

**MAMMANS BEHOV AV STÖD VID VÅRD AV PREMATURT BARN
PÅ NEONATALVÅRDSA VDELNINGEN**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-10-30

Kurs: 48

Författare: Sofie Karlqvist

Författare: Anja Sörhuus

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Barn födda före graviditetsvecka 37 benämns som prematura och kan komma att behöva vård på en neonatalvårdsavdelning. En mycket förtidig födsel kommer ofta oväntat. Mamman i synnerhet befinner sig i en kaosartad situation då hennes graviditet avslutas i förtid och hon är inte mentalt förberedd på det kommande föräldraskapet. Känslor som oro och chock är vanligt och mamman behöver stöd att hantera den rådande situationen. Sjuksköterskan på neonatalvårdsavdelningen har därför en viktig roll att göra mamman delaktig i barnets omvårdnad och bidra med stöd kring amning och anknytning.

Syfte

Syftet var att beskriva mammors upplevelse av sjuksköterskans stöd när mamman vårdar sitt prematura barn på en neonatalvårdsavdelning.

Metod

En kvalitativ intervjustudie valdes som metod för att besvara syftet. Sju semistrukturerade intervjuer genomfördes. Det insamlade materialet analyserades med en induktiv, kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Resultatet presenteras i fyra kategorier och tio subkategorier. Den första kategorin berör sjuksköterskans kvalifikationer där förhållningssätt gentemot mamman, sjuksköterskans erfarenhet, empati och delaktighet står i relation till hur mamman upplevde stödet. Den andra kategorin berör mammans behov av information, där initial information, kontinuerlig information samt konsekvenser av informationsbrist hade betydelse. Den tredje kategorin beskriver mammans omhändertagande, med fokus på henne som patient och behov av avlastning. Den fjärde kategorin beskriver sjuksköterskans förutsättningar att ge stöd, där personalbrist var en bidragande faktor till bristande stöd.

Slutsats

Slutsatsen blev att sjuksköterskans erfarenhet och empati, tillgången till information, mammans omhändertagande och sjuksköterskans närvaro alla var centrala faktorer för mammans upplevelse av stöd då hon vårdade sitt prematura barn på en neonatalvårdsavdelning.

Nyckelord: Mamma, Neonatal, Prematur, Sjuksköterska, Stöd

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Familjecentrerad omvårdnad	1
Prematuritet	2
Föräldrarollen	4
Mammarollen	4
Sjuksköterskans professionella ansvar	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Val av metod	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Sjuksköterskans kvalifikationer	11
Information	13
Mammans omhändertagande	15
Sjuksköterskans förutsättningar	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	18
Slutsats	20
REFERENSER	21
BILAGA A-C	

INLEDNING

Under 2016 vårdades 11 144 nyfödda barn på neonatalvårdsavdelning i Sverige. Det var cirka tio procent av alla barn som föddes i Sverige (Svenskt Neonatalt kvalitetsregister, 2016). Cirka sex procent av dessa barn var födda prematurt, vilket innebär att de var födda minst tre veckor för tidigt, innan graviditetsvecka 37 (Svenskt Neonatalt kvalitetsregister, 2016; Svenska prematurförbundet, 2017). Om barnet är född mycket förtidigt kan det innebära svåra komplikationer för barnet. Ju tidigare barnet föds desto större risk för andnings- och lungproblematik, liksom hjärnskador, infektioner och cirkulationsproblem (Lagercrantz, 2015a). Neonatalvården i Sverige strävar efter att tillämpa familjecentrerad omvårdnad, där föräldrarna ses som den viktigaste resursen i omvårdnaden av barnet. Familjens delaktighet anses vara helt avgörande för vilka framsteg barnet gör i utvecklingen (Wigert, 2013). Men att vilja vara delaktig i sitt barns omvårdnad är inte alltid samma sak som att förmå och tillåtas vara det. Föräldrarna, och speciellt mamman som burit barnet, behöver mycket stöd av sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal för att kunna hantera de kaotiska känslor som kan infinna sig. Det är därför viktigt att sjuksköterskan kan ge detta stöd och ha förmåga att identifiera tecken på ångest, nedstämdhet och stress (Jackson & Nyqvist, 2013).

BAKGRUND

Familjecentrerad omvårdnad

Ett barn som föds förtidigt i Sverige kan komma att erhålla vård och omsorg på en neonatalvårdsavdelning. Fokus blir att såväl medicinskt vårda barnet som att stödja barnets familj och göra dem delaktiga i vården av barnet (Jackson & Wigert, 2013). Familjecentrerad omvårdnad kan beskrivas med hjälp av två av sjuksköterskans kärnkompetenser; personcentrerad vård och samverkan i team (Örtenstrand, 2015). Personcentrerad omvårdnad innebär att sätta personen i centrum, framför sjukdomen, och att inkludera personen i alla vårdbeslut och vårdprocesser (Edvardsson, 2010). Samverkan i team handlar om att samla den bästa kompetensen som behövs för att kunna vårda en patient och att hantera helheten istället för delarna, vilket leder till en patientsäker hälso- och sjukvård (Berlin, 2013). Inom familjecentrerad omvårdnad ses föräldrarna som en viktig och bestående del i barnets liv med förmåga att delta i vården av sitt barn (Jackson & Wigert, 2013). Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal har fokus både på barnet och på föräldrarna och att alla ses som en helhet (Shields, Pratt & Hunter, 2006).

Familjecentrerad neonatalvård

Den familjecentrerade neonatalvården har vuxit fram ur familjecentrerad omvårdnad i takt med att evidens för att föräldrarnas medverkan och omsorg är nödvändig för det nyfödda barnets välbefinnande (Lagercrantz, 2015b). Flera studier visar att familjecentrerad neonatalvård har många goda effekter på det nyfödda barnet och på föräldrarnas upplevelse av situationen (O'Brien et al., 2013; Staniszewska et al., 2012). På 1970-talet när neonatalavdelningar inrättades på svenska barnsjukhus var föräldrar förpassade till besökstider och fick oftast bara se sitt barn genom en glasruta. Först vid utskrivningen fick föräldrarna träffa sitt barn (Jackson & Wigert, 2013). Den neonatalvård som bedrivs på sjukhusen i Sverige strävar efter att göra föräldrelaktiga i vården genom uppmuntran, bekräftelse och positiv feedback i sitt föräldraskap (Wigert, 2013). Familjecentrerad neonatalvård innebär dock flera stora utmaningar för såväl vårdpersonal som för föräldrarna (Jackson & Wigert, 2013).

Newborn Individualized Development Care and Assessment Program

När ett barn föds förtidigt förlorar det den skyddande miljö som livmodern erbjuder och barnet kommer att bli beroende av vård och omsorg i en ny miljö. I denna miljö kommer barnet att utsättas för starka stimuli i form av ljud, ljus och dofter samt påfrestande och smärtsamma procedurer för att överleva (Kleberg & Aagard, 2013). Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) är en omvårdnadsmodell som ger föräldrar riktlinjer för hur de på bästa sätt kan stödja barnets utveckling i denna krävande vårdmiljö. Föräldrarna förses med ett protokoll för att observera och tolka barnets signaler och hur de kommunicerar ut sitt välbefinnande, stress och ansträngning (Kleberg & Westrup, 2015). Centralt är att bedöma barnets sätt att hantera stimuli och hur lätt barnet kan anpassa sig till den omgivande miljön (Wallin & Eriksson, 2009). Det är främst det förtidigt födda barnets hjärna som befinner sig i en känslig utvecklingsfas och genom att registrera barnets reaktioner kan slutsatser dras om hur hjärnan utvecklas. Enligt NIDCAP-modellen betraktas barnet som aktivt och kompetent och förmögen att medverka i sin egen utveckling. Utifrån protokollet upprättas en vårdplan för det specifika barnets toleransnivå och utvecklingsgrad (Kleberg & Aagard, 2013). Denna vårdmodell går även under benämningen familjecentrerad utvecklingsstödjande individualiserad vård, där det specifika barnet genom kommunikation ska visa vad som i stunden är det bästa för barnet för att öka sitt välbefinnande och minimera stress (Kleberg & Westrup, 2015).

Kängurumetoden

Kängurumetoden innebär tidig, långvarig och kontinuerlig hudkontakt med mamman, partner eller närstående (Hedberg Nyqvist, 2015). Metoden utvecklades i Colombia och är mest optimalt för barn födda från och med vecka 28. Känguruvård har en rad gynnsamma effekter på barnet, bland annat främjar det anknytning, reglerar barnets temperatur och gör att barnet lättare anpassar sig till livet utanför livmodern. Andra positiva effekter är att barnet får stabilare andningsfrekvens, bättre sömn och bättre psykomotorisk utveckling (Hedberg Nyqvist, 2015). Den ursprungliga känguruvården, kontinuerlig känguruvård, innebär att barnet ligger mot mammans eller partners hud dygnet runt, under flera veckor, med så få avbrott som möjligt. De flesta medicinska undersökningar kan utföras på barnet trots att det ligger hud-mot-hud (Anderzén Carlsson & Eriksson, 2013). Thernström Blomqvists avhandling (2012) visar att mammor som får möjlighet att använda kängurumetoden upplevde det som mycket positivt. Mammorna tyckte det kändes säkert, naturligt och bra att kunna ge sitt barn en sådan start i livet. En studie (Blomkvist & Nyqvist, 2011) visar också att föräldern känner sig mer delaktig i vården av sitt barn och mer trygga och betydelsefulla om de får ha sitt barn nära huden.

I neonatalvårdsavdelningens högteknologiska miljö kan kängurumetoden vara en effektiv och enkel metod för föräldern att närma sig sitt barn och övervinna känslan av överklighet och maktlöshet inför sitt barns välmående (Johansson da Silva, Rangel da Silva, Luzia Leite, Rodolfo Silva, Privado da Silva, 2013). Kängurumetoden gör också vården mer familjecentrerad i och med att andra närstående kan medverka i vården (Jackson & Nykvist, 2013).

Prematuritet

Alla barn som föds före vecka 37 anses vara prematura (Svenska Prematurförbundet, 2017). Dessa barn kan delas in i tre subgrupper där barn födda mellan vecka 32–37 klassificeras som måttligt förtidigt födda. Barn födda mellan vecka 28–32 klassificeras som mycket förtidigt födda och barn som föds före vecka 28 klassificeras som extremt förtidigt födda (Svenska Prematurförbundet, 2017). Den genomsnittliga vårdtiden på neonatalvårdsavdelningen varierar beroende på orsak till att barnet läggs in, men ökar vanligtvis ju tidigare barnet är fött. För de allra minsta barnen, födda mellan vecka 22–24 var vårdtiden 2015 i genomsnitt 125 dagar (Svenskt Neonatalt kvalitetsregister, 2015).

Orsaker till prematuritet

Prematur förlossning kan orsakas av flera faktorer, bland annat flerbörd, blödningar, preeklampsi, cervixinsufficiens och infektioner hos mamman (Westgren, 2015). Vidare är låg socioekonomisk status, rökning, drogmissbruk, urinvägsinfektioner, unga mammor (<16 år), äldre mammor (> 40 år) samt undervikt (<45 kilo) och övervikt (>91 kilo) innan graviditet kända riskfaktorer (Verklan & Walden, 2010). I cirka hälften av fallen är orsaken till det förtidiga värkarbetet okänd (Westgren, 2015). I cirka 20 procent av alla förtidiga förlossningar i Sverige har kvinnan avsiktligt förlöst förtidigt för att undvika komplikationer hos barnet eller mamman (Westgren, 2015). Fostrets tillstånd i magen verkar också spela roll för när det föds. Foster med njurmissbildningar föds nästan alltid förtidigt, liksom att det finns ett samband mellan tillväxthämmade barn och prematur förlossning (Westgren, 2015).

Konsekvenser av prematuritet

Det största medicinska problemet med ett prematurt barn är att deras organ inte är färdigutvecklade, framför allt hjärnan och lungorna (Fellman & Norman, 2015). Hjärnans utveckling börjar redan i tredje veckan av graviditeten och fortsätter att utvecklas ända upp till vuxen ålder (Lagercrantz, 2015a). Under fosterlivet anläggs ett överskott av nervceller, dendriter och synapser, som sedan selekteras beroende på neural aktivitet. Förtidig födsel stör denna selektionsprocess (Lagercrantz, 2015a). Blodcirkulationen fungerar inte heller optimalt vilket gör att hjärnblödningar kan uppstå. Cirka 10–15 procent av alla barn som föds innan vecka 28 riskerar därför att få hjärnblödningar (Fellman & Norman, 2015).

Lungorna är hos förtidigt födda barn inte tillräckligt utvecklade för att upprätthålla normal andningsfunktion efter födseln (Fellman & Norman, 2015). Underutvecklade lungor och dålig andningskapacitet kan leda till bristfällig syresättning som i sin tur kan leda till syrebrist i hjärnan med hjärnskador som följd. För att inducera lungmognad kan kortison ges till mamman prenatalt vilket stimulerar barnets lungor (Fellman & Norman, 2015). Surfactanterapi kan också ges för att utvidga de omogna lungorna (Lagercrantz, 2005). Surfactanter är lipoproteiner som behövs för lungornas utveckling och som kan ges till barnet efter förlossningen (Jonsson, Sandberg & Björklund, 2015). När barnet väl är fött ges andningsstöd i stort sett till alla prematura barn (Westgren, 2015).

Den medicinska vården på en neonatalavdelning

Det andningsstöd barnet får kan vara i form av syrgas, respiratorbehandling eller Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) (Jonsson, Sandberg & Björklund, 2015). CPAP-apparaten skapar ett högre atmosfäriskt tryck i lungorna, vilket gör att alveolerna inte faller ihop under utandning (Jonsson, Sandberg & Björklund, 2015). Barnet kan också få kuvösvård för att reglera temperaturen.

Värmereglering kan också göras på värmebädd tills barnet är moget nog att sköta regleringen själv (Berg & Wingren, 2015). Nyfödda sjuka eller prematura barn är mycket

infektionskänsliga, därför är goda hygienrutiner på avdelningen av största vikt (Berg & Wingren, 2015). De flesta prematura barn behöver v-sond för matning och kan också behöva dagljusterapi. Övervakningen består av mätning av hjärtfrekvens, andningsfrekvens och saturation. Barnet kan också behöva respiratorvård (Berg & Wingren, 2015).

Föräldrarollen

Föräldraskapet är för många något mycket efterlängtat och förlossningen är en av de största händelserna i livet. Under en normal graviditet hinner de blivande föräldrarna förbereda sig inför föräldraskapet, bygga upp förväntningar om ett friskt barn och en okomplicerad förlossning (Jackson & Nyqvist, 2013; Rossman, Greene & Meier, 2015).

Föräldrar till prematura barn

Vid en förtidig födsel har de blivande föräldrarna inte fullt ut haft möjlighet att förbereda sig på det kommande föräldraskapet (Jackson & Nyqvist, 2013). Att få ett förtidigt fött barn innebär att många föräldrar upplever starka och motstridiga känslor som oro, förtvivlan, hopp, chock och sårbarhet (Craig et al., 2015). När möjligheten att åka hem med barnet efter förlossningen begränsas blir det en annorlunda start än vad föräldrarna hade tänkt sig (Jackson & Nyqvist, 2013).

Förutom att knyta an till sitt förtidigt födda barn tvingas föräldrarna bli del av en vårdform där de ska möta och samverka med professionella vårdgivare i en högteknologisk miljö (Jackson & Nyqvist, 2013). Hur de nyblivna föräldrarna identifierar sig med det nya, icke förväntade, föräldraskapet beror till stor del på vilket bemötande och samspel de har med vårdpersonal på neonatalvårdsavdelningen och hur delaktiga de blir i barnets vård (Craig et al., 2015; Fegran & Helseth, 2009).

Vårdpersonal har en viktig roll att se till att den naturliga omsorgen som föräldrar kan ge uppmuntras, samt att föräldrarna får bekräftelse i sitt föräldraskap (Jackson & Nyqvist, 2013).

Separation av föräldrar och barn när det ligger på en neonatalvårdsavdelning kan leda till psykisk ohälsa för både föräldrarna och barnet. Föräldrar som separeras från sitt barn och inte får tillräckligt med stöd och möjligheter att utvecklas i sitt nya föräldraskap kan också få problem med anknytningen till sitt barn. Föräldrarna befinner sig redan i en orolig och pressad situation och i kombination med att inte få tillgång till sitt barn finns det risk för att utveckla posttraumatisk stress och depression (Bang, Kang & Kwon, 2015; Craig et al. 2015).

Mammarollen

Graviditeten

En normal graviditet pågår under cirka 40 veckor och delas in i tre trimestrar (Jackson & Nyqvist, 2013). I den första trimestern sker förändringar med kroppen men det kan gå en tid innan kvinnan förstår att hon är gravid. De vanligaste förändringarna är ömmande bröst, utebliven menstruation, humörsvängningar och illamående. Det här är en tid då kvinnan successivt börjar acceptera att hon är gravid och känslor av oro och glädje kan avlösa varandra (Jackson & Nyqvist, 2013).

Under andra trimestern ökar kvinnans insikt att hon är gravid. Den växande magen börjar synas och de flesta kvinnor börjar känna fosterrörelser. Fostret i magen börjar få formen av

en individ och drömmar och föreställningar om barnet och rollen som mamma börjar mogna (Davidson, London & Ladewig, 2016). Under den sista och tredje trimestern börjar kvinnan förbereda sig inför sin förlossning och nyfikenheten av att få möta barnet ökar. Den 40 veckor långa graviditeten är psykologiskt viktig för att den blivande mamman ska kunna förbereda sig på föräldraskapet och på en förlossning (Jackson & Nyqvist, 2013).

Mammor till prematura barn

Kvinnor som föder prematura barn befinner sig ofta i en akut och kaosartad situation (Fenwick, Barclay & Schmied, 2008). De har inte hunnit uppleva den sista tiden av graviditeten eller hunnit förbereda sig med de tankar och känslor som kan komma då. De kvinnor som föder barn långt före beräknad tid har heller inte hunnit få en stor gravidmage och allt som följer med det, till exempel omgivningens bekräftande kommentarer om den växande magen (Úlfssdóttir, Eriksson & Fjellvang, 2009).

Om barnet mår tillräckligt bra direkt efter förlossningen får mamman ofta tillbringa en kort stund med barnet. Tillsammans med partner tas barnet sedan till en neonatalvårdsavdelning medan mamman får vara kvar på förlossningsavdelningen för eftervård. Känslor av misslyckande, skuld och ansvar är mycket vanligt hos den nyblivna mamman (Hwang, Kim, Yoo & Shin, 2013; Úlfssdóttir, Eriksson & Fjellvang, 2009).

En studie (Petit et al. 2016) visar att oro över barnet och familjens framtid är ständigt närvarande. Känslor av tomhet, både fysiskt och emotionellt, kan påverka mamman initialt men även på lång sikt. Bang et al. (2015) menar att mammor till förtidigt födda barn har högre risk att utveckla depression och ångest än kvinnor som har fött ett fullgånget barn. En studie av Petit et al. (2016) visar att om detta går obehandlat under en längre tid finns en högre risk för posttraumatiska symtom och depression vilket kan påverka relationen mellan mamma och barn. Mammor känner även i högre utsträckning än pappor ett behov av delaktighet och kontroll och vill helst vara nära barnet utan avbrott (Petit et al., 2016). Att vilja vara nära sitt barn är en av de starkaste känslorna för mammor som separeras från sitt barn efter födseln (Erlandsson & Fagerberg, 2005). Vid tillfällen då mamman inte kunnat övernatta hos barnet har hon haft svårt att släppa tankar kring barnet och separationen har upplevts som en mer eller mindre tvingad skilsmässa. Att vårdpersonal tidigt identifierar tecken på ångest, nedstämdhet och stress är mycket viktigt (Jackson & Nyqvist, 2013).

Sjuksköterskans professionella ansvar

I Sjuksköterskans Kompetensbeskrivning (2017) står det att sjuksköterskans roll är att fatta beslut som ger patienter möjligheter till att förbättra, bibehålla och återfå sin hälsa samt att hantera sjukdom, funktionsnedsättning och att i största mån främja välbefinnande och livskvalitet ända in i döden. Sjuksköterskans omvårdnad ska ske med respekt för människans värderingar, tro, mänskliga rättigheter och visa respekt för självbestämmande, integritet och värdighet (Sjuksköterskans Kompetensbeskrivning, 2017).

Sjuksköterskans stöd på en neonatalvårdsavdelning

Att få ett prematurt barn innebär en påfrestning för föräldrarna. Mötet och samspelet mellan sjuksköterskan och föräldrarna är viktigt för hur föräldrarna anpassar sig till sitt nya föräldraskap (Reid, Bramwell, Booth & Weindling, 2007). Sjuksköterskan bör vara empatisk (Moe, Sendstad Skistad & Söderhamn, 2017) och främja delaktighet (Wigert, Hellström & Berg, 2008) för att föräldrarna ska kunna hantera situationen på bästa sätt. Relationen förälder/sjuksköterska är dock inte alltid jämlik, föräldrarna befinner sig ofta i en beroendeställning gentemot de som vårdar deras sjuka barn och de kan få en känsla av att de behöver bli inbjuda för att bli delaktiga i vården (Wigert, Berg & Hellström, 2007; Wigert, Hellström & Berg, 2008). Det kan också innebära att föräldrarna känner att de måste kämpa för att utvinna kunskap från sjuksköterskorna på avdelningen. Detta för att få kontroll över en kaotisk situation (Fenwick, Barclay & Schmied, 2008). Sjuksköterskan bör hitta fungerande strategier för att föräldrarna ska bli delaktiga i vården så tidigt som möjligt. Tydlig information om barnets hälsotillstånd har visat sig vara centralt för att föräldrarna ska känna sig trygga och säkra (Jackson & Nyqvist, 2013).

Den bästa förutsättningen att knyta an till sitt prematura barn är om sjuksköterskan uppmuntrar föräldrarna att närvara och delta i den dagliga vården av sitt barn (Wigert, Berg & Hellström, 2010). Genom att lära föräldrarna hur barnet kommunicerar, att exempelvis hålla händerna på barnet eller genom hud-mot-hudkontakt stärks deras relation. Sjuksköterskan har också en viktig roll vid matning genom att till exempel stötta mamman att komma igång med mjölkproduktionen om hon vill amma (Jackson & Nyqvist, 2013).

Thernström Blomqvists avhandling (2012) visar emellertid att mammor som vårdat sitt barn på en neonatalvårdsavdelning upplevde att den högteknologiska miljön var stressig och stödet från sjuksköterskorna var bristfälligt, särskilt när det gällde amning. Mammorna upplevde också att stödet från sjuksköterskan i avseendet att erhålla relevant information var dåligt. Kommunikationen mellan föräldrar och sjukhuspersonal upplevdes också som bristfällig.

Problemformulering

De nyblivna mammor som föder sitt barn förtidigt måste hantera en situation som de inte hade väntat sig (Úlfsdóttir, Eriksson & Fjellvang, 2009). Att födas förtidigt kan för barnet innebära risk för komplikationer, främst på lungor och hjärna (Fellman & Norman, 2015). På neonatalvårdsavdelningen är allt fokus på barnet och mamman blir beroende av vårdpersonalens information för att kunna förstå vad som händer hennes barn. Mammorna är också beroende av sjuksköterskans stöd för att bli delaktiga i vården (Wigert, 2013). En känsla av att behöva kämpa för att få rätt information och stöd från sjuksköterskorna på avdelningen kan infinna sig (Fenwick, Barclay & Schmied, 2008). Mot denna bakgrund vill vi undersöka hur mammor upplever detta stöd när hon vårdar sitt barn på en neonatalvårdsavdelning.

SYFTE

Syftet var att beskriva mammors upplevelse av sjuksköterskans stöd när mamman vårdar sitt prematura barn på en neonatalvårdsavdelning.

METOD

Val av metod

Utifrån syftet med studien valdes en kvalitativ metod. Denna metod är lämplig då kunskap om människors erfarenheter och upplevelser kring ett fenomen ska sökas, vilket Henricsson och Billhult (2017) beskriver som den kvalitativa metodens kärna. Danielsson (2017) och Trost (2010) menar att metoden gör det möjligt att förstå deltagare och deras personliga erfarenheter kring det ämne som står i fokus. Semistrukturerade intervjuer användes, något som enligt Danielsson (2017) och Trost (2010) är att föredra när öppna frågor önskas ställas, men som ändå följer en viss struktur.

Urval

Urvalskriterier

Inklusionskriterier för deltagarna i studien var att de skulle vara mamma till ett barn som fötts prematurt och vårdats på en neonatalvårdsavdelning de senaste tre åren. Tre år valdes för att upplevelsen och minnet av upplevelsen skulle vara aktuellt. Ett annat inklusionskriterium var att mamman skulle befinna sig i vårt geografiska område, då endast personlig intervju skulle tillämpas. Personlig intervju, ansikte mot ansikte, valdes framför telefonintervju eller Skype eftersom ämnet kunde bli känsloladdat och det var önskvärt att tillvarataga den dynamik som kan uppstå i ett personligt möte. För att undvika missuppfattningar och för att underlätta transkribering och analys var en tredje förutsättning att mamman skulle tala och förstå svenska.

Partner exkluderades då fokus låg på mammans upplevelse av stöd från sjuksköterskan. Detta för att mammans upplevelse har föregåtts av en graviditet, känslor kring detta samt anknytning kopplat till graviditet och amning (Jackson & Nyqvist, 2013).

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av sju mammor som vårdat sina prematura barn på en neonatalvårdsavdelning. Samtliga mammor förlöstes med akut kejsarsnitt. Tre av mammorna hade vårdat sitt barn mellan 14-18 månader innan intervjun genomfördes. Tre av mammorna hade vårdat sitt barn 18-36 månader innan intervjun genomfördes. Mamman i pilotintervjun hade vårdat sitt barn åtta år innan intervjun genomfördes. Åldersspannet var mellan 28 år och 39 år. Två av mammorna hade prematura tvillingar. Barnen var födda mellan vecka 25 och vecka 32.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes under september/oktober 2017. Ansatsen var att ha ett strategiskt urval som enligt Malterud (2014) är en grupp som har hög potential att svara på studiens syfte. Mot denna bakgrund kontaktades Svenska Prematurförbundets ordförande via telefon. Under samtalet förklarades studiens syfte samt önskemål om intervjudeltagare. Då ordföranden ställde sig positiv till att medverka som förmedlare av intervjudeltagare skickades ett informationsblad om studien via e-post (bilaga A). Där återfanns studiens syfte, intervjumetod och forskningsetiska principer.

Svenska Prematurförbundet kontaktade sedan medlemmar som kunde vara aktuella för studien samt publicerade en efterlysning på en intern Facebook-sida. I väntan på respons och för att komma igång direkt rekryterades de tre första mammorna genom snowball sampling som beskrivs av Polit och Beck (2017) som en slags snöbollseffekt där en deltagare tipsar vidare om en annan. Kontakt togs initialt med en bekant som hade fött ett

prematurt barn, som i sin tur tipsade vidare om en bekant till henne som också stämde in på kriterierna.

Intervjuguide

En intervjuguide skapades (bilaga C) som tog upp fem större frågeområden med utvecklande underfrågor vilket gav stöd under intervjuerna. Områdena var barnet, förlossningen, neonatalvårdsavdelningen, stöd och mammarollen. I vissa fall ombads mamman att upprepa och förtydliga sina svar så att alla frågor besvarades i intervjuguiden, detta för att få ungefär samma struktur på varje intervju, vilket Trost (2010) rekommenderar.

Pilotintervju

Den första intervjun som genomfördes var en pilotintervju där möjlighet gavs att testa frågorna i intervjuguiden, inspelningsutrustningen och tidsåtgången för intervjun som hade uppskattats till 30-45 minuter. Danielsson (2017) betonar att pilotintervjun är en viktig testomgång för forskarna, för att komma in i situationen och öva på att ställa frågor. Pilotintervjun tog 30 minuter och intervjuguiden behövdes inte revideras. Dessutom svarade intervjuns innehåll mot syftet, varför pilotintervjun inkluderades i resultatet.

Genomförandet av intervjuer

Sju mammor intervjuades genom semistrukturerade intervjuer. Antalet intervjuer valdes utifrån den tidsram som fanns för studien. Platsen för intervjuerna bestämdes i överenskommelse med mammorna. En intervju ägde rum vid Sophiahemmets Högskola, en intervju på ett café, två intervjuer ägde rum på deras respektive arbetsplats och två intervjuer ägde rum i deras respektive hem. Slutligen ägde en intervju rum hemma hos en av oss. Innan intervjun påbörjades förklarades syftet med studien och information gavs om samtycke, konfidentialitet samt att deltagarna närsomhelst kunde dra sig ur studien utan att uppge orsak, i enlighet med Danielssons (2017) rekommendationer. Upplägget i intervjuguiden förklarades också, för att deltagarna skulle känna sig bekväma med de olika ämnesområdena. Intervjuerna spelades in med dubbel diktafon om något fel skulle uppstå. Enligt Trost (2010) är ljudinspelning att föredra framför enbart anteckningar för att intervjuerna ska kunna ge stöd till varandra. Den som inte ställde frågor antecknade även det som inte kunde upptas av ljudinspelningen såsom kroppsspråk, gester och ordlös kommunikation. Intervjuerna avslutades alltid med en öppen fråga om det var något mer som deltagaren ville dela med sig av.

Bortfall

Sammanlagt skulle åtta intervjuer ha genomförts. En av deltagarna som initialt anmälde intresse via e-post, återkopplade inte då tid och plats för intervju skulle bokas.

Dataanalys

Transkribering

Bearbetningsprocessen började med att intervjuerna transkriberades ordagrant. I enlighet med Malteruds (2014) rekommendationer återgavs det ursprungliga materialet så långt det var möjligt. Därför markerades också pauser och andra ordlösa ljud. Anteckningar om deltagarnas ordlösa kommunikation lades till, om mamman till exempel började darra, plocka med pennor eller blev tårögd. Anteckningarna blev sedan ett stöd i dataanalysen. På så sätt kunde detaljer läggas till som inte var lika tydliga under intervjuns gång, vilket Malterud (2014) menar höjer analysens vetenskapliga kvalitet.

Analys av data

Analys av datan valdes att göras induktivt, vilket är att föredra om man i enlighet med Malterud (2014) vill skapa en teori utifrån ett innehåll, och inte ett innehåll utifrån en bestämd teori. Innehållet var i detta fall det som sades i de enskilda intervjuerna och som efter analys skulle komma att säga något på en allmän nivå. Varje transkriberad intervju skrevs sedan ut på papper och lästes igenom var och en för sig. Det slutgiltiga transkriberade materialet lästes sedan igenom flera gånger vid ett och samma tillfälle för att, som Malterud (2014) rekommenderar, få ett helhetsintryck och för att bibehålla ett helt öppet sinne inför textmaterialet. Därefter tog var och en av oss ut förslag på teman i texten, vilka markerades med färgpennor och skrevs ner på post-it-lappar. Våra respektive teman jämfördes sedan och likheter och skillnader diskuterades. Vid oenighet diskuterades vidare tills enighet uppnåddes. På så vis kunde en mer nyanserad analys göras, vilket rekommenderas av Malterud (2014). Exempel på analysprocessen återges i Tabell 1.

I den andra fasen sållades irrelevant text bort och endast meningsbärande enheter behölls. Dessa enheter beskriver Malterud (2010) som all text som svarar på problemformulering och syfte. Dessa avsnitt kodades sedan. Koden är enligt Malterud (2010) en etikett på alla textbitar som har någonting gemensamt.

I den tredje fasen kondenserades innehållet i alla de meningsbärande enheterna som kodat tillsammans. Denna förtätning av innehållet innebar att citaten omvandlades till mer generell form, och kärnan i meningen lyftes fram. Vidare diskussioner ägde rum för att säkerställa att de olika kategorierna var tydligt avgränsade i förhållande till varandra. Enighet uppnåddes kring fyra huvudkategorier och tio subkategorier. Huvudkategorierna blev Sjuksköterskans kvalifikationer, Information, Mammans omhändertagande och Sjuksköterskans förutsättningar. Dessa samt subkategorierna återges i Tabell 2.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subkategorier	Kategorier
Däremot sjuksyrrorna, jättegulliga, men man fick ju be om det här... ”när badar jag mina barn?” ”jaha, har ni inte badat era barn än?” Nej, det är ingen som har sagt nåt och vi vet inte var man gör vad, här på neo...	Mamman fick inte veta att det gick bra att bada barnen eftersom ingen sagt något om rutiner	Informationsbrist	Konsekvenser av informationsbrist	Information
Jag kanske inte är inskriven på förlossningen, men man kan inte bara glömma mamman i allt det här. Jag vet inte vem som ska fånga upp mig, det var aldrig någon som frågade mig	Vill bli sedd efter sin förlossning	Stöd till mamman efter förlossningen	Mamman som patient	Mammans omhändertagande
Det var så många i just den salen som vi fattade tycke för och det var väl så, för att det var dem man ställde de första frågorna till, det var dem man bröt ihop inför /.../	Att knyta an till viss personal och finna det jobbigt med nya ansikten	Anknytning till personalen	Personkemi	Sjuksköterskans kvalifikationer

Forskningsetiska överväganden

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) utfärdades 1964 av Världsläkarförbundet och är en sammanfattning av etiska principer för forskning på människor. Där slås fast att forskning på människor ska främja respekt för alla människor samt skydda deras hälsa och rättigheter. Forskning som rör människor måste alltid ta hänsyn till att personen inte tar skada eller utsätts för onödiga risker (Helgesson, 2015). Det behöver inte enbart vara av fysisk karaktär utan även psykologiskt och känslomässigt. Att respektera en persons integritet innebär att inte inkräkta på någons personliga sfär utan att ha fått tillåtelse (Helgesson, 2015).

Informerat samtycke

Alla intervjudeltagare som medverkade i studien gjorde det av egen vilja, där informerat samtycke givits. Informerat samtycke är enligt Helgesson (2015) av central betydelse för att visa respekt för intervjudeltagarens autonomi och personliga integritet. Tre saker krävs för att informerat samtycke ska råda. Det första är att deltagarna ska få information om studien, vidare att deltagarna förstår informationen och kan fatta beslut och slutligen att deltagandet sker av fri vilja (Kjellström, 2017).

Frivilligheten innebär att deltagaren närsomhelst kan dra sig ur studien, utan att uppge några skäl (Helgesson, 2015). Inför intervjun skickades ett informationsbrev via e-post ut till deltagarna som i sin tur gav sitt samtycke till deltagande i studien (bilaga B). Detta gjordes i enlighet med Helgesson (2015) som menar att deltagarna får möjlighet att ta ställning till om de vill bidra med sin kunskap eller inte.

Konfidentialitet

Alla deltagare utlovades också konfidentialitet. Enligt Helgesson (2015) innebär det att ingen obehörig kommer få ta del av personlig och känslig information om intervjudeltagarna. Enligt Kjellström (2017) består konfidentialitet av två delar där det första handlar om att data från intervjuerna kommer att avidentifieras och inte kunna härledas till en viss individ. Det andra är att data ska förvaras på ett säkert sätt och inte kommer spridas till obehöriga (Kjellström, 2017). Inför intervjuerna hade ett informationsbrev skickats ut där konfidentialiteten beskrevs (bilaga B), samt en muntlig genomgång innan intervjustart. I transkriberingen utelämnades namn och andra detaljer som kunde kopplas till deltagarna och mammorna fick istället en bokstav som ingen annan kände till. Alla ljudinspelningarna av intervjuerna raderades efter iordningställd studie och den transkriberade texten förvarades på en lösenordskyddad dator (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Syftet var att beskriva mammors upplevelse av sjuksköterskans stöd när mamman vårdade sitt prematura barn på en neonatalvårdsavdelning. Fyra kategorier och tio subkategorier framkom ur dataanalysen och visas i Tabell 2. Redogörelsen för varje enskild subkategori har fått ett eget avsnitt och redovisas tillsammans med representativa citat som presenteras i kursiv stil och indrag. Citaten har modifierats från talspråk till skriftspråk för att öka läsförståelsen. Vissa citat har förkortats och redovisas då med tre punkter inom klamrar.

Tabell 2. Presentation över kategorier och subkategorier framkomna vid analysprocessen.

Kategorier	Subkategorier
Sjuksköterskans kvalifikationer	Sjuksköterskans förhållningssätt Sjuksköterskans erfarenhet Främja delaktighet i barnets omvårdnad
Information	Initial information Kontinuerlig information Konsekvenser av informationsbrist
Mammans omhändertagande	Mamman som patient Avlastning Samtalskontakt
Sjuksköterskans förutsättningar	Personalbrist

Sjuksköterskans kvalifikationer

Samtliga mammor beskrev sjuksköterskans kvalifikationer som betydelsefullt för vilket stöd de fick under vårdtiden på neonatalvårdsavdelningen. Begreppet kvalifikationer innefattar här sjuksköterskans förhållningssätt gentemot mamman, sjuksköterskans erfarenhet och hur delaktig sjuksköterskan lät mamman vara i omvårdnaden av barnet.

I intervjuerna framkom också att personkemin mellan mamman och sjuksköterskan spelade en avgörande roll för hur stödet upplevdes.

Sjuksköterskans förhållningssätt

Samtliga mammor upplevde att de hade bättre relationer med vissa sjuksköterskor än med andra. Det kunde innebära att de väntade med att ställa frågor till de sjuksköterskor som de litade på. När personkemin var stark upplevdes sjuksköterskorna som deras förtrogna och kom i efterhand att betraktas som saknade och kära vänner.

Jag fick en sån otrolig samhörighet, man kände att man tyckte OM de här människorna /.../ Så det blev personkemi med vissa, vi hittade varandra i att vi kunde prata om andra saker.

Vi fick bättre kontakt med vissa, och de kanske prioriterade oss för att vi hade den kontakten. Det var väldigt skönt att veta, okej nu kommer NN, då tar jag allting med henne, för hon har stenkoll, medan andra var lite mer svävande. Jag ska kolla, sa de.... Och så kom de inte tillbaka.

Empati var en egenskap hos sjuksköterskan som alla mammor självmant tog upp som betydelsefullt för att hon skulle känna stöd. Avsaknad av empati upplevdes som problematiskt av flera orsaker. En mamma beskrev att sömnbristen och den känslomässiga berg-och-dalbanan gjorde henne helt hudlös och varje akt av okänslighet uppfattades som stötande. En annan beskrev det som att sjuksköterskans empati var viktigare än att få korrekt information.

Ibland kände man att de (sjuksköterskorna) inte hade jättebra koll på allting, men då gick de och tog hjälp. Men empatin och det här med att förstå en förälder, förstå att det här är en av de jobbigaste situationerna man kan gå igenom. Det är ett sånt trauma. /.../ Empatin var det viktigaste.

Det framkom också att sjuksköterskans empati för barnet, att se barnet som ett barn hur sjukt det än var, var betydelsefullt.

Varje gång vi fick en sköterska som brydde sig om att han var ett litet barn också, inte bara ett paket som ska överleva, blev vi chockade och glada. Då kände vi, den här sköterskan vill vi ha!

Varför har han inga leksaker? Leksaker, sa vi. Får vi ha det? Ja, det här är ett barn, ni måste börja behandla honom som ett barn, svarade de. Så vi gick och köpte en leksak.

Sjuksköterskans erfarenhet

Att samarbeta med erfarna sjuksköterskor upplevdes som positivt, inte bara på grund av deras kunskap, utan också för att de upplevdes inneha ett lugn i stressiga situationer. Det framkom att nyutbildade sjuksköterskor upplevdes som mer stressade när någonting oväntat hände med barnet och att återkopplingen till föräldrarna därför blev sämre. En mamma vars barn fick upprepade bradykardier berättade att hon hade svårt att förstå hur allvarlig situationen var eftersom sjuksköterskorna agerade olika varje gång det inträffade. I efterhand tolkade mamman det som att ju mer erfaren sjuksköterskan var desto lugnare hanterade sjuksköterskan situationen.

De gånger en mindre erfaren sjuksköterska kom inspringande uppfattade mamman situationen som allvarligare eftersom sjuksköterskan hade svårt att behålla lugnet. Den erfarna sjuksköterskan hade förutom sitt lugnare sätt också mer tid att förklara vad som hade hänt efteråt och ge adekvat stöd.

De (erfarna sjuksköterskorna) var rejäla och la inte huvudet på sne. De hade jobbat där forever och varit med om saker.

Att främja delaktighet i barnets omvårdnad

Alla mammor beskriver att de varit helt eller nästan helt delaktiga i sitt eller sina barns omvårdnad. Det område som mammorna kände sig mest delaktiga i var att sitta hud-mot-hud med sitt barn i det som kallas känguruvård. Alla mammor utom en beskrev att de i stort sett alltid satt med sitt barn på bröstet så långt det var möjligt. Det framkom också att de mammor som hade haft mycket känguruvård och fått stöd och information kring det, upplevde att de hade en bra anknytning till barnet. Om det av olika anledningar inte varit möjligt med lika mycket känguruvård ansågs anknytningen till barnet ha blivit lidande.

När man hade matat barnen så var man ju antingen hungrig själv, eller trött eller slut. Man orkade ju sällan sitta så mycket, men man hade gärna velat. Det fanns liksom ingen energi. /.../ Och man kände ju lite att barnen inte var mina riktigt, man kände lite som att man var där på besök.

Mammornas delaktighet i omvårdnaden bestod också i att sköta om barnet, mata och ge mediciner innan maten. Alla mammor upplevde att de fick bra stöd i det och att sjuksköterskorna ofta var duktiga på att instruera hur det skulle gå till. En mamma beskriver att det var väldigt tydligt hur uppdelningen såg ut.

De hade ett schema som vi följde med röda, gula och gröna områden. Vissa saker skulle vi göra själva, vissa saker skulle sköterskorna göra och sen var det saker som vi gjorde tillsammans. Det var ett system som jag tror de hade för att föräldrar skulle känna sig duktiga.

Information

Behovet av att erhålla relevant information var stort hos samtliga mammor. Varje enskild mamma beskrev på ett eller annat sätt att hon var helt beroende av sjuksköterskorna för att erhålla information, eftersom hon inte hade någon tidigare erfarenhet av vård av prematura barn. Att få be eller tjata sig till relevant information under vårdtiden förekom, medan andra upplevde att den löpande informationen var tillräcklig och att informationsbehovet mättades i takt med att kunskapen ökade. