

Mittuniversitetet
Institutionen för Hälsovetenskap (IHV)
Barnmorskeprogrammet
Campus Sundsvall 2013

Självständigt arbete i sexuell och
reproduktiv hälsa, 15 hp

Mäns intresse för olika vårdformer i samband med deras barns födelse

Annakari Rystedt

**Men's interests for different variety of care models in relation to their children's
intrapartum and postnatal care**

Handledare: Margareta Johansson

Examinator: Ingegerd Hildingsson

Examineras vid Mittuniversitetet 2013-06-03

Abstrakt

Bakgrund I Sverige finns begränsat antal vårdformer att välja på inom förlossningsvården. **Syfte** Att belysa mäns intresse för olika vårdformer i samband med förlossning och eftervård samt om deras sociodemografiska bakgrund eller erfarenhet av tidigare barns förlossningssätt har något samband med hur de valde. **Metod** En prospektiv longitudinell kohortstudie. Alla svensktalande män vars partner genomgick rutinultraljudsundersökning på någon av de obstetriska mottagningarna i ett län i Mellansverige blev inbjudna att delta i studien under ett år (8/1-2007 till 8/1 -2008). Fyra frågeformulär besvarades. Dataanalysen utfördes med beskrivande och jämförande statistik. **Resultat** 453 män deltog i studien. Förlossning på sjukhus var den förlossningsvårdform som männen visade högst intresse för (66-82%) samma barnmorska (44,6-68,7%), ABC-vård (2,0-6,7 %) och därefter hemförlossning (0,7-4,4 %). Den eftervårdsform som intresserade flest män var traditionell BB avdelning (51,2-79,1 %) följt av vistelse på hotell (33,8-46,7%) och därefter tidig hemgång(18,1- 30,6 %). **Slutsats** Förlossning på sjukhus, samma barnmorska samt eftervård på traditionell BB och Hotellvistelse var det som flest män föredrog.

Nyckelord

Förlossningssätt, Intresse, Pappa, Vårdform.

Abstract in English

Introduction Sweden has limited choice of care models within the maternity care services. **Aim** The study was to examine which form of nursing care men is interested of when it comes to their children's birth and if their sociodemographic background or experience of partners earlier mode of birth has some connection with what model of care they preferred. **Method** A prospective longitudinal cohort study. All men who speaks Swedish and whose partner underwent the routine ultrasound screening in any off the county councils' obstetric ward where invited to participate in the study during one year (2007-2008). Four questionnaires were responded to. The computer analysis was carried out with describing and comparing statistic. **Results** 453 men participated in the study. Childbirth in hospital was the care model of intrapartum care that the men showed highest interest for (66-82%), continuity of care (44,6-68,7%), ABC care (2,0-6,7%) thereafter home childbirth (0,7- 4,4%). The postnatal model of care that interested most men was traditionally maternity ward (51,2- 79,1%) followed by a stay at the hospital hotel (33,8-46,7%) and thereafter early discharge to home (18,1 - 30,6%). **Conclusion** Childbirth in hospital, continuity of care and postpartum care at maternity ward and hospital hotel was the most preferred mode of care.

Keywords

Father, Interest, Mode of birth, Mode of care

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	6
Design	6
Population/urval	6
Datainsamlingsmetod/instrument	6
Tillvägagångssätt	7
Vårdkontext i länet	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Diskussion	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats	18
Referenser	20

Bakgrund

Historik

Fram till i början av 1900-talet födde 90 procent av kvinnorna i Sverige sina barn i hemmet. Sociala reformer och förebyggande mödra- och barnhälsovård har lett till att sedan 1940-talet föder de flesta svenska kvinnor på sjukhus (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 26; Lindgren 2008).

Mäns delaktighet

Idén att öka de blivande fädernas medverkan i reproduktiv hälsa är inte ny och har existerat i flera decennier i många delar av Europa. Under 1960 och 70 talen uppmuntrades män att medverka i föräldragrupper och att delta under förlossningen samt att ta en mer aktiv roll i omvårdnaden av sina barn. I första hand var syftet att ge ökat stöd till den gravida partnern innan, under och efter födelsen. I modern tid är män involverade också för sin egen hälsas skull och för att så snart som möjligt utveckla en identitet som förälder. Ökat engagemang i faderskapet ger mannen ökad hälsa och välmående. Män som under graviditeten synliggörs som blivande pappa och känner emotionellt stöd uppvisar ökad fysisk och psykisk hälsa. Om kvinnan av sin partner får emotionellt och psykologiskt stöd under graviditet och förlossning minskar hennes förlossningssmärta och utmattningsgrad under förlossningen. Desto mer pappan engagerar sig i förlossningen och efterförloppet ju starkare band knyter han till barnet. En pappa med stark tillgivenhet till sitt barn deltar mer i barnets uppväxt (Plantin, 2007). Pappor vill vara engagerade i graviditet och förlossning. Att delta i föräldragrupp är viktigt, rutinultraljudet är en viktig milstolpe i graviditeten då barnet blir mer verkligt för den blivande pappan. Att bli sedd av vårdpersonalen som en av de blivande föräldrarna är också viktigt. Att bli uppmuntrad och få stöd är lika viktigt för blivande pappor som för blivande mammor (Finnbogadottir, Crang Svalenius & Persson, 2003).

Kontinuitet

I en reviewartikel av Green, Renfrew och Curtis (2000) framkommer att med kontinuitet kan menas endera färre vårdgivare eller känd vårdgivare. I begreppet kontinuitet av vårdare kan således antingen antalet vårdare räknas eller att kvinnan har haft en känd vårdare vid förlossningen.

Fortlöpande vårdform

Samma barnmorska under graviditet, förlossning och eftervård kan liknas med kontinuitet i vården. Detta innebär att den gravida kvinnan och hennes partner följs av ett begränsat antal vårdgivare/barnmorskor genom graviditet, förlossning och eftervård (Aune, Dahlberg & Ingebrigtsen, 2012). ABC-vård är en vårdform på klinik där hemlik miljö efterliknas, vårdtiden är kort (24 timmar), kontinuitet erbjuds med ett fåtal barnmorskor under hela graviditeten, förlossning och eftervård. Eftersträvansvärt är även begränsad användning av läkemedel och medicinsk teknologi. Kvinnornas partner får oftast stanna kvar över natten efter förlossningen. Denna vårdform erbjuds kvinnor med låg risk för medicinska komplikationer (Gottvall, 2004).

Vårdformer vid förlossning

Sjukhusförlossning definieras precis som det förefaller: förlossning som sker på sjukhus. Hemförlossning kan definieras som att kvinnan under graviditeten planerat en förlossning i hemmet med barnmorska som assistent. I Sverige idag finns ett fåtal barnmorskor som medverkar i hemförlossningar. Föreningen ”Föda hemma” är en ideell organisation som hjälper till att etablera kontakt mellan blivande föräldrar och barnmorskor som utför hemförlossningar. De blivande föräldrarna får oftast själva stå för kostnaderna. Ett hundratal kvinnor i Sverige går varje år igenom en hemförlossning (Lindgren, 2008).

Vårdformer vid eftervård

Tidig hemgång definieras av Socialstyrelsen (SOSFS 1993:1) som hemgång inom 72 timmar efter förlossning. Traditionell BB avdelning där barnmorskor arbetar erbjuds kvinnor som av någon anledning behöver stanna kvar på sjukhuset efter födseln (Johansson, Rubertsson, Rådestad & Hildingsson, 2013). Eftervård på hotell erbjuds i länet på ett av sjukhusen. Detta erbjuds kvinnor som haft en okomplicerad förlossning och vill stanna kvar på sjukhuset efter de sex rekommenderade timmarna på förlossningsavdelningen. Kostnaden är för kvinnan är detsamma som om hon hade varit inskriven på avdelning, medan partnern betalar sin kostnad själv URL <http://www.1177.se/Vasternorrland/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-forlossningen/De-forsta-dygnen-efter-forlossningen/> [Läst 130415].

Jämförelse mellan olika vårdformer

I en norsk studie av Aune et al. (2012) följde barnmorskestudenter 50 gravida par genom graviditet, förlossning och eftervård. Paren upplevde denna kontinuitet i vården som mycket viktig och att den relation som under tiden hade byggts upp resulterade i en känsla av förtroende och trygghet. Männen ansåg det vara viktigt att de kände studenten därför att kontinuiteten gav en lugn, bekväm och individuellt anpassad vård samt stort emotionellt stöd. Studentens bekräftande och uppmuntran av fadern resulterade i att han blev mer engagerad i att stödja kvinnan genom förlossningen. Att efter hemgång återigen träffa den person som medverkat vid förlossningen och upplevt samma situation för att tillsammans gå igenom förlossningen upplevdes också som mycket givande. Hicks, Spurgeon och Barwell (2003) visar i sin studie att *kvinnor* som träffat samma barnmorska under graviditet, förlossning och postpartum var mer nöjda med informationen, råden och förklaringarna som gavs. De var också mer nöjda med barnmorskans beteende, lyhördhet och den information barnmorskan gav till den blivande fadern. De var också mer nöjda med den omvårdnad, kontinuitet och kontakt de fått av barnmorskan. Jämförelsen var gjord med kvinnor som fick traditionell mödravård.

Nitton engelska män som intervjuades om sin inställning till sjukhusfödelse eller hemförlossning i samband med deras barns födelse visade att sjukhusfödelse var det självklara och säkraste valet och att hemförlossning medför en risk och bör undvikas. De valde bort hemförlossning i syfte att skydda partnern från skaderisk. Männen uttryckte också en egen önskan av att vara på sjukhus därför att där finns expertis vilket medför trygghet. Flera män påtalade att om de inte skulle klara pressen utan vilja lämna den födande kvinnan en stund så skulle där ändå finnas professionellt stöd och de skulle därmed känna sig mindre sårbara. Det framkom att männen lät sin partner bestämma vilken vårdform hon ville ha, så länge hon valde sjukhusförlossning. Alla män skulle försöka övertala sin partner att välja sjukhusförlossning och om kvinnan inte valde detta så hade hon valt med vissheten om att partnern inte höll med (Bedwell, Houghton, Richens & Lavender, 2010).

I en studie av Lindgren och Erlandsson (2011) där åtta män, som tillsammans upplevt 23 hemförlossningar, intervjuades angående svenska fäders erfarenheter av hemförlossningar framkom det att det inte var lätt för männen att acceptera kvinnans vilja utan det krävdes viss övertalning. Även om mannen var skeptisk till kvinnans val att föda hemma så gav han sitt stöd till beslutet. Männen såg valet av förlossningssätt som kvinnans sätt att vilja ha kontroll. Att få vara i det egna hemmet och ha syskonen nära betydde att familjen kunde vara tillsammans utan att bli störda. Männen kände sig bekväma i hemmet och hade mer kontroll vilket gav dem en viktig roll som värd i sitt hem istället för som gäst på en traditionell förlossningsavdelning. De slapp den stress det skulle inneburet att åka iväg till sjukhus för att föda. Männen ansåg inte att de var oansvarliga i att bejaka beslutet att föda hemma. Snarare framhölls att de var pålästa i ämnet och fullkomligt på det klara med riskerna. Att ha en medverkande barnmorska sågs som en säkerhet och mycket liten förståelse visades för beslutet att föda hemma utan närvarande barnmorska. Att lära känna barnmorskan ingav en känsla av säkerhet. Att ha förtroende för hennes kunskaper och erfarenheter ansågs viktigt och de fortlöpande träffarna under graviditeten ingav männen trygghet och lugn. Barnmorskan sågs primärt som en hjälp för kvinnan men hon överförde även sin tilltro på kvinnans kapacitet att föda barn till mannen vilket ökade hans självkänsla. Fäderna beskrev hemförlossningen som att paret hade kontroll över vad som ägde rum jämfört med att subjektifieras på ett sjukhus. Det var lättare att ge kvinnan stöd i hemmet jämfört med på sjukhuset.

I en jämförelse mellan vård på en traditionell förlossningsavdelning (n=786) och en modifierad alternative birth centre (ABC) (n=411) påvisades att både kvinnorna och männen som vårdats på ABC-kliniken var i högre grad nöjd med den vård de fått. De faktorer som möjligen ansågs förklara den högre tillfredsställelsen var att barnmorskan varit mer stödjande igenom alla faser det vill säga graviditet, förlossning och eftervård. Under graviditeten var upplevelsen av den lugna miljön och atmosfären mycket viktig, medans antal barnmorskor eller om de hade träffat barnmorskan innan förlossningen inte påverkade hur nöjd de var överlag. Att pappan kunde övernatta efter förlossningen påverkade både männens och kvinnornas tillfredsställelse. Flerbarnsfäder i ABC-gruppen var mer nöjd med både vården under graviditeten och eftervården jämfört med flergångsfäderna i gruppen som fått traditionell vård (Tingstig, Gottvall, Grunewald & Waldenström, 2012).

I en finländsk studie av Viisainen, Gissler, Räikkönen, Perälä och Hemminki (1998) undersöktes i vilken utsträckning män hade intresse för tidig hemgång, traditionell förlossningsavdelning på sjukhus och hemförlossning. Studien efterfrågade svar från både första och flerbarnsfäder. Det påvisades att sjukhusförlossning var vanligaste valet oavsett antal tidigare erfarna födslar, av 207 förstagångsfäder valde 77 procent detta alternativ. Tretton procent av fäderna valde tidig hemgång och tre procent hemförlossning. Bland flergångsfäderna (n=92) valde 80 procent traditionell förlossningsavdelning, tretton procent tidig hemgång, och en procent hemförlossning.

Fastän de flesta män vill vara engagerade i sina barn och vi vet att detta har positiva effekter så riktas få aktiviteter inom dagens mödra- och förlossningsvård till att hjälpa männen i deras föräldraskap. Mödra- och barnhälsovården fokuserar på modern och barnet och exkluderar män och deras behov (Plantin, 2007).

Problemformulering

Det finns i modern tid en förväntan på den blivande pappan att han bör/ska delta i sin partners graviditet, förlossning och eftervård. Vet vi vad för slags vårdformer nutida män är intresserade av? Det finns mycket lite forskat på vad män är intresserade av för vårdformer i samband med deras barns födelse. Kan vi identifiera mäns önskemål och utifrån hur de gör sina val kanske applicera detta i vården och på så sätt ge styrande politiker och vårdutvecklare förslag på hur vården kan utvecklas. Detta kanske kan ge män ökad delaktighet och därmed kvinnan ökad trygghet, familjen ökat välmående och högre livskvalitet och till sist ökad folkhälsa för befolkningen.

Syfte

Syftet var att belysa mäns intresse för olika vårdformer i samband med graviditet, förlossning och eftervård.

Frågeställningar

Förändras männens intresse för olika vårdformer över tid?

Finns det något samband med männens sociodemografiska bakgrund och vilken vårdform de föredrar?

Finns samband mellan födelsesätt och intresse av vårdform?

Metod

Design

Denna kvantitativa studie är en del av en prospektiv longitudinell kohortstudie (Johansson, 2012).

Population/urval

Studiedeltagarna i gruppen bjöds in att delta under ett år (8/1-2007 till 8/1 -2008) i ett län i Mellansverige och inkluderade svensktalande gravida kvinnor och deras partners, samtliga män, samt ett normalt ultraljudsfynd. I denna studie beaktades endast männens svar.

Datainsamlingsmetod/instrument

Data kommer från fyra frågeformulär. Det första formuläret besvarades vid tiden för rutinultraljudet vid graviditetsvecka 18-19, det andra sex till åtta veckor före förlossningen, det tredje sex till åtta veckor efter förlossningen och det sista ungefär ett år efter förlossningen. Det första formuläret besvarades av 1105 blivande fäder, det andra av 827, det tredje även det av 827 och det sista av 655 män.

De frågor som användes var: Vilka av följande vårdformer skulle du vara intresserad av (ur enkät 1+2)? samt Om du skulle få barn igen, vilka av följande vårdformer skulle du då vara intresserad av (enkät 3+4)? Svarsalternativen som kunde kryssas i var:

- Samma barnmorska under mödravård, förlossning och eftervård,
- Hemförlossning med barnmorska du tidigare träffat
- ABC-vård
- Sjukhusförlossning
- Tidig hemgång (>72timmar) med hembesök
- Eftervård på hotell
- Traditionell BB-avdelning
- Jag vet inte

Förklaringsvariabler var de sociodemografiska bakgrundsvariablerna ålder, civilstånd, utbildningsnivå och ursprung samt förlossningssätt vid barnets födelse.

Tillvägagångssätt

Informationsbrev om studien skickades ut till paren två veckor innan besöket för det planerade rutin ultraljudet med inbjudan att delta i studien. Vid ultraljudsundersökningens slut tillfrågades männen om de ville delta och fick därefter skriva på ett kontrakt. Männen kunde fylla i den första enkäten direkt eller välja att senare posta den i frankerat kuvert. Ett påminnelsebrev sändes ut efter två veckor och en ny enkät efter fyra veckor till de som inte svarat. De andra enkäterna skickades tillsammans med frankerade kuvert till hemadressen i sen graviditet, två månader efter förlossningen samt ett år efter förlossningen.

Påminnelseproceduren var som ovan efter varje enkäts utskick. Den sista enkäten skickades till de män som hade svarat på samtliga tidigare enkäter. Enkäterna kodades med en siffra på varje enkät. En kodlista upprättades så att kod och individ kunde spåras vid behov.

De män (n=655) som svarat på frågor ur alla fyra enkäter valdes för den föreliggande studien medan de män som inte svarade på frågan vilken vårdform de var intresserade av i alla fyra enkäter selekterades bort vilket gav (n=453). På denna fråga kunde de välja flera alternativ därför är antalet inte detsamma som antalet män. Alternativet: vet inte, besvarades inte av någon varför det inte inkluderades.

Bakgrundsvariablerna såsom männens ålder, civilstånd, utbildningsnivå och ursprung delades upp i två grupper för att kunna jämföras med hjälp av Fishers Exakta test i SPSS. Även tidigare förlossningssätt delades upp i två grupper: vaginalt och kejsarsnitt (Pallant, 2007).

Samband mellan männens sociodemografiska bakgrund och vilken vårdform de är intresserade av påvisades från två tidpunkter under studien: i mitten av graviditeten samt ett år efter barnets födelse. Detta med bakgrund av att det längsta tidsintervallet infinner sig mellan dessa tidpunkter (tabell 3+4).

Vid närmare granskning av de olika alternativen av vårdformer framkom även tre olika typer av vårdformer: fortlöpande, förlossnings samt eftervård. För kategorin **Förlossningsvård** ingick: Hemförlossning och Sjukhusförlossning. I kategorin **Eftervård** ingick Tidig hemgång, Eftervård på hotell (hotellvistelse) samt Traditionell BB-avdelning. Samma barnmorska och ABC- vård är **Fortlöpande vårdformer** under graviditet, förlossning och eftervård.

Vårdkontext i länet

I det mellansvenska länet finns för närvarande inga privata förlossningskliniker. Den förlossningsvård som erbjuds drivs således i landstingets regi. Att ha samma barnmorska under mödravård, förlossning och eftervård är inget som länets landsting erbjuder i dagsläget. Detsamma gäller för hemförlossningar och ABC-vård. Eftervård på hotell erbjuds på ett av sjukhusen.

Dataanalys

Dataanalysen har utförts med beskrivande och jämförande statistik, svaren bearbetas och analyserats i statistikprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17. Beskrivande statistik som används var antal och procent. Variablerna delades upp i två grupper för att kunna jämföras och därefter undersöka signifikanta skillnader (p-värde) med hjälp av Fishers Exakta test och Chi Square test. Friedmans test användes för att se signifikant skillnad över tid, vilket var en lämplig metod då variablerna mättes vid fyra tidstillfällen (Pallant, 2007).

Etiska överväganden

Ett godkännande från regionala etikprövningsnämnden vid Umeå Universitet fanns (registreringsnummer 05-134 Ö) samt från Mittuniversitetets interna etiknämnd. Deltagarna har accepterat användande av materialet, frågeformulärens svar var anonyma, ett förtydligande gjordes i inbjudningsbrevet att föräldrarna närhelst kunde avbryta sin medverkan i projektet.

Resultat

Det sammanlagda antal män som medräknats i studien och som svarat på frågan om intresse för olika vårdformer i samtliga fyra enkäter uppgick till 453. En uppdelning i grupper om förstagångspappor samt flerbarnspappor gjordes som visade att det totala antalet förstagångspappor var 207 (46,7 %), pappa sedan tidigare var 236 (53,3 %). De 440 män som valt att uppge sin ålder visade åldrar mellan 19 till 61.

Förstagångspapporna var ofta yngre än 35 år ($p=0,001$), de hade en partner som i lägre utsträckning hade haft en vaginal förlossning ($p=0,007$). Ingen signifikant skillnad sågs gällande civilstånd, utbildningsnivå eller ursprung (Se tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsfakta på deltagarna

Bakgrund	förstagångspappor	flerbarnspappor	p-värde #
	n=207 n(%)	n=236 n(%)	
Ålder			
Åldersgrupp 19-35år	172 (83,1)	142 (60,9)	
Åldersgrupp >35år	35 (16,9)	91 (39,1)	0,000#
Civilstånd			
Gift/sambo	200 (97,1)	233 (99,1)	
Övrigt	6 (2,9)	2 (0,9)	0,106#
Utbildningsnivå			
Grundskola	117 (56,5)	124 (53,0)	
Högskola/Universitet	90 (43,5)	110 (47,0)	0,457#
Ursprung			
Sverige	200 (97,1)	226 (97,4)	
Annat land	6 (2,9)	6 (2,6)	0,835#
Förlossningssätt			
Vaginal	142 (68,6)	192 (81,4)	
Vaginal sugklocka/tång	26 (12,6)	15 (6,4)	
Planerat Kejsarsnitt	11 (5,3)	13 (5,5)	
Akut Kejsarsnitt	28 (13,5)	16 (6,8)	0,007#

=P-värdet kommer från Chi Square test

Tabell 2 visar att en signifikant skillnad över tid uppvisades för valet av samma barnmorska ($p = <0,001$) under graviditet, förlossning och eftervård. Högst intresse visades under graviditeten, efter förlossningen sjönk intresset med mer än tjugo procent. I mitten av graviditeten var intresset som störst (68,7 %), lägst intresse återfanns två månader efter förlossningen (44,6 %). Beträffande **förlossningsvård** påvisades att de flesta av männen föredrog sjukhusförlossning vid alla fyra mättillfällen (66-82,1 %). Det märktes en signifikant skillnad i intresset av vårdformen sjukhusförlossning över tid ($p = <0,001$).

I gruppen **Eftervårdsform** föredrog männen traditionell BB -vård (51,2-79,1 %). En signifikant skillnad av intresse för traditionell BB -vård ($p = <0,001$) och hotellvistelse ($p = <0,001$) återfanns över tid.

Tabell 2. Förändring av männens intresse av vårdformer över tid.

Vårdformer	Mitten graviditet n=453 n (%)	Slutet graviditet n=453 n (%)	2 månader efter förlossningen n= 453 n (%)	1 år efter förlossning n=453 n (%)	Friedmans test P-värde
Fortlöpande vårdformer					
Samma barnmorska	311 (68,7)	287 (63,4)	202 (44,6)	206 (45,5)	<0,001
ABC-vård	14 (6,7)	16 (3,5)	11 (2,4)	9 (2,0)	0,092
Förlossningsvård					
Hemförlossning	9 (4,4)	9 (2,0)	3 (0,7)	5 (1,1)	0,084
Sjukhusförlossning	303 (82,1)	317 (70,0)	299 (66,0)	307 (67,8)	<0,001
Eftervård					
Tidig hemgång	75 (30,6)	82 (18,1)	126 (27,8)	112 (24,7)	0,036
Hotell vistelse	133 (46,7)	157 (34,7)	172 (38,0)	153 (33,8)	<0,001
BB-vård	273 (79,1)	246 (54,3)	234 (51,7)	228 (51,2)	<0,001

*Flera svarsalternativ kunde anges varför mängden svar misstämmer med antalet män

I mitten av graviditeten påvisades att de män som hade valt tidig hemgång ($p=0,012$) och hotellvistelse ($p=<0,001$) som eftervårdsform i större omfattning hade utbildning på högskole/universitetsnivå, de hade i högre utsträckning en partner med erfarenhet av vaginal förlossning ($p= 0,012$) och de var i högre grad av annat ursprung än svensk ($p= 0,029$). I övrigt sågs ingen signifikant skillnad mellan valda vårdformer i mitten av graviditeten och sociodemografiska bakgrundsfaktorer (tabell 3).

Tabell 4, ett år efter förlossningen, uppvisade att fler män över 35 år hade intresse av ABC-vård ($p=0,018$). De män som i större utsträckning valde traditionell sjukhusförlossning hade grundskola som utbildning ($p=0,020$) och deras partner hade fött barn via vaginal förlossning ($p=0,006$). Män med högskole/universitetsutbildning valde i högre grad hotellvistelse som eftervårdsform ($p=< 0,001$). Alla män som valde hotellvistelse var gifta eller sambo ($p=0,032$). I övrigt sågs inga signifikanta skillnader.

Tabell 3. Samband mellan sociografiska bakgrundsfaktorer och vilken vårdform som intresserar männen i mitten av graviditeten

	Mitten av graviditet Förlossningsvårdsform				Mitten av graviditet Eftervårdsform				Fortlöpande vårdformer					
	Hemförlossn.	p-värde	Sjukhus förlossning	p-värde	Tidig hemgång	p-värde	Hotell vistelse	p-värde	BB- vård	p-värde	Samma barmorska	p-värde	ABC -vård	p-värde
Ålder														
19-35 år	6 (66,7)		216 (72,0)		53 (71,6)		100 (75,2)		189 (70,0)		217 (70,2)		10 (71,4)	
>35 år	3 (33,3)		84 (28,0)		21 (28,4)		33 (24,8)		81 (30,0)		92 (29,8)		4 (28,6)	
Civilstånd														
Gift/sambo	9 (100,0)		297 (98,7)		74 (100,0)		130 (97,7)		268 (98,5)		301(97,4)		14 (100)	
Övrigt	0		4 (1,3)		0		3 (2,3)		4 (1,5)		8 (2,6)		0	
Utbildningsnivå														
Grundskola	7 (77,8)		157 (52,0)		32 (42,7)		56 (42,1)		156 (57,4)		172 (55,7)		9 (64,3)	
Högskola/Univers.	2 (22,2)		145 (48,0)		43 (57,3)	0,012	77 (57,9)	0,000	116 (42,6)		137 (44,3)		5 (35,7)	
Ursprung														
Svensk	9 (100,0)		291 (97,7)		68 (94,4)		125 (94,7)		263 (97,8)		299 (97,7)		14 (100)	
Annat	0		7 (2,3)		4 (5,6)	0,029	7 (5,3)		6 (2,2)		7 (2,3)		0	
Förlossningssätt														
Vaginal förlossning	7 (77,8)		254 (83,8)		70 (93,3)		108 (81,2)		225 (82,4)		264 (84,9)		13 (92,9)	
Kejsarsnitt	2 (22,2)		49 (16,2)		5 (6,7)	0,012	25 (18,8)		48 (17,6)		47 (15,1)		1 (7,1)	

*Jämförelsen är gjord med de män som hade intresse och de som inte hade något intresse för respektive vårdform. De som inte hade intresse uteslöts. P-värde= Fishers Exact test

Tabell 4. Samband mellan sociografiska bakgrundsfaktorer och vilken vårdform som intresserar männen ett år efter barnets födelse

	Ett år efter förlossning Förlossningsvårdsform		p-värde	Tidig hemgång	Ett år efter förlossning Eftervårdsform		p-värde	BB- vård	p-värde	Fortlöpande vårdformer		
	Hemförlossn p-värde	Sjukhus förlossning			Hotell vistelse	p-värde				Samma barnmorska	p-värde	ABC- vård
Ålder												
19-35 år	2 (40,0)	219 (72,0)		82 (73,9)	113 (73,9)		159 (70,0)			143 (69,8)		3 (33,3)
>35 år	6 (60,0)	85 (28,0)		29 (26,1)	40 (26,1)		68 (30,0)			62 (30,2)		6 (66,7) 0,018
Civilstånd												
Gift/sambo	5 (100,0)	300 (98,4)		108 (96,4)	152 (100,0)		222 (97,8)			201 (98,0)		9 (100)
Övrigt	0	5 (1,6)		4 (3,6)	0	0,032	5 (2,2)			4 (2,0)		0
Utbildningsnivå												
Grundskola	2 (40,0)	155 (50,7)	0,020	57 (51,8)	61 (40,1)		132 (57,9)			118 (57,3)		4 (44,4)
Högskola/universi	3 (60,0)	151 (49,3)		53 (48,2)	91 (59,9)	0,000	96 (42,1)			88 (42,7)		5 (55,6)
Ursprung												
Svensk	5 (100,0)	294 (97,4)		107 (97,3)	148 (98,0)		217 (96,4)			198 (97,5)		8 (88,9)
Annat	0	8 (2,6)		3 (2,7)	3 (2,0)		8 (3,6)			5 (2,5)		1 (11,1)
Förlossningssätt												
Vaginalt	4 (80,0)	249 (81,1)		99 (88,4)	129 (84,3)		186 (81,6)			169 (82,0)		8 (88,9)
Kejsarsnitt	1 (20,0)	58 (18,9)	0,006	13 (11,6)	24 (15,7)		42 (18,4)			37 (18,0)		1 (11,1)

*Jämförelsen är gjord med de män som hade intresse och de som inte hade något intresse för respektive vårdform. De som inte hade intresse uteslöts. P-värde= Fishers Exact test

Resultatsammanfattning

Männens intresse för de olika vårdformerna förändrades över tid. Intresset för samma barnmorska var stort liksom intresset för sjukhusförlossning, ABC-vård intresserade färre och hemförlossning intresserade lägst antal. Gällande eftervård var BB-vård det alternativ som flest visade intresse för följt av hotellvistelse och lägst intresse visades för tidig hemgång. De sociodemografiska skillnader som upptäcktes i **mitten av graviditeten** var att män med högskole/universitetsutbildning i högre grad valde tidig hemgång samt hotellvistelse. Signifikant skillnad sågs också bland män med annan härkomst än Sverige där fler valde tidig hemgång. Män vilkas barn fötts genom vaginal förlossning visade i större utsträckning intresse för tidig hemgång i jämförelse med de män vars barn fötts med kejsarsnitt. De sociodemografiska skillnader som påträffades **Ett år efter barnets födelse** visade att män över 35 år hade signifikant större intresse för ABC-vård. Gifta eller sammanboende män valde i större utsträckning hotell vistelse. Män med grundskoleutbildning hade större intresse för sjukhusförlossning medan män med högskola/universitetsutbildning i högre utsträckning valde hotellvistelse. Män vars partner tidigare haft erfarenhet av kejsarsnitt visade större intresse för traditionell sjukhusförlossning.

Diskussion

Resultatdiskussion

Intresset för de olika vårdformerna förändrades över tid. Samma barnmorska, Sjukhusförlossning liksom Hotellvistelse och BB-vård visade signifikanta skillnader över tid. Högst procent av intresse visades under graviditeten för nästan alla vårdformerna och efter förlossningen sjönk intresset. Beror detta sjunkande intresse på att männen efter förlossningen i större utsträckning valde det alternativ de kände till? Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham och Fitzmaurice (2003) fann i sin studie att *kvinnor* efter sin förlossning hade en tendens att föredra det som var känt för dem, den vård de visste om och tidigare hade fått. Författarna påtalar att det är viktigt att känna till att människors erfarenheter och preferenser är formade av vad de känner till och har upplevt.

Samma barnmorska hade i mitten av graviditeten flest antal och procent intresserade män. I slutet av graviditeten märktes fem procent färre intresserade av samma barnmorska. Efter förlossningen sjönk intresset med mellan 23,2 och 24,1 procent. Samma barnmorska är ett hett ämne i dagens mödravårdsdebatt. Flertalet studier visar att samma barnmorska ger en kontinuitet som både kvinnor och män finner tillfredsställande (Aune et al., 2012; Hicks et al., 2003; Pitchforth, VanTeijlingen, Watson, Tucker, Kiger, Ireland, Farmer, Rennie, Gibb, Thomson & Ryan 2009). Brown och Lumley (1998) påtalar att oavsett vårdform så är kvinnor som innan förlossningen har träffat barnmorskan mer nöjda med vården de fått. Om vårdformen inte finns i den närhet vi lever i, kan då valet vara representativt? Av det höga antalet procent intresserade män kan man dra slutsatsen att samma barnmorska är ett intressant vårdval även om det inte finns representerat i det samhälle de lever. En önskan om att alternativet skulle finnas förmodas. Van Teijlingen et al. (2003) har sagt angående ämnet att om vårdformen inte finns tillgänglig kan t.ex. frågan till kvinnor om de vill bli förlösta av en för dem känd barnmorska resultera i att önskan att erhålla den sortens vård undervärderas.

Resultatet av studien visade att 66-82 procent av männen föredrog sjukhusförlossning över tid från mitten av graviditeten till ett år efter barnets födelse vilket går helt i linje med vad Viisainen et al.(1998) påvisade i sin studie där 77-80 procent av männen valde sjukhusförlossning. Ett självklart val för många då Sverige har en lång historia av sjukhusförlossningar och svenskar har erfarenhet att erhålla bra vård. Bedwell et al. (2010) påpekade att männen kände trygghet på sjukhuset därför att där fanns expertisen. De värdesatte det professionella stöd som förlossning på sjukhus medförde och kände sig mindre sårbara. Van Haaren-ten Haken, Hendrix, Nieuwenhuijze, Bude', DeVries och Nijhuis (2012) påvisade att 170 holländska *kvinnor* som ombads välja förlossningsform och valde sjukhusförlossning motiverade sitt val med säkerhet (75,9 %). På sjukhuset fanns all nödvändig teknik och snabb hjälp om det skulle behövas.

Trots att studier visar att fler är mer nöjda med ABC vård jämfört med traditionell förlossningsavdelning och anser att den vårdformen i högre grad är mer stödjande och lugn samt faktorn att partnern alltid får stanna kvar efter förlossningen (Tingstig et al. 2012) är det få som valt den vårdformen. Ett år efter förlossningen visade sex män med ålder över 35 år signifikant större intresse för ABC-vård. Det kan vara missvisande siffror då vårdformen inte

tillhandahålls på någon klinik i länet. Förmodligen har färre hört talas om vårdformen och har svårt att relatera till det valet.

Lägst intresse visade männen för hemförlossning (0,7-4,4 %). Detta resultat liknar studien av Viisainen et al.(1998) där tre procent av männen visade intresse för hemförlossning. I motsats till sjukhusförlossning så medför hemförlossning en skaderisk för kvinnan och bör därför undvikas enligt de engelska män som Bedwell, et al. (2010) intervjuat. De män som intervjuades i Lindgren och Erlandssons (2011) studie ansåg att hemförlossning var kvinnans beslut som de gav sitt stöd till. Familjen kan då vara samlad, männen kände sig mer bekväma i sitt eget hem. Att innan kunnat lära känna den barnmorska som deltog var en stor trygghet och männen kände mer kontroll och att det var lättare att stödja kvinnan i det egna hemmet. I det mellansvenska länet i studien finns ingen barnmorska som åtar sig hemförlossning. Detta faktum kan ge en missvisande bild av det faktiska intresset. I Hildingsson, Waldenström och Rådestads (2003) studie uppgav tre procent av kvinnorna att de skulle kunna tänka sig hemförlossning vid nästa barns födelse om den möjligheten fanns. Detta innebär att två procent (tio gånger högre än det faktiska antalet) av förlossningarna i Sverige skulle kunna vara hemförlossningar om kvinnor hade valmöjligheten.

Ett år efter förlossningen visade de män som gått grundskola högre intresse för sjukhusförlossning jämfört med de män som har universitetsutbildning där fler valde tidig hemgång och hotellvistelse. Vad detta beror på kan man fråga sig. Har män med högre utbildning mer kunskap eller högre tilltro till sin och sin partners kapacitet så att de i större utsträckning törs åka hem tidigare? Waldenström och Lindmark (1987) påpekade att *kvinnor* som valt tidig hemgång hade en mindre positiv inställning till eftervård på sjukhus och större självförtroende gällande förlossning och föräldraskap. Persson och Dykes (2002) framför i sin studie att de föräldrar som har erfarenhet av att gå på tidig hemgång anser det viktigt med den samhörighet de upplever sig få när familjen är tillsammans i hemmet och pappans känsla av delaktighet stärks. I Fredriksson, Högberg och Lundmans (2003) studie framkom hos par som valt tidig hemgång att känslan av frihet samt att det kändes naturligt att dela ansvaret i hemmiljön var viktigt. Att få gå på tidig hemgång uppfattades av männen som att allt hade gått bra och att barnet och mamman mårde bra. De par som hade valt hotellvistelse tyckte att kunna vara tillsammans som en familj och ha ett privatliv var skönt men också att säkerheten att ha personal i närheten ifall något hände eller de behövde hjälp var viktig.

Män med icke svenskt ursprung valde också tidig hemgång i högre utsträckning, kan detta vara relaterat till att män från andra kulturer har en annan tradition där hemförlossningar är vanligare? Författaren har inte hittat några studier angående detta men i många länder i världen är hemförlossningar den vanligaste vårdformen och således kan det naturliga eftervårdsvalet bli att gå hem på tidig hemgång framför att stanna på sjukhuset alternativt hotellvistelse. Det kan också vara så att samhörigheten och friheten i hemmiljön är viktig (Fredriksson et al. 2003; Persson & Dykes, 2002).

I Sverige har nyförlösta kvinnor tidigare av tradition legat kvar flertalet dagar på BB, detta kanske kan förklara varför BB var ett högt föredraget val. Angående BB- vård skriver Ellberg (2008) i sin studie att nyblivna föräldrar förväntar sig att kunna vila, anpassa sig till föräldraskapet samt få hjälp med amningen och instruktioner om hur de ska sköta babyn. Hildingsson och Sandin- Bojö (2011) påtalar att *kvinnorna* i deras studie var mycket nöjda med postpartumvården om deras spädbarn fått bästa möjliga undersökningar/medicinsk vård och att kvinnorna själva fått tillräckligt stöd från personalen. Längden på vårdtillfället och hur mycket omsorg de upplevt sig fått var också relaterade till hur nöjda de var medan vilken sorts eftervård de fått spelade mindre roll.

Beträffande förlossningssätt så visade männen stort intresset för sjukhusvård när tidigare förlossningserfarenhet inneburit kejsarsnitt med påföljande eftervård på sjukhus. Detta verkar självklart om ingen annan erfarenhet av förlossningsvård finns (Tejlingen et al. 2003).

Kan det vara så att män, jämfört med kvinnor, har ett högre inflytande och större chans att påverka vårdutvecklare och politiker på ett annat sätt för att de är just män? Om så är fallet så bör den obstetriska vården i större utsträckning än tidigare fokusera på vad männen vill ha och behöver. Detta kan också i slutändan leda till ökat välbefinnande hos populationen.

Metoddiskussion

För att få ett så lättarbetat material som möjligt så valdes de män som svarat på frågan om vårdformer i alla fyra enkäter (n= 453). Detta innebär att antalet deltagande män reducerades ordentligt. Första enkäten besvarades av 1105 män, andra av 827, tredje av 827 och den fjärde av 655 män. Studiers resultat påverkas alltid av antalet deltagare (naturligtvis kan detta påverka studiens trovärdighet) men antalet deltagande män är fortfarande tillfredsställande.

Att männen svarat flera alternativ på vårdformer, behöver inte betyda att högst antal procent är det som de verkligen ville ha, länet tillhandahåller inte vissa vårdformer så det kan vara anledning till valda alternativ. Brist på olika vårdformer kan möjligen leda till val som kanske annars inte skulle göras.

Bakgrundsvariablerna såsom männens ålder, civilstånd, utbildningsnivå och ursprung delades upp i två grupper för att kunna jämföras med hjälp av Fishers Exakta test i SPSS. Även tidigare förlossningssätt delades upp i två grupper: vaginalt och kejsarsnitt. Att dela in variablerna i endast två grupper skulle kunna innebära att en del svar blir generaliserade och mindre varierande än om fler grupper hade jämförts. Detta gjordes med bakgrund av att SPSS programmets tester skulle kunna korrelera variablerna mot varandra (Pallant, 2007).

En prospektiv longitudinell kohortstudie är ett bra sätt att få data över tid på, frågorna i studien var väl formulerade, chans till misstolkning av svaren liten och därmed relevanta till denna studie. Om studien genomförs igen kanske inte exakt samma resultat skulle framkomma då personerna i studien är unika individer med skilda resurser och erfarenheter. Landstingen förändras och så även deras utbud, dock borde likartat resultat kunna uppnås. En fördel med studien är att män med olika sociodemografiska bakgrunder och livserfarenheter återspeglas. Att inga icke svensktalande män erbjöds delta i studien kan förstås återge en stereotyp skildring av verkligheten (Olsson & Sörensen, 2011, s. 109-125).

Ingen bortfallsanalys kunde göras för männen då de inte fanns i den medicinska journal där kvinnorna som intervjuades i samma studie fanns registrerade.

Slutsats

Mäns intresse för olika vårdformer förändras under tiden för graviditet fram till barnet är ett år. Det tycks finnas ett samband mellan ålder, civilstånd, utbildningsnivå, ursprung, partnerns förlossningssätt och valet av vårdform. Varför männen gjorde de val de gjorde ligger dolt då ingen djupare intervju gjordes.

Att applicera mäns önskemål och intressen i vården skulle kunna ge män ökad delaktighet. På så sätt kan han i högre grad ge sin kvinna trygghet, snabbare knyta an och skapa en relation till sitt barn. Familjen får en bättre start och förhöjd livskvalitet och välmående.

Förslag på forskning

Det skulle vara spännande att göra en utökad undersökning beträffande frågor om vårdformer med fördjupade intervjuer med män där de med egna ord får förklara varför de gjorde de val de gjorde.

Klinisk implikation

Det är viktigt att personal inom all mödrahälsovård inser att mäns intressen och val är viktiga för såväl mannens egna välmående som kvinnans och familjens välmående. All personal inom obstetrik måste se männen och göra dem mer delaktiga i de val och beslut kring den omvårdnad paret erbjuds. Om den framtida mödrahälsovården ska följa utvecklingen och erbjuda en individuell och holistisk vård står det klart att fler alternativ på vårdformer behövs i länet då familjers erfarenheter, förmågor och önskemål skiftar. Det borde vara en rättighet att kunna välja den vårdform som passar båda föräldrarna i familjen.

Referenser

Aune, I., Dahlberg, U., & Ingebrigtsen, O. (2012). Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, nr 28, 432–438.

Bedwell, C., Houghton, G., Richens, Y., & Lavender, T. (2010). 'She can choose, as long as I'm happy with it': A qualitative study of expectant fathers' views of birth place. *Sexual & Reproductive Healthcare*, nr 2, 71–75.

Brown, S., & Lumley, J. (1998) Changing childbirth: Lessons from Australian survey of 1336 women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, nr 105, 143-155.

Ellberg, L. (2008). *Postnatal care – Outcomes of various care options in Sweden*. Doktorsavhandling, Umeå University, Department of Clinical Science, Obstetrics and Gynecology, Department of Nursing.

Finnbogadottir, H., Crang Svalenius, E & Persson, K, E. (2003). Expectant first-time fathers' Experiences of pregnancy. *Midwifery*, nr 19, 96 -105.

Fredriksson, G., Högberg, U., & Lundman, B. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'. *Midwifery*, nr 19, 267-276.

Gottvall, K. (2004). *Birth centre care: reproduction and infant health*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Department of Nursing.

Green, J., Renfrew, M., & Curtis, P. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, nr 16, 186 -196.

Hicks C., Spurgeon, P., & Barwell, F. (2003). Changing Childbirth: a pilot project. *Journal of Advanced Nursing*, nr 6, 617–628.

Hildingsson, I., Sandin-Bojö, A-K. (2012). 'What is could indeed be better'—Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, nr 27, 737–744.

Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*, nr 30, 11-22.

Johansson, M. (2012). *Becoming a Father. Sources of Information, Birth preference and Experiences of childbirth and Postnatal care*. Doktorsavhandling, Mittuniversitetet, Department of Health Sciences.

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I. & Hildingsson, I. (2013). Improvements of postnatal care are required by Swedish fathers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, nr 5, (In press).

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H. (2008). *Hemförlösningar I Sverige 1992-2005: Förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter*. Avhandling, Karolinska Institutet, Department of Women and Child Health.

Lindgren, H. & Erlandsson, K. (2011). She leads, he follows – Fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, nr 2, 65-70.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using windows*, 3th edition. New York: Open University Press.

Persson, E. & Dykes, A-K. (2002). Parents experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, nr 1, 53-60.

Pitchforth, E., VanTeijlingen, E., Watson, V., Tucker, J., Kiger, A., Ireland, J., Farmer, J., Rennie, A-M., Gibb, S., Thomson, E., & Ryan, M. (2009). "Choice" and place of delivery: a qualitative study of women in remote and rural Scotland. *Quality & Safety in Health care*. nr 18, 42-48.

Plantin, L. Fatherhood and Health outcomes in Europe: WHO Regional Office for Europe; 2007.

SOSFS 1993:1. *Tidig hemgång efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C. & Waldenström, U. (2012). Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*, nr 39, 106-114.

URL <http://www.1177.se/Vasternorrland/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-forlossningen/De-forsta-dygnen-efter-forlossningen/> [Läst 130415].

Waldenström, U. & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth. A comparative study of parental background characteristics. *Scandinavian Journal of Social Medicine* nr 15, 159–167.

Van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Bude', L., DeVries, R & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, nr 28, 609-618.

Van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: "What Is, Must Still Be Best". *Birth*, nr 2, 75-82.

Viisainen, K., Gissler, M., Räikkönen, O., Perälä, M-L., & Hemminki, E. (1998). Interest in alternative birth settings in Finland. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, nr 77, 729-735.