se noe nytt. Som regel er denne forforståelsen en viktig motivasjon for forskeren til å gå inn i et spesielt tema (Malterud, 2011). Forforståelsen vil kunne påvirke hvilke observasjoner som vektlegges og hvordan disse tolkes. Refleksjonen rundt egen subjektivitet utgjør derfor et viktig element i forskningsprosessen (Granskår & Höglund-Nielsen, 2008). Dette må klargjøres og komme tydelig frem gjennom forskningen (Johannessen et al., 2010). Vi som jordmorstudenter har faglig motivasjon for å søke kunnskap om hvordan førstegangsfedre opplever fødsel og barseltid, i forbindelse med akutt keisersnitt. Gjennom praksisrelaterte erfaringer ble slike situasjoner observert, og forfatterne erfarte at det var forskjell på hvilken informasjon fedre ble gitt. Forfatterne dannet seg en oppfatning om hvordan fedre opplevde et akutt keisersnitt, og begge delte den samme forforståelsen ved oppstarten av studien. Studiens kvalitative tilnærming krever at forfatterne har innlevelse og forståelse. For å være tro materialet er det viktig å være bevisst sine normative hensikter. Det er viktig å være kritisk til vår rolle, som jordmorstudenter, samt til utvalget av informanter og materialet. Synliggjøring av forfatternes rolle og videre drøfting av denne synliggjøringen mener Ruyter, Førde og Solbakk (2014) er av betydning i forhold til studiens vitenskapelighet. Forforståelsens betydning for studiens resultater diskuteres i kapittel 5.2.

Sentralt i all helsefaglig forskning står Helsinkideklarasjonen fra 1964, som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning. Deklarasjonen sier blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper er fulgt. Studien innbefatter personopplysninger som kan knyttes til informantene i studien, og er derfor meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg II) og til personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (vedlegg III). Studien er ikke søknadspliktig til Regional etisk komité (REK). Alle informantene i studien signerte informert samtykke (Vedlegg I). Hensikten med informert samtykke er å styrke enkeltindividets autonomi og oppmuntre til selvstendige og ansvarlige beslutninger (Dalland, 2007). Samtykkene ble oppbevart etter avtale med NSD og Personvernombudet, og skal makuleres når sensur på oppgaven foreligger. Før fokusgruppediskusjonene startet ble informantene informert om prosjektledernes taushetsplikt og taushetsplikt innad i gruppen. Alle data er anonymisert i materialet som presenteres, og lydfiler og annet identifiserbart materiale oppbevart på låst datamaskin og makuleres ved studiens slutt.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres de resultater som kom fram gjennom analysen av det empiriske materialet. Resultatene presenteres gjennom de fire hovedkategoriene som til sammen utgjør oppgavens tema. Tabell 2 gir en skjematisk oversikt over underkategorier, kategorier og tema. Videre presenteres resultatene som sammenhengende tekst med sitater. Resultatene diskuteres i kapittel 5.0.

Tabell 2. Oversikt over underkategorier, kategorier og tema.

| UNDERKATEGORIER | KATEGORIER | TEMA |
|-------------------------------|-----------------------|--|
| Uventet informasjon | Tatt på senga | <i>Akutt keisersnitt- en emosjonelt utfordrende opplevelse for førstegangsfedre</i> |
| Endret løype | | |
| Tatt på senga | | |
| Uventet reaksjon | | |
| Redd for å miste mor | Hjelpeløshet | |
| Redd for å miste barnet | | |
| Følte seg malplassert | | |
| Å miste kontroll | | |
| Uvisshet | | |
| Å være aleine med barnet | Ukjent terreng | |
| Trygghet gjennom informasjon | | |
| Tillit til systemet | | |
| Å bo i nærheten | | |
| God omsorg | | |
| Det usagte | | |
| Behov for forutsigbarhet | | |
| Ble ikke informert tidlig nok | | |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| Ble litt glemt | Overgangen til å bli far | |
| Å ikke bli sett og inkludert som far | | |
| Ikke plass til far | | |
| Ønske om å være sammen | | |
| Ønske om å bidra | | |
| Å bli sett som far | | |
| Å bli far | | |
| Kvalitetstid med barnet | | |
| Å ta det som det kommer | | |
| Å få ansvar | | |
| Forberedelse gir trygghet | | |

4.1 Tatt på senga

Denne kategorien beskriver informantene sine forberedelser til fødsel, og hvordan de opplevde det når akutt keisersnitt ble en realitet.

Informantene hadde forskjellige utgangspunkt i hvordan de hadde forberedt seg til fødselen og til det å bli far. Noen hadde gått på et to dagers fødselsforbedrende kurs ved samme sykehus som barnet ble forløst. Et par av informantene var i utgangspunktet skeptiske til å gå fødselsforberedende kurs. Flere av disse synes likevel dette ga en god forberedelse, der en forklarte det slik “... *liksom veldig greit å gå igjennom stadiene i fødsel og sånn*” og en av informantene var helt klar på sin erfaring av kurset “*men uten det kurset hadde jeg hatt panikk tror jeg*”. Et par av informantene hadde vært med på fødselsforbedrende yoga. En annen hadde “... *ikke forberedt meg noe spesielt altså*” og tenkte “*jeg tror jeg tar det som det kommer jeg*”. En av informantene synes det var “... *noe helt annet enn å se det live ...*” da akutt keisersnitt ble en realitet, mens en annen var overrasket over hvor godt utbytte kurset ga “... *og bare det å gå igjennom ting som kan skje og vite hvor utrolig godt forberedt de er på alt. Så jeg var veldig overrasket over hvor lite stresset jeg ble etter ni timer med rier og keisersnitt, jeg skjønnte at dette gikk fint*”. Noen av informantene hadde en god opplevelse selv om de ikke hadde forberedt seg, en sa “... *ja det gikk jo bra med min manglende plan ...*” og

en annen hadde sett for seg *“at fødsler er så individuelt at å skulle begynne å forberede seg er litt sånn, jeg var ikke forberedt og tror det var best for min del”*. En av informantene følte seg ydmyk og farsrollen begynte å bli formet inn i farsrollen da han var med på fødselsforberedende kurs *“ ... på det svangerskapskurset da var det mitt eget vi snakket om, da var jeg ikke store karen ...”*.

“Vi hadde, eller kona mi gikk på et sånt yogakurs ... Ehh og der gikk de gjennom alt bortsett fra akkurat det her ... Så vi var forberedt på veldig mye, men akkurat denne her tok innersvingen på oss ja.” En av informantene forteller at *“også kommer jeg hit og da kommer det en gynekolog ..., så han forbereder oss da og sier at det her kan se ut som at det blir et hastekeisersnitt”* mens en annen som hadde fått beskjed om at det var tid til å reise hjem og pakke sier *“tjue minutter etterpå ringer kona mi også sier hun at vi skal ikke hjem før jenta er ute så vi ble tatt helt på senga.”* Flere av fedrene var ikke forberedt på keisersnitt som utfall *“så egentlig bare for meg normal fødsel som man ser på film ...”* og *“ ... alt så ut som det skulle gå tenkte jeg egentlig ikke på det før helt til slutt når de begynte å diskutere ja”*.

Flere av informantene opplevde at det ikke var tid til å tenke eller gjøre andre forberedelser enn de praktiske: *“da plutselig så var vi på vei opp. Så ... Da gikk det veldig fort. Så rakk på en måte ikke å tenke så veldig mye rundt det der og da”*, en annen sier *“og på en to tre så var jo barnet født. Ehhh, ikke noe beskjed eller info i det hele tatt i forkant på turen opp. Det var bare å få på seg klærne”*. Den akutte situasjonen som oppstod har i ettertid preget noen av informantene *“Jeg tror nok at opplevelsen har prega meg mye mer i etterkant enn hva jeg ... Du fikk ikke tid til å tenke, du fikk ikke tid til å reflektere.”* Da vi spurte om informantene følte redsel i situasjonen svarte en: *“ Men jeg tror ikke jeg rakk å bli redd jeg”*. Flere av informantene opplevde en *“ ... ut av deg selv opplevelse”* i tiden etter keisersnittet. En av informantene som opplevde at barnet ble forløst med akutt keisersnitt før termin sier *“ ... for meg som har smakt på livet, og sett livets farer, vi blir litt reflektert over altså du sitter med to kilo baby i hånda, to kilo baby i hånda”* og *“det vil jo være en opplevelse som preger deg uansett, det må berøre deg”*.

4.2 Hjelpeløshet

Under denne kategorien formidler informantene sine opplevelser og følelser i forbindelse med keisersnittet. Informantene forstår at de er i en situasjonen som kan innebære å miste mor

og/eller barn. Dette innebærer å miste kontroll over situasjonen og føle seg malplassert. De beskriver også tiden alene med barnet.

Informantene kjente i forskjellig grad på følelser av maktesløshet og redsel for å miste mor og barn i forbindelse med keisersnittet. En av informantene sa: ” de *nøla ikke ut av heisen og sånn så jeg visste det var noe som foregikk, og det har prega meg mye mer enn hva jeg merket der og da*”. For noen av informantene var forberedelsene inne på operasjonsstuen overveldende: “ *... det skjedde litt for mye på en gang. Så det ble litt for overveldende for min del*” og “ *... ti leger, mor ble lagt i sånn kors og greier, det var ganske heftig*”. Flere av informantene beskriver sin redsel for mors liv: ” *da de satte henne opp for å sette spinal så rant det blod på gulvet og jeg tenkte fy faen nå ...*” og: ” *så da vi kom opp så ble hun veldig redd merket jeg, det ble satt spinal bak og hun spøy og skikkelig ristet ... det var ganske heftig da, syns jeg*”.

Spennet i diskusjonen gikk fra at noen kjente på maktesløshet ved å ikke kunne bidra: “ *så da satt jeg jo litt som en tulling i hjørnet der, men jeg tror det var greit for å si det sånn*”, til at andre beskrev det å se mors redsel som det verste i situasjonen: “ *... det var ikke noe traumatisk for meg ... det var hennes opplevelse av det som var verst for meg*”.

Et par av informantene opplevde at akutt keisersnitt grad to ble endret til grad en da de kom på operasjonsstuen. I en slik situasjon må mor legges i full narkose og ledsager må vente på gangen. En av informantene følte seg trygg på at helsepersonellet tok riktige avgjørelser “ *... når de liksom kan ha ungen ute på fire minutter*”. Da denne situasjonen oppstod opplevde informantene å miste kontroll. En av informantene opplevde situasjonen slik: “ *... så kobler jordmora til elektroden og sier det er alarm 1. Og da kommer en bort til meg og sier “du skal ut herifra”. Det var en svært spesiell opplevelse.*” og “ *ja når jeg først ble jaga ut der så gikk det tjue mann som bare smukk inn med lange steg og hetta over hodet ...*”. I sekundene og minuttene etter informantene ble sendt ut av operasjonsstuen opplevde de å være alene med redselen for å miste mor og barn “ *...man blir jo liksom litt satt ut når man bare sitter der i en krok alene og litt usikker på hva som skjer da*” og “ *jeg sto og surra i gangen i noen minutter, da kunne sikkert noen ha sagt at “sett deg i hjørnet der også venter du her og om noen minutter så får du møte dattera di*” og en annen sa “ *...spant rundt meg selv, visste ikke hvor jeg skulle gjøre av meg*”. Samtidig var flere av informantene trygge på at de var i de beste hender “ *mer og mer engstelse i forhold til om alt var bra, men jeg følte meg jo ganske trygg på at det gikk bra da*”.

Flere av informantene opplevde at barnet måtte tas hånd om av flere enn jordmor umiddelbart etter forløsning. Informantene hadde vært redd for mors liv og når barnet var forløst ble redselen for å miste begge to mer reel for noen av informantene. Maktesløshet og tap av kontroll preget de *“ jeg så ikke barnet før ti minutter etterpå, det var noen leger som løp avgårde med henne. Da var jeg ikke mye høy i hatten ”*. En av informantene synes det var vanskelig å huske de minuttene helsepersonellet jobbet med barnet og tilstanden var usikker: *“ ... litt problemer med å huske de sekundene ... Så får jeg beskjed om å stå på gangen i et eller to minutt. Det hadde jeg egentlig fortrent ”*. Den samme informanten ble stående alene på gangen, og mor var fortsatt på operasjonsbordet *“ ... også sto jeg å kikka litt på hun som ligger og blør der ... ”* og *“ ... skal jeg reise hjem liksom helt alene, eller går det. ”*. I de situasjonene der barnet trengte ekstra assistanse umiddelbart etter forløsningen beskrev informantene sine opplevelser slik: *“følte de hadde kontroll på mor men jeg var liksom mest redd for at det skulle skje noe med hun vesla på veien ut da ”*. Flere av informantene følte seg ikke tilstrekkelig forberedt på hvordan et nyfødt barn ser ut *“ ... men jeg synes ikke at hun hosta og skrek og nøys, så jeg ble jo litt skeptisk ”*. Jordmorens handlinger betrygget flere av informantene og ga de en følelse av at barnet hadde det bra *“ da skjønte jeg at jeg ikke hadde fått henne i armene med det hadde vært noe og heller ikke gå inn til mor hvis det hadde vært noe fælt med henne ”*. Med en gang barnet skrek fikk informanten roen: *“ når hun skrek og allerede var blitt rosa og fin så ble jeg ganske letta ”* og da en av informantene fikk være med å gjenforene mor og barn følte han seg betrygget *“så gikk vi inn til mor og la henne i ansiktet på mor, da fikk vi liksom, da fikk jeg roen litt da ”*.

En av informantene så tilbake på det akutte keisersnittet på operasjonssalen som en opplevelse de ikke ønsket igjen *“ Jeg tror faktisk hvis jeg kunne velge igjen så tror jeg hadde bare venta utenfor ”*. To andre informanter som opplevde akutt keisersnitt grad 1, opplevde et tap av kontroll i situasjonen *“ ... man har ingen kontroll, ingen makt til å gjøre noe ... så, nei, jeg fikk ikke være med (på operasjonen) ”* og *“nei hvis jeg skulle forberedt meg på at det er alarm 1 ... og det løper inn med tjue mann der som er rimelig dedikert da tror jeg jeg hadde dratt til syden altså. Det hadde jeg ikke villet visst nei rett og slett ”*.

Etter forløsning av barnet er moren noen timer på postoperativ avdelingen for overvåkning og stabilisering. I denne perioden er barnet sammen med far på barselavdelingen. Informantene opplevde denne perioden varierende ut i fra hvilken oppfølging de fikk og hvilken informasjon de fikk om mor. Informantene opplevde å bli sittende på barselavdelingen fra en

time til fire timer, de fleste av informantene ventet i rundt to timer. Dette følte som en utrygg situasjon, spesielt for de som ikke fikk et helsepersonell å forholde seg til : “...*det kom jo aldri noen, jeg ble sittende i den skinnstolen i to timer...*” Flere av informantene opplevde seg utrygge i forhold til barnets behov og om tilstanden til mor, og de som ble sittende over lengre tid uten informasjon følte seg utilstrekkelige i forhold til barnets behov: “*sitte å se på han sutte til de var ferdige med å sy*” “*...men jeg turte jo ikke ta han opp for jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre*” og “*..litt frustrerende med tanke på at jeg ser at hun er veldig sulten*”. En informant som satt alene med barnet og ønsket å gjenforene mor og barn sier: “*man vet jo at barn de bør liksom ha kontakt med moren så fort som mulig da*”. De informantene som fikk fortløpende informasjon, der et helsepersonell stakk hodet innom og ga informasjon om mors tilstand følte seg tryggere i situasjonen: “*... men det er ganske spesielt og ja fint da, men det varte litt lenge for min del at jeg ble sittende alene*”. Informantene opplevde stor variasjon i informasjonsflyten mellom avdelingene. Det var også til tider uklart hvem som hadde ansvaret for barnet. Lite eller ingen informasjon om mor og usikkerhet omkring barnets behov gjorde situasjonen utrygg : “*...de to etasjene kunne ha snakket litt sammen da, for eksempel en sånn liten sak at mor har våkna, vi har kontroll på mor liksom.*” og flere av informantene satt i nærmere to timer med barnet alene uten oppdatert informasjon om mors tilstand “*jeg lurte liksom på hvordan det gikk med henne, siden jeg ikke fikk beskjeden som jeg skulle etter en halv time, også ble det to timer*” og “*jeg dro i snora etterhvert, da det begynte å nærme seg to timer og jeg lurte på hva som skjer*” og “*...to timer uten å få noe beskjed...du blir bekymret for henne om det grå bra...*”. En av informantene som opplevde å sitte lengst følte å få tilstrekkelig informasjon om mors tilstand og ble med da barnet ble veid og målt “*... så satt jeg med han ja i fire timer, gikk jo ganske fort*”. En annen som følte seg trygg alene med barnet, var informert om mors tilstand “*... kona mi ble sydd sammen før hun kom ned til oss igjen da*”. Informantene satte stor pris på fortløpende og konkret informasjon “*... også kom hun innom og sa at nå har mor kommet på post open*”. En av informantene som hadde vært med på et langvarig fødselsforløp, ble sendt hjem for å sove etter å ha spist og fikk tydelig beskjed om hvem som hadde ansvaret for barnet “*... jeg fikk beskjed at du har ikke ansvaret for barnet nå, det er det jeg som har*”.

4.3 Ukjent terreng

Kategorien vi nå skal presentere beskriver hvilke opplevelser informantene hadde da skjebnen til mor og barn hvilte i sykehusets og helsepersonellens hender. Informantenes opplevelse ble preget av sykehuset og helsepersonellens væremåte, tilgjengelighet og informasjon.

En av informantene understrekte at den korte avstanden til sykehuset var betryggende i seg selv “ ... liksom vært en trygghet og at vi da bor et kvarter unna. ”. Flere av informantene følte sykehuset var riktig sted å være i en slik situasjon: “ ... alt er veldig profesjonelt ... alt er veldig forberedt, så jeg hadde det med meg i baktanken ”.

Flere av informantene følte seg i trygge hender både før, under og etter selve keisersnittet. I situasjonen rett før keisersnittet følte en informant seg i trygget av jordmors tilstedeværelse: “ ... jeg ble veldig glad for at ikke jordmora og gikk ... ”. Andre informanter opplevde at helsepersonellets gode rutiner ga trygghet overfor mor og barn : “...De gjorde jo det de kunne i forhold til å følge med barnet og sånne ting så vi følte vi var i trygge hender” og “det gikk sykt fort og jeg følte de hadde bra kontroll” og en informant som la merke til at det var travelt på avdelingen følte seg likevel sett som far: “...natt til søndag og ja det var fullt hus og de var så effektive og samtidig klarte å ivareta far så jeg var liksom aldri stressa eller lurte på hvordan det gikk”. En informant som ble informert på vei opp til operasjonsstuen sier: “Men det var ganske bra at når vi dro opp til tredje etasje, at man fortalte meg hva som skal skje”. En annen informant kom rett fra hjemmet og direkte til operasjonsstuen, og følte seg godt ivaretatt de minuttene han var i rommet: “ ... alle omtrent sa hei når jeg kom inn og nå kommer pappa ... ”.

De fleste informantene stolte på helsepersonellet og helsepersonellet uttrykke at er en situasjon sykehuset har rutine på og er vant til å håndtere: “Jeg følte ikke at jeg ble stresset av det heller ... ja det gikk veldig fort da. Og de visste sikkert mye før det” og en annen sier “ Vi rakk vel egentlig ikke å bli stressa for vi stolte vel på at de som jobbet på sykehuset faktisk kunne det de drev med”.

Flere av informantene opplevde en stemning der de følte at helsepersonellet visste det ville bli keisersnitt uten å informere om det. Noen av informantene diskuterte dette i fokusgruppene, der det var forskjellige meninger om hvor tidlig helsepersonellet burde gi beskjed om det eventuelle keisersnittet “ ... og fra de sa ordet keisersnitt høyt gikk det bare en halv time til ungen var ute”. Informantene diskuterte behovet for tidlig informasjon om at keisersnitt kunne bli aktuelt. Et par av informantene reflekterte om tidlig informasjon om andre alternativer enn vaginal forløsning kunne påvirke motivasjonen. De diskuterte om mors motivasjon ville reduseres dersom jordmoren hadde informert om at det kunne bli et keisersnitt. Informantene var delt i sine meninger om dette, men de fleste så for seg en

vanskelig rolle som motivator for mor. De fleste “... ville satt pris på å vite det ...” og ønsket en fortløpende vurdering der de ble involvert. En av informantene ønsket: “*få all info så fort som mulig for jeg stolte på at de gjorde jobben sin riktig*”. I ettertid har en av informantene diskutert med sin samboer følelsen av at helsepersonell visste mer enn de fortalte “... vi mener jo at de visste at det kom til å bli keisersnitt”. Samme informant opplevde ikke tilstrekkelig informasjon om at det forelå et keisersnitt i nær fremtid: “... kunne de fortalt at det var fare for keisersnitt ... hadde jeg jo ikke reist hjem for å vaske ...”. Noen av informantene observerte synlige tegn på komplikasjoner som “*at hjerterytmen datt jo lenger ned*” og “... det var mer bod enn det som kanskje egentlig var bra”. De har i ettertid ønsket at de fikk beskjed om “... at det var en så konkret løsning som keisersnitt”.

For noen av informantene ble ventetiden på barselavdelingen en uoversiktlig tid. En informant ventet først to timer på å gjenforene mor og barn. Han ble bekymret for mor, da han ble bedt om å forlate postoperativ avdelingen etter fem minutter “... de jobbet med å stoppe blødningen ...”. Etter ytterligere to timer alene med barnet tok informanten selv initiativ til å se mor: “... etterpå fikk jeg ikke beskjed om hva som skjedde så jeg var på vei opp til mor for å sjekke, da var hun på vei ned”.

4.4 Overgangen til å bli far

Under denne kategorien formidler informantene sine erfaringer med overgangen til en ny rolle, som far og hvordan en uventet hendelse som akutt keisersnitt preger den første tiden som far.

Flere av informantene opplevde at det ikke var fysisk plass til de i løpet av sykehusoppholdet. Informantene diskuterte at plassmangelen ga utfordringer for helsepersonellet og at det ble løst på forskjellige måter. Noen opplevde at helsepersonellet gjorde det beste ut av situasjonen “... så de skal ha all honnør for å legge til rette under de forholdene som de jobber ... De er jo helt suverene” mens andre følte seg lite velkommen på grunn av mangel på plass “*det er jo ikke plass til far egentlig, måtte liksom sitte litt på kanten av senga*” og en annen “... på et sånt venterom, det var tre på rommet og vi hadde senga i midten og da er det jo ikke plass til meg på en stol ved siden av senga en gang”.

Tiden etter selve operasjonen preget informantene forskjellig, ut i fra hvilken informasjon de fikk og hvilket ansvar de følte de fikk i forhold til barnet. De fleste informantene følte seg ivaretatt i denne nye situasjonen og fant sin rolle. En informant forteller at jordmoren inkluderte han: *“ også da sa ho “bare bli med meg du far” over på det andre rommet”*. En annen følte han kunne bidra gjennom å få konkrete oppgaver: *“ ... ja bare sånne småting som bittelitt informasjon her og der hvor jeg kan være hva jeg kan gjøre og hva jeg kan bidra med. ...”* og *“ ja nå er det pappas ansvar, nå må du trille”* og en annen *“ ... da var jeg rasjonell nok til å tenke at da er ikke den ungen, den tåler litt i hvert fall siden jordmora er borte et kvarter”*. Et par av informantene sa den første tiden alene med barnet var kvalitetstid og følte seg trygge tross den akutte situasjonen som hadde vært: *“ ... jeg følte jo at det var litt VIP tid å ha den første timen med datteren min, oss to.”* Noen av informantene opplevde det å få barnet alene var å få et stort ansvar og *“ jeg synes det var overraskende at plutselig nå er ungen far sitt ansvar ...”*. Flere av informantene følte seg inkludert som far *“ ... hun var innom tre ganger og hørte om alt var ok med meg ...”* *“også fikk jeg lov å være med ut å vaske han og ...”* og da det ble diskutert om det burde vært bedre oppfølging av far sa en: *“ det var så mange involverte i det der teamet der at det skulle ikke bare ha en som hadde ansvaret for å følge opp om far har det bra, det er sløsing med ressurser det blir bare fjas. Ja jordmor var egentlig flink til å ta mye av den rollen følte jeg”*.

De fleste ble informert om barseloppholdet *“ ... hun (jordmora) satt nesten opp litt delmål for de neste dagene ... hva slags mål vi burde ha for at hun skulle komme seg forttest mulig på beina ...”*. En informant sier: *“ vi fikk et sånt slags forhold til de og opplevde at de jordmødrene og sykepleierne som passa på oss kom innom på vei hjem fra vakt og ... lurte på hvordan det gikk med to kilos klumpen vi hadde ... og det satt vi veldig stor pris på”*.

Informantenes opplevelser av barseloppholdet varierte stort. Noen av informantene fikk overnatte sammen med mor og barn en eller flere netter fordi det ikke var fullt på avdelingen. De opplevde seg som heldige *“hadde vel litt sånn flaks ... vi fikk alenerom første kvelden”*. Andre måtte reise hjem hver kveld *“ ... litt pussig å dra hjem forsåvidt ... ligge der og sove i tom leilighet”*. Noen av informantene som hadde vært på fødselsforbedrende kurs på samme sykehus, og var derfor forberedt på at de måtte reise hjem for natten: *“på kurset snakket vi om hvor vi skal dra etter fødsel ... et keisersnitt skal du til barsel og jeg skal dra hjem. Så jeg visste det når de bestemte akutt keisersnitt”* og en informant følte det var greit å reise hjem da det gikk bra med mor og barn: *“ ... hun hadde vært oppe og gått litt og det ikke noe problem å løfte på henne i senga ...”*. I fokusgruppediskusjonene snakket informantene mye om

frustrasjonen de opplevde når de måtte reise hjem: *“ det som er rart når det er keisersnitt, det er i hvert fall da man trenger far der, når hun ikke en gang kommer seg ut av senga liksom hadde hun tatt en vanlig fødsel og kunne styre litt mer gir mer sense for meg da ... ”*. Flere av informantene delte denne frustrasjonen og synes barseloppholdet ble en slitsom og forvirrende opplevelse. De ble fortalt at det var fullt på avdelingen slik at de ikke kunne være der *“ hun sa det rett ut, sånn er det og sånn kommer det til å bli. Og far må dra hjem ”* refererte en av informantene til en av helsepersonellet ved barselavdelingen, og flere av informantene merket at det var svært travelt i avdelingen. Flere av informantene hadde fått beskjed om at *“ ... nå er mor sengeliggende og hun kan ikke bevege seg og du må gjøre alt rett og slett ”*. Dette forsterket deres ønske om å kunne bidra og hjelpe mor *“ akkurat det var litt frustrerende for meg og ikke rett og slett kunne være der for mor ... ”* og en annen *“ ... å reise hjem når mor faktisk ikke er mobil, hun kan jo bare ligge der ... ”*. For de fleste som måtte reise hjem opplevdes det som en ambivalent situasjon *“ ... det var ikke dritgøy å reise hjem, hadde sikkert vært digg å være der, men jeg var jo trøtt og sovna fort. Men da jeg våknet igjen etter fire timer skulle jeg ønske jeg var på sykehuset ”*. Noen av informantene som hadde fått overnatte på barselavdelingen, valgte å reise hjem tidligere enn anbefalt fordi det ikke var plass til far den siste natten *“ ... det var så mange kvinner der ... så vi dro bare hjem det var jo mye bedre ”*. Etter et par dager ble noen flyttet til barselhotellet og dette ga også varierende erfaringer hos informantene. Noen av informantene opplevde at de kunne bidra mer etter de ble flyttet til hotellet *“ og det var en befrielse når du kom til hotellet ... her kunne jeg ta meg av å bytte bandasjer ”*.

Informantene diskuterte hvilken informasjon som ble gitt om keisersnittet i etterkant. Et par av informantene kunne ikke huske en slik samtale, og flere hadde ønsket å delta på en slik postpartumsamtale for å gå igjennom forløpet. I tiden etter keisersnittet har flere snakket med mor om situasjonen og i fokusgruppediskusjonen ga flere uttrykk for det samme behovet *“ ... det hadde nok vært bra for hele familien, om hvordan situasjonen var egentlig, fordi vårt inntrykk er kanskje annerledes enn de profesjonelles og de kan kanskje berolige ”*. Det var flere av informantene som mente mor hadde et stort behov for en gjennomgang av forløpet, og samtlige informanter hadde ønsket å delta på samtale sammen med mor. En av informantene opplevde å stå mellom å velge å være med barnet til barnelegen eller å være med mor på postpartumsamtalen. De fleste var enige om at det er fordelaktig at både mor og far er med på samtalene *“ ... det er to stykker som er litt i ørska så huske tips og triks når du skal hjem igjen ... ”*.

Flere av informantene var fornøyd med oppholdet på barsel “ ... på barsel hadde vi, det synes jeg var en helt fantastisk opplevelse faktisk” og en annen “ ... og der fikk vi verdens beste behandling ... ” Flere av informantene følte de ble sett gjennom hele barseloppholdet “hver eneste jordmor vi fikk sa alle gratulerer ... ”.

Flere av informantene opplevde at jordmora som var involvert i keisersnittet kom innom i løpet av barseltiden: “legen som opererte og hun (navn på jordmora) de var innom hver dag vi lå på barsel “ ... kom liksom innom etterpå når vi lå på barsel for å sjekke at det gikk bra og ... ”.

5. 0 DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes det forfatterne mener er studiens viktigste funn under temaet *akutt keisersnitt- en emosjonelt utfordrende opplevelse for førstegangsfedre*. Hovedfunnene og implikasjoner for praksis diskuteres under ett. Videre diskuteres studiens metodiske kvalitet og forslag til videre forskningsområder.

5.1 Akutt keisersnitt – en emosjonelt utfordrende opplevelse for førstegangsfedre

En mann som skal bli far for første gang står overfor en ny og ukjent situasjon. Som gjort rede for i teorikapitlet, kan nye og ukjente situasjoner føre til at man føler seg utrygg og stresset i mangel på både kunnskap for å forstå, og forutsetning til å håndtere situasjonen (Kristoffersen, 2016). Dersom fødselen ender med akutt keisersnitt kan disse følelsene forsterkes. Informantene i studien uttrykte at situasjonen som oppstod har preget dem, og Johansson & Hildingsson (2013) finner at akutt keisersnitt er forbundet med en mindre positiv fødselsopplevelse for fedre. Fedrene kan oppleve å gå fra å være en viktig del av fødselen, til å bli passive pårørende. Rollen som pårørende kan være spesielt vanskelig for partner i en relasjon (Lazarus & Folkman, 1984).

Informantene i studien beskriver følelser som håpløshet, maktesløshet og tap av kontroll i tiden rundt keisersnittet. De kunne ikke bidra, og stod som “en tulling i hjørnet”. Dette kan ses i sammenheng med menneskets grunnleggende behov for trygghet. Viktige faktorer for å oppleve seg trygg er nettopp forutsigbarhet og kontroll over egen livssituasjon (Kristoffersen, 2016), og i forbindelse med akutt keisersnitt blir dette satt på prøve. Disse funnene er av betydning for jordmødres praksis, fordi man vet at dersom fedre i en slik stresset situasjon opplever å ha kontroll og handlingsmuligheter, er sannsynligheten større for at de kan komme ut av situasjonen uten tap av helse, enn hvis situasjonen forbindes med det motsatte (Bergström, 2013; Eriksen, 2013). Ved å være bevist på far i denne sårbare perioden, kan vi som jordmødre i den grad det er mulig forsøke å bidra til ivaretagelse av far slik at han kan oppleve en større grad av kontroll.

Fedrene i studien uttrykker redsel for å miste både mor og barn, og en beskriver hvordan han ble stående på gangen utenfor operasjonssalen, alene med redselen. Johanson og Hildingsson

(2013) finner at fedre som blir stående uten støtte fra helsepersonell rapporterer høyt nivå av stress og engstelse. De finner videre at fedres traumatiske erfaringer rundt keisersnitt kan forstås som et resultat av bekymring for sikkerheten til mor og barn, og den begrensede muligheten helsepersonell har til å gi informasjon og støtte når akutte hendelser oppstår. Dette kan forstås i lys av Lazarus og Folkmans (1984) teori om at de fleste aktivt søker informasjon som en måte å håndtere og redusere stress. Når slik informasjon ikke er tilgjengelig er det nærliggende å tro at stressnivået hos fedrene øker. Studien kan derfor være med å understreke at informasjon til fedrene er av betydning for hvordan de opplever og håndterer situasjonen. Korte, tydelige og ærlige beskjeder fra jordmor underveis, kan trolig være med å påvirke hvordan situasjonen oppleves. Dette bekreftes av Steen et al. (2011) som har funnet at blivende fedres kunnskap og forståelse om situasjonen var direkte tilknyttet stressnivå. Det synes viktig å understreke at flere av informantene i vår studie uoppfordret uttrykte forståelse for at de ble nedprioritert i akuttfasen når keisersnittet fant sted. Likevel gir de uttrykk for at de satte stor pris på fortløpende og konkret informasjon underveis. Noe så enkelt som at jordmor brukte tiden i heisen opp til operasjonsavdelingen på å gi korte beskjeder og enkel informasjon til far, bidro til større ro rundt det som skulle skje. Mengden informasjon synes ikke å være så viktig, så lenge informantene ble gitt muligheten til å være litt i forkant av hendelsesforløpet. Flere av våre informanter snakket om “det usagte”, det som helsepersonell ikke sa, men som fedrene likevel oppfattet. Det ble av informantene beskrevet som blikk helsepersonell sendte hverandre eller stemningen i rommet. Viktigheten av at helsepersonell er bevist på sin non-verbal kommunikasjon fremheves også av Deave & Johnson (2008), som sier at innholdet i beskjeder gitt på fødestua er viktig, men kanskje like viktig er måten beskjeden presenteres på.

Studien vår viser at det er mye følelser knyttet til det å bli far for første gang og ikke få mulighet til å bo på sykehuset sammen med familien sin. I tillegg til å oppleve overveldende følelser i forbindelse med å ha blitt far, opplevde fedrene at partneren mer enn ellers trengte deres støtte og hjelp både fysisk og psykisk etter keisersnittet. På grunn av plassmangel på barsel, ble flere fratatt muligheten til å gi støtte i den grad de ønsket. Funnene støttes av Johansson, Hildingsson & Fenwick (2012a), som finner at menn som tvinges til å forlate sykehuset føler seg stresset, ekskludert og bekymret for hvordan det går med mor og barn når far må dra hjem. Studien vår viser at de fedrene som fikk overnatte på sykehuset fordi det var god plass, uttrykte at de var heldige. Slik forfatterne ser det burde dette være et tilbud som alle fedre får, ikke bare de heldige. Dette er også i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger for

barselomsorgen, som anbefaler at det legges til rette for opphold i familierom på sykehuset, slik at begge foreldre kan være til stede så langt det er mulig (Helsedirektoratet, 2014).

Selv om ikke alle fedrene får anledning til å bo sammen med mor og barn på sykehuset, viser studien at fedrene likevel må få lov til å føle seg inkludert i omsorgen for barnet. Kvalitetstid med barnet og det å ta del i stell ble av flere nevnt som positive opplevelser. Dette støttes av funnene til Montigny & Lacharité (2004). Informantene opplever det positivt når jordmødre anerkjenner dem som fedre ved for eksempel å si gratulerer og titulere dem som “far”.

Ansvar de får for et nytt barn når partneren er satt ut av spill etter et akutt keisersnitt kan være overveldende, men fedrene uttrykker at de setter pris på ansvar og læring under veiledning. Et viktig ledd i tilknytning mellom far og barn er at fedrene får grunnleggende kunnskaper i hvordan man tar hånd om barn, og det er derfor viktig at jordmødre er med på å legge til rette for at fedrene inkluderes under barseloppholdet (Montigny & Lacharité, 2004).

Noen av informantene i studien vår opplevde at jordmødrene ikke henvendte seg til dem, spesielt i perioden rett etter keisersnittet mens mor enda lå på postoperativ avdeling.

Tilgangen til informasjon var dårlig, og de visste ikke hvem som hadde ansvaret for dem. Det samme fant Montigny & Lacharité (2004); selv om sykehusets policy var å legge til rette for fedres involvering var det likevel vanskelig å få nødvendig informasjon (Montigny & Lacharité, 2004). Jordmødre på en barselavdeling er i en unik posisjon til å inkludere og støtte fedre til å bli trygge i omsorgen for sitt eget barn, og det synes spesielt viktig i forbindelse med akutt keisersnitt der mor er satt ut av spill, og far i en periode fungerer som primær omsorgsgiver.

Et konkret forslag til tiltak som kan bidra til å gjøre opplevelsen rundt keisersnitt bedre for fedre er at jordmor legger til rette for at far og barn kan ha hud-til-hud kontakt i timene etter keisersnittet. De positive effektene av hud mot hud kontakt mellom mor og barn etter fødsel er veldokumentert (Kennell & McGrath, 2003; McGrath & Kennell, 2002; Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012). Til tross for de rapporterte fordelene blir ikke hud-mot-hud kontakt etter fødsel alltid praktisert. Mange sykehus har som vanlig praksis at de separerer mor og barn etter keisersnitt (Rowe-Murray & Fisher, 2002) og i noen tilfeller er mor ikke tilgjengelig for slik kontakt av medisinske årsaker. I norsk sammenheng er hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn etter keisersnitt anbefalt i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014), men er erfaringsvis ikke fullstendig implementert i praksis. Nyere forskning har også begynt å fokusere på betydningen av hud-mot-hud kontakt

mellom far og barn. Av informantene i vår studie var det bare en som hadde fått barnet sitt hud-til-hud etter keisersnittet, selv om samtlige av fedrene i kortere eller lengre perioder hadde sittet alene med barnet sitt i påvente av å bli gjenforent med mor. Studien vår viser at for far er tiden før, under og etter et keisersnitt preget av følelser som stress, engstelse og usikkerhet i den nye rollen og behov for anerkjennelse som far. Studier som undersøkte hud-mot-hud kontakt mellom far og friske barn født til termin, fant at fedre som substitutt var like bra som kuvøsebehandling når det kommer til barnets kroppstemperatur etter keisersnitt, og at det bedrer tilknytningen mellom far og barn og reduserer stress og engstelse hos far (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Joreskog & Nyqvist, 2012; Christensson, 1996; Tessier et al., 2009; Velandia, Matthisen, Uvnas-Moberg & Nissen, 2010). Disse funnene er sammenfallende med forskning gjort på mødre som har barnet hud-mot-hud (Moore et al., 2012), og det blir dermed et poeng at dersom barnet ikke kan ligge hud-mot-hud med mor, kan far sørge for den kontakten. Dette understrekes også i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Hud-til-hud mellom far og barn er i tillegg en fin måte for fedre å delta i omsorgen for barnet, og lettere finne sin rolle (Leonard & Mayers, 2008).

Forskningen presentert over er med på å understreke at barn som blir forløst ved keisersnitt og som av forskjellige grunner ikke kan komme direkte til mor, bør få hud-til-hud kontakt med far. Fedrene er likevel sammen med barnet i denne perioden, og ved at man legger til rette for hud-mot-hud kontakt benyttes far i større grad som en ressurs. I tillegg til alle de overnevnte fordelene, kan det også tenkes at det i større grad sikrer at far får informasjon og tilsyn fra jordmødre i perioden etter keisersnittet, på den måten at de må være der og legge til rette.

5. 2 Diskusjon av studiens kvalitet

I dette avsnittet diskuteres studiens metodiske kvalitet og holdbarhet. I forskningslitteratur brukes ulike begreper for hvordan en studies holdbarhet vurderes (Polit & Beck, 2012). I denne studien er det valgt å fremheve *troverdighet* (credibility), *pålitelighet* (dependability) og *overførbarhet* (transferability) slik Graneheim og Lundmann (2004) relaterer begrepene til *holdbarhet* (trustworthiness) i kvalitativ forskning.

For å nå *troverdighet* i kvalitativ forskning spiller utvelgelsen av meningsbærende enheter en viktig rolle (Graneheim & Lundmann, 2004), og gjennom analyseprosessen står man overfor

mange valg. Forfatterne av studien er begge jordmorstudenter med relativt lik forforståelse for oppgavens tema. Det å være bevisst på vår forforståelse har betydning for hvordan vi velger å tolke materialet. Vi forsøkte gjennom hele prosessen å være så tro det opprinnelige intervjuet og konteksten som mulig. Man kan både unnlate og miste meningsbærende enheter, og forfatterne kan velge hvor lange eller korte enhetene skal være. Det materialet som blir unnlatt analysen, enten uforvarende eller systematisk gir en mulighet for å miste funn. Noen av sitatene kan også ha en annen betydning enn det forfatterne mener de har. Det er derfor viktig å vurdere sitt ståsted gjennom hele analyseprosessen, og stadig se de meningsbærende enhetene i sammenheng med problemstillingen. I følge Graneheim & Lundman (2004) kan det styrke studiens troverdighet å være flere forfattere i dialog gjennom denne prosessen. Forfatterne leste gjennom det transkriberte materialet, og valgte ut de meningsbærende enhetene hver for seg. Det var påfallende hvor like deler av teksten begge mente var viktig å ha med. Forfatterne tenker at overenstemmelsen rundt hva som var meningsbærende enheter, og dermed viktig for oppgavens resultat, er med på å styrke oppgavens troverdighet. Videre ble det tatt et valg om å berike resultatene med fortløpende sitater i teksten, dette for å vise hvordan det er tenkt når det kondenserte og kodede materialet ble delt i kategorier. Dette mener forfatterne også er med på å bevare og fremme studiens troverdighet. Det er viktig at de fire kategorier som ble laget er dekkende for eventuelle funn (Graneheim & Lundman, 2004). Analyseprosessen synliggjøres derfor med tabellene (tabell 1 og 2). Prosessen med å utforme intervjuguide, gjennomføre en pilotstudie og videreutvikle intervjuguiden var viktig for å tydeliggjøre hva som var ønskelig å undersøke i studien.

Videre var rekrutteringsprosessen mer utfordrende enn først antatt og forfatterne måtte på ny tenke gjennom hvilke inklusjonskriterier som var viktige og hvorfor. Det ble vurdert hvor vidt fedre med flere barn skulle inkluderes, men forfatterne kom frem til at det var ønskelig med menn uten tidligere fødselserfaring. Dette fordi det ble antatt at en fødsel ville oppleves ulikt første og andre gang, men også for at opplevelsene ikke skulle blandes sammen. Flere studier som har sett på menns fødselserfaringer viser at det er vanlig at menn beskriver det andre svangerskapet og fødselen som enklere og mindre angstfremkallende enn den første, ganske enkelt som et resultat av at de har vært gjennom det før (Johansson et al., 2012; Dellmann, 2004). Det ble også antatt at det ville bli lettere for fedre med mest mulig likt utgangspunkt å samtale i en fokusgruppe, noe som ble bekreftet gjennom pilotintervjuet.

Studiens mål om totalt antall informanter ble nådd i løpet av en fem ukers rekrutteringsperiode. Dersom datainnsamlingsperioden var lenger kunne det blitt rekruttert flere informanter, noe som kunne gitt et rikere materiale. To av fokusgruppene hadde mindre enn fire informanter, og dette vurderes som en svakhet i studien. Forfatterne opplevde at informantene i den minste fokusgruppediskusjonen henvendte seg mye til moderator og observatør. Forfatterne mener det hadde vært enklere å opprettholde dialog mellom informantene dersom det hadde vært flere i gruppen. Interaksjoner mellom deltakerne i gruppen er en viktig del av et fokusgruppeintervju (Malterud, 2012). Samtidig mener forfatterne at materialet var så rikt på beskrivelse og av en slik kvalitet at det kunne inkluderes i studien. Valget av fokusgruppediskusjon som metode ble gjort relativt tidlig i prosessen. Metoden oppleves som hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, og gav et rikere materiale enn vi ellers ville fått. Forfatterne opplevde at informantene med sine beskrivelser satte i gang refleksjoner hos de andre deltakerne, som kanskje ikke hadde kommet fram i individuelle intervjuer.

Forfatterne har diskutert betydningen av at fokusgruppediskusjonen fant sted på samme sykehus som informantene ble fedre. Det var viktig at informantene ikke skulle påvirkes av dette, og forfatternes uavhengige rolle ble derfor presisert. Det kan likevel tenkes at noen så forfatterne som representanter for sykehuset, og dermed ikke snakket helt fritt. Vi har videre stilt oss spørsmål om hvilken betydning intervjutidspunktet har for resultatene. De fedrene som hadde reist hjem med mor og barn flere uker før intervjuet synes å ha fått mer tid til å reflektere over alvoret i situasjonen. De som fortsatt var innlagt på barselavdelingen da fokusgruppediskusjonen fant sted, uttrykte en lettelse over at det hadde gått bra, men foreløpig hadde de ikke fått avstand til situasjonen. Det er nærliggende å tro at materialet kunne blitt rikere dersom informantene ble intervjuet to ganger etter keisersnittet, for eksempel etter 1 uke og etter 1-2 måneder.

Studiens omfang og tidsperspektiv kan sees på som en begrensning. Informantene ble rekruttert over en periode på fem uker. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at *pålitelighet* i kvalitative studier er avhengig av tiden man bruker på datainnsamling. Hvis datainnsamlingen strekker seg over lang tid er det risiko for at forfatternes perspektiv og tilnærming endres underveis i prosessen. Vi mener det styrker oppgavens pålitelighet at datainnsamlingsperioden var relativt kort. Samtidig påpeker Graneheim og Lundman (2004) at moderator og observatør gjennom intervjuprosessen uansett oppnår ny innsikt i fenomenet

de undersøker, og at dette kan påvirke fokuset i intervjuene. Utgangspunktet for denne studien var å få tak i fedrenes opplevelser ved akutt keisersnitt. I ettertid ser forfatterne at deler av forforståelsen hadde bakgrunn i kronikken “*Den brysomme pappaen*” (Losvik, 2015), og at mye av fokuset var rettet mot hvordan informantene opplevde å bli sendt hjem etter keisersnittet fordi det ikke var plass til dem på barselavdelingen. Gjennom de tre fokusgruppediskusjonene ble perspektivet utvidet til å omfatte totalopplevelsen fedrene satt igjen med, og forfatterne forstod at det å ikke få lov til å overnatte sammen med mor og barn på sykehuset bare var en liten del av opplevelsen. Vi som forfattere er beviste på denne endringsprosessen, og mener dette bidro til at vi fikk et rikere materiale.

En studies overførbarhet styrkes gjennom en detaljert beskrivelse av studiens kontekst, utvalg, datainnsamling og analyseprosess. Det er i hovedsak leseren som bestemmer studiens *overførbarhet*, ved se på hvordan studien er gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004). Funn som er gjort ved fokusgruppediskusjoner kan ikke generaliseres, men kan ha overføringsverdi til lignende situasjoner (Malterud, 2012). Studien vår viser at fedrenes opplevelser er tett knyttet til avdelingens rutiner for informasjon og involvering av far. Fordi alle informantene er hentet fra samme sykehus, sier ikke denne studien noe om forskjellene mellom sykehus. Det er likevel nærliggende å tenke at funnene som omhandler hjelpeløshet, stress og engstelse hos far i den akutte fasen vil være gjeldende også i en annen kontekst. Andre sykehus har løsninger med familierom på barselavdelingen og dermed bedre mulighet for involvering av far. Funnene som omhandler fars opplevelser etter keisersnittet vil kanskje være mindre overførbare til en slik kontekst. Selv om informantene i denne studien har vært med på akutt keisersnitt, kan det også tenkes at man kan dra paralleller til fedre som opplever andre typer akutte hendelser i forbindelse med fødsel.

5.3 Videre forskningsområder

Det foreslås at fedrene burde intervjues to ganger, for eksempel etter 1 uke og etter 1-2 måneder, for å se om tid har betydning for hvordan de beskriver opplevelsene rundt akutt keisersnitt. Videre kan det være aktuelt å undersøke opplevelsene til fedre med tidligere fødsels erfaring. Det kunne også vært interessant å sammenligne denne studiens funn med en lignende studie ved et annet sykehus.

6. 0 KONKLUSJON

Studien viser at akutt keisersnitt er emosjonelt utfordrende for førstegangsfedre.

Barnet kommer til verden på en måte som oppleves som dramatisk, og fedrene går fra å være aktive deltakere i en fødsel til å bli passive pårørende. De føler seg ikke forberedt på situasjonen, og kjenner på følelser som hjelpeløshet og frykt for å miste mor og barn.

Opplevelsen preger fedrene forskjellig ut fra hvilket informasjonsbehov de har, hvilken informasjon de får og tidspunktet for når informasjonen blir gitt. Informasjonen som blir gitt på vei fra fødestuen til operasjonsstuen er av stor verdi for tryggheten fedrene opplever, selv om informasjonen ofte er svært kort. Etter at barnet er forløst beskriver mennene forskjellige opplevelser knyttet til sin nye rolle som far. Tiden de sitter alene med ansvaret for barnet er for noen forbundet med kvalitet, for andre med stress og engstelse. Dette har sammenheng med omsorgen de får fra helsepersonell. God informasjon om mors tilstand, annerkjennelse som far og involvering i stell av barnet synes å være av tiltak som bedrer fedrenes opplevelser rund keisersnittet. Hud-mot-hud kontakt er en god måte å sikre ivaretagelse av både far og barn i denne perioden. Et slikt tiltak er lite ressurskrevende og har dokumenterte positive effekter. Studien viser også at det er viktig for fedrene å være sammen med mor og barn på sykehuset i dagene etter fødselen, for å føle seg involvert, for å gi støtte til familien og for å selv motta støtte fra helsepersonell. Mange får ikke et slik tilbud.

REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berg, M. & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, G. (2013). Högt blodtryck. I B. B. Arnetz (Red.), *Stress: gen, individ, samhälle* (s. 105-115). Stockholm: Liber.
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Joreskog, K. & Nyqvist, K. H. (2012). *Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role*. Journal of Advanced Nursing, 68(9), 1988-1996. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x
- Blåka, G. (2010). Et kvinnefag i utvikling. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 63-68). Oslo: Akribe.
- Brandao, S. & Figueiredo, B. (2012). *Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience*. Journal of Advanced Nursing, 68(12), 2730-2739. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x
- Burr, G. & Severinsson, E. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård: närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.
- Capogna, G., Camorcia, M. & Stirparo, S. (2007). *Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia*. International Journal of Obstetric Anesthesia, 16(2), 110-115. doi:10.1016/j.ijoa.2006.08.009
- Christensson, K. (1996). *Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants*. Acta Pædiatrica, 85(11), 1354-1360. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb13925.x
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 12.08.2016 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Deave, T., Johnson, D. (2008). *The transition to parenthood: what does it mean for fathers?*. JAN, 63(6), 626-633. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x
- Dellmann, T. (2004). *The best moment of my life; a literature review of fathers' experience of childbirth*. Australian Midwifery, 17(3), 20-26. doi:10.1016/S1448-8272(04)80014-2
- Draper, J. (1997). *Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance*. Midwifery, 13, 132-138. doi:10.1016/S0266-6138(97)90003-6
- Eriksen, H. R., Ursin, H. (2013). Kognitiv stressteori. I B. B. Arnetz (Red.), *Stress. Gen. Individ. Samhälle*. Stockholm: Liber.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Keisersnitt faktaark med statistikk*. Hentet 15.04.2016 fra <https://www.fhi.no/fp/svangerskap/gravide-og-fodende-kvinnens-helse/keisersnitt---faktaark-med-statistikk/>
- Genesoni, L. & Tallandini, M. A. (2009). *Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008*. Birth, 36(4), 305-318. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsedirektoratet. (2003). *Tilfredshet i svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse*. Hentet 24.05.2016
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet 20.02.2016 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien#utreise-fra-føde-/barselavdelingen>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansson, M. & Hildingsson, I. (2013). *Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: Mode of birth matters for satisfaction*. *Women and Birth*, 26(3), 195-201. doi:10.1016/j.wombi.2013.04.001
- Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J. (2012). *Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: The importance of being able to room in after a surgical birth*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 35-36. doi: 10.1016/j.srhc.2012.11.002
- Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J. (2012). *Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section*. *Midwifery*, 29(9), 1041-1049. doi:10.1016/j.midw.2012.09.009
- Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I. & Hildingsson, I. (2012). *Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 11-20. doi:10.1016/j.srhc.2011.12.003
- Johnson, M. P. (2002). *An Exploration of Men's Experience and Role at Childbirth*. *The Journal of Men's Studies*, 10(2), 165-182. doi:10.3149/jms.1002.165
- Kennell, J. H. & McGrath, S. K. (2003). *Beneficial effects of postnatal skin-to-skin contact*. *Acta Pædiatrica*, 92(3), 272-273. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb00544.x
- Kleiber, C., Halm, M., Titler, M., Montgomery, L. A., Johnson, S. K., Nicholson, A., Megivern, K. (1994). *Emotional responses of family members during a critical care hospitalization*. *Am J Crit Care*, 3(1), 70-76.
- Knutstad, U. & Heggstad, A. K. T. (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). *Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Anderssen, T. & Rygge, J. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leonard, A. & Mayers, P. (2008). *Parents' lived experience of providing kangaroo care to their preterm infants*. *Health S A*, 13(4), 16-28. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/195458720?accountid=26439>
- Lewis, C. (1986). *Becoming a Father*. Milton Keynes: Open University Press.
- Longworth, H. L. & Kingdon, C. K. (2011). *Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study*. *Midwifery*, 27(5), 588-594. doi:10.1016/j.midw.2010.06.013
- Losvik, O. K. (2015). *Den bryssomme pappaen*. Hentet 19.10.2015 fra <https://www.nrk.no/ytring/den-bryssomme-pappaen-1.12556717>

- Madsen, S. A. (2009). *Men's Mental Health: Fatherhood and Psychotherapy*. The Journal of Men's Studies, 17(1), 15-30. doi:10.3149/jms.1701.15
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2. utg.). London: Harper & Row.
- McClowry, S. G. (1992). *Family functioning during a critical illness: a systems theory perspective*. Critical care nursing clinics of North America, 4(4), 559-564. Hentet fra <http://europepmc.org/abstract/MED/1288578>
- McGrath, S. K. & Kennell, J. H. (2002). *Extended mother-infant skin-to-skin contact and prospect of breastfeeding*. Acta Pædiatrica, 91(12), 1288-1289. doi:10.1111/j.1651-2227.2002.tb02819.x
- Montigny, F. & Lacharité, C. (2004). *Fathers' Perceptions of the Immediate Postpartal Period*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33(3), 328-339. doi:10.1177/0884217504266012
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database Syst Rev, (5), Cd003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Norsk gynekologisk forening. (2014). *Veileder i fødselshjelp*. Hentet 10.05.16 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Keisersnitt/>
- Plantin, L. (2001a). *Män, familjeliv och föräldraskap*: Borea Bokförlag.
- Plantin, L. (2001b). *Mäns föräldraskap: om mäns upplevelser och erfarenheter av faderskapet*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rosich-Medina, A. & Shetty, A. (2007). *Paternal experiences of pregnancy and labour*. British Journal of Midwifery, 15(2), 66-74. doi:10.12968/bjom.2007.15.2.22783
- Rowe-Murray, H. J. & Fisher, J. R. W. (2002). *Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding*. Birth, 29(2), 124-131. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Salvesen, K. Å. (2010). Operative forløsninger. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 489-497.). Oslo: Akribe.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2011). *Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care*. Midwifery, 28(4), 362-371. doi:10.1016/j.midw.2011.06.009
- St. Meld. nr. 8. (2008-2009). (2008). *Om menn, mansroller og likestilling*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-2008-2009-/id539104/?ch=1&q=>
- Tessier, R., Charpak, N., Giron, M., Cristo, M., de Calume, Z. F. & Ruiz-Pelaez, J. G. (2009). *Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study*. Acta Paediatr, 98(9), 1444-1450. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Velandia, M., Matthisen, A. S., Uvnaas-Moberg, K. & Nissen, E. (2010). *Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section*. *Birth*, 37(3), 192-201. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00406.x
- World Health Organization. (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Hentet 20.04.2016
- World Health Organization. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Hentet 25.05.2016 fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- Yokote, N. (2007). *Fathers' feelings and thoughts when their partners require an emergency cesarean section: Impact of the need for surgery*. *Japan Journal of Nursing Science*, 4(2), 103-110. doi:10.1111/j.1742-7924.2007.00079.x

VEDLEGG

Vedlegg I: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«FØRSTEGANGSFEDRES OPPLEVELSE VED AKUTT KEISERSNITT»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om førstegangsfedre sin opplevelse av fødsel som ender med akutt keisersnitt, og der mor og barn kommer på barselavdelingen etter fødselen.

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om førstegangsfedre og deres opplevelser og erfaringer rundt deltakelse i fødsler som ender med akutt keisersnitt. Vi ønsker økt kunnskap og forståelse av hvordan fedre føler seg ivaretatt ved en slik hendelse. Dette kan gjøre det mulig for jordmødre i svangerskaps- og fødselsomsorgen å møte fedrenes behov på en hensiktsmessig måte.

Dette er et prosjekt som utføres av masterstudenter i jordmorfag - ... Ansvarlig for prosjektet er førsteamanuensis Anne Kaasen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektets inklusjonskriterier er at du er førstegangsfar, er over 18 år, snakker norsk og at mor og barn er friske og ikke trenger spesialoppfølging for eksempel ved nyfødt intensiv. Du har blitt spurt om å delta i studien fordi du innfrir disse kriteriene.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer en fokusgruppediskusjon, der vi ønsker en gruppe på 4-8 førstegangsfedre som har vært med på at deres barn blir forløst med akutt keisersnitt. Fedrene blir rekruttert av personalet på barselavdelingen etter prosjektets inklusjonskriterier. Vi som har prosjektet har ingen tilgang til andre opplysninger om far, mor eller barn. Intervjuet tar 1-2 timer, og vil bli tatt opp på båndopptaker. Det vil være en intervjuer og en observatør tilstede. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun vi og veilederen vår som vil ha tilgang til opplysningene. Materialet som publiseres vil være anonymt og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes. Prosjektet skal være ferdig 27.10.2016, og alle opplysninger som lydopptak og personopplysninger vil da bli slettet.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i prosjektet vil kreve 1-2 timer av tiden din. Det er ikke snakk om noen videre oppfølging. Du som deltager møter til avtalt tid og sted for intervju. Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppediskusjonene i løpet av uke 23 og /eller 24. Du som deltaker møter kun en gang, se på siste siden for tidspunkter du kan velge mellom. Vi har forståelse for at dette innebærer at du må sette av tid til andre enn mor og barn, men vi håper det er motiverende å bidra mer forskning på dette temaet. Vi kontakter deg for intervjuavtale, og du vil få påminnelse på SMS før intervjuet hvis du ønsker. Vi har dessverre ingen mulighet for å dekke eventuelle reiseutgifter til og fra intervjustedet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du en samtykkeerklæringen før intervjuet starter. Du kan trekke ditt samtykke fram til du går ut av intervjurommet. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektledere;

Taushetsplikt

Dersom du ønsker å delta og undertegner samtykkeskjemaet har du også taushetsplikt for all informasjon som du får tilgang til gjennom fokusgruppediskusjonen. Dette gjelder også dersom du ønsker å trekke deg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Høgskolen i Oslo og Akershus, Personvernombudet ved ... sykehus, avdelingsleder ved fødeavdelingene ... og seksjonsledere ved barselavdelingene.

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg II: Tilrådning fra NSD

Anne Kaasen
 Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
 Postboks 4 St. Olavs plass
 0130 OSLO

Vår dato: 01.06.2016

Vår ref: 48630 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|--|
| 48630 | <i>Førstegangsfedres opplevelse av ivaretagelse av jordmor etter akutt keisersnitt</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Anne Kaasen</i> |
| <i>Student</i> | <i>....</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 28.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: ...

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48630

INFORMASJON OG SAMTYKKE

I følge meldeskjemaet skal deltakerne i studien informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

SENSITIVE OPPLYSNINGER OM INFORMANTENE

Vi vurderer at det vil kunne komme frem helserelevante opplysninger om informantene. Vi har derfor endret dette punktet i meldeskjemaet til at det kan behandles sensitive opplysninger.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

I informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 28.10.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg III: Tilråding fra Personvernombudet**PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING**

Til: ...

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved ...sykehus.

Dato: 30.05.2016

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og databehandling av personopplysninger

Saksnummer/
ePhortennummer: 2016/7601

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet:**”FØRSTEGANGSFEDRE”**

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12, jf. helseregisterloven § 5, har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud ved ... sykehus, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er ... sykehus ved adm. dir.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder ved ... har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.

5. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
8. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
9. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2016 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen
Personvernrådgiver

... sykehus HF
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Vedlegg IV: Brev til sykehusledelsen

....

Oslo, 18.mai 2016

....

FORESPØRSEL OM GJENNOMFØRING AV FORSKNINGSPROSJEKT VED KVINNEKLINIKKEN.

Vi er to studenter på masterprogrammet i Jordmorfag ved HIOA avd. Kjeller. Vi forbereder masteroppgaven vår, og ønsker i den forbindelse å gjennomføre et forskningsprosjekt ved barselavdelingene på Kvinneklinikken.

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om førstegangsfedre og deres opplevelser og erfaringer rundt deltakelse i fødsler som ender med akutt keisersnitt. Vi ønsker økt kunnskap og forståelse av hvordan fedre føler seg ivaretatt i etterkant av en slik hendelse. Vi søker derfor tillatelse til å rekruttere informanter til studien ved barselavdelingene ved Rekrutteringen av informanter vil skje via personalet på avdelingene, slik at vi ikke gis innsyn i journaler eller annen sensitiv informasjon som ikke vedrører studien.

Prosjektet ligger i skrivende stund til godkjenning hos Personvernombudet ved ..., samt NSD. Dersom vi får tillatelse til gjennomføring av studien fra de overnevnte instanser samt Kvinneklinikken, tar vi videre kontakt med avdelingsledere ved de aktuelle avdelingene for gjennomføring.

Veileder på prosjektet er førsteamanuensis ved HIOA Anne Kaasen. Mail Anne.Kaasen@hioa.no, tlf.: 67236490/90746802.

Vedlagt ligger utarbeidet prosjektbeskrivelse.

På forhånd takk,

Mvh

...

Vedlegg V: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Generell informasjon i forkant:

- Begge/ alle informanter skal få komme til ordet
- Alt som blir sagt holdes innenfor dette rommet
- Underskrive samtykkeskjemaet, kan trekke seg frem til intervjuet finner sted
- intervjuet vil vare i 1-2 timer

Kan dere begynne med å snakke litt om hvordan det var når det ble bestemt at det skulle gjøres akutt keisersnitt?

Hjelpespørsmål:

- Sitter alle her med samme følelsen/opplevelsen?

Før fødsel:

- Hvilke tanker gjorde informantene seg rundt deltakelse i fødsel på forhånd?
- Hvilke følelser fikk du?
- Var du redd? Følte du deg trygg?
- Deltok informantene i noen spesielle forberedelser før fødselen?

Under fødsel:

- Hvilken rolle opplevde du å få på fødestuen?
- Hvordan opplevde du jordmor under fødselen?
- Hvilken informasjon ble gitt av jordmor når det ble klart at det måtte gjøres keisersnitt?
- Hvordan opplevde du situasjonen som oppstod? Ble du redd? Følte du deg trygg?

Etter keisersnittet:

- Hva skjedde rett etter keisersnittet?
- Når fikk du sett mor?
- Når fikk du sett barnet?
- Hvem hadde ansvaret for dere?
- Hvilke informasjon ble gitt rett etter keisersnittet?

Barsel:

- Beskriv oppholdet på barsel.
- Ble det lagt til rette for samvær med mor og barn?
- Fikk informantene tilbud om samtale med jordmor i barselperioden? Isåfall, opplevdes dette som nyttig?
- Opplever du at du fikk informasjon som hjalp deg å forstå hvorfor det ble keisersnitt?
- Kunne opplevelsen vært annerledes?
- På hvilken måte kunne opplevelsen vært annerledes?

Vedlegg VI: Bakgrunnsinformasjon**BAKGRUNNSINFORMASJON**

Vennligst sett ett kryss pr spørsmål. Dersom du krysser av feil felt, la krysset stå, kryss i riktig felt og ring rundt riktig kryss.

Alder

18-29

30-39

40-49

Over 50

Hvor er du født?

Sivil status

Gift

Samboer

Annet: _____

Utdannelsesnivå

Grunnskole

Videregående skole

Høgskole/Universitet

Når ble du far?

under en uke siden

mer enn en uke siden

mer en to uker siden

Har du tidligere vært med på barnefødsel?

Ja

Nei

Vedlegg VII: Kronikk fra NRK Ytring

Den brysomme pappaen

Far har fått være med på fødsel i 45 år, men to timer etter at barnet er født, kan han bli bedt om å dra hjem.

Ole Kristian Losvik

Publisert 19.10.2015, kl. 09:02

Det er søndag. En høstdag i 2015. Klokka er ni minutter over ti. Verdens mest perfekte vesen er født. 3016 gram og 50 cm lang. Det går noen ulidelig lange sekunder mens navlesnoren blir snurret av halsen hans, før gråten kommer og babyen plasseres på mors bryst. Og der ligger vi alle tre. En lykkelig mor, en forskrekket sønn og en stolt far.

Mor blør, og jordmor ser stresset ut. Men jeg er ikke bekymret, jordmoren ser ut til å håndtere det med sytråden sin. Men etter hvert tilkaller hun vakthavende lege. Så kommer det en lege til. De diskuterer mer og mer. Det blir klart at mor må akuttopereres.

Minstemann flyttes over til mitt bryst, mens mor blir flyttet over i operasjonsseng. Pulsene og pusten hennes er raskere. Når hun ankommer operasjonsstuen, har hun også fått lavt blodtrykk. Dette er tegn på at blodtapet er stort, og sirkulasjonen hennes er truet. Men vi er på Ullevål. Norges fremste fødeavdeling, er det ikke?

Ikke velkommen

På brystet mitt ligger min nyfødte sønn. Før de går, sier de at jeg må holde ham varm. Alle forlater fødestuen, og vi to blir liggende alene på fødestuen. Det ligger blodige håndklær rundt på gulvet, og det er blod i fødesengen. En renholder kommer innom og tar med seg litt av restene. Ingen forteller meg hva som skjer. Når det er gått en time, kommer en barnepleier inn med en beskjed:

”Jeg må be deg om å forlate sykehuset”. Jeg vet ikke helt om jeg skjønner, og spør hva hun mener. ”Hvordan har du tenkt å komme deg hjem?”, svarer hun. Det viser seg at fødselen er definert til å være over to timer etter forløsning, og på barsel er ikke far velkommen. At mor ligger på operasjonsstuen, endrer visst ikke noe.

”Jeg må be deg om å forlate sykehuset”. Jeg vet ikke helt om jeg skjønner, og spør hva hun mener. ”Hvordan har du tenkt å komme deg hjem?””, svarer hun.

OLE KRISTIAN LOSVIK, PAPPA

Dersom fødselen er helt uproblematisk, kan fedrene på Ullevål sykehus og AHUS betale for å få være sammen med familien på et pasienthotell i dagene etter fødsel. På Rikshospitalet må far forlate familien, men kan komme på besøk. I de situasjonene hvor mor må opereres eller er for syk til å ta seg av barnet, får ikke far være sammen med barnet. Selv om det kanskje er da han trengs aller mest.

Ny adskillelse

Etter hvert blir vi enige om at vi kan få lov til å sitte på stuen og vente litt for å høre fra kirurgen. Nok en time senere kommer kirurgen ned og kan fortelle at operasjonen var vellykket, men at mor har mistet mye blod og er medtatt. Hun ligger på overvåkningen og får væske og blodoverføringer.

Første natten var vi spredt utover tre steder på Ullevål sykehus.

OLE KRISTIAN LOSVIK, PAPPA

Jeg tror det er lett å forstå hvor godt det var å komme opp dit med minstemann for en liten familiegjengforening. Men det ble raskt klart at familien skulle skilles igjen. Mor trengte å være på overvåkning. Barnet kunne ikke være der, siden det ikke var deres ansvarsområde, og måtte derfor passes på av personalet i en annen avdeling. Jeg fikk igjen beskjed om at jeg måtte forlate sykehuset, siden fedre ikke kunne være på barselavdelingen. Her var ingen assistanse å få, men etter hvert fant jeg pasienthotellet, der de hadde et ledig rom for ”eksterne gjester”. Så første natten var vi spredt utover tre steder på Ullevål sykehus.

Omsorgsfull helsehjelp

Helsepersonell skal ifølge helsepersonelloven gi både forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Alle jordmødrene og gynekologene vi møtte, var faglig dyktige og ga forsvarlig helsehjelp. Systemet oppleves derimot ikke som *omsorgsfullt*. Skal vi nøye oss med bare forsvarlig helsehjelp? Jeg synes vi skal ha et helsevesen som også gir *omsorgsfull* helsehjelp. Dette er ikke god omsorg. For verken mor, far eller barnet.

Jeg synes vi skal ha et helsevesen som også gir omsorgsfull helsehjelp. Dette er ikke god omsorg. For verken mor, far eller barnet.

OLE KRISTIAN LOSVIK, PAPPA

Senest i dag hørte jeg jordmødre be mødrene legge fra seg mobilen og heller fokusere på den nyfødte. Men kanskje sender hun bare et bilde til far, som sitter alene hjemme. Hvorfor er ikke tilknytningen til far viktig?

I løpet av første halvdel av 70-tallet åpnet norske sykehus og fødestuer for at far skulle få være tilstede under fødselen. To timer etter fødselen, når familien skal ut av fødestuen, er denne rettigheten over. Det er synd, for pappaen har omsorg for både mor og barn. Nå er det på tide å gi både moren og barnet rett til å ha en far tilstede i den sårbare starten av et nytt liv. Barns oppvekst handler om tilknytning, aller først til mor og far. Skal vi ta barnet på alvor, så er varmen, stemmene, luktene til foreldrene det eneste viktige. Og selvsagt morsmelken, hvis mamma ikke ligger på operasjonsbordet.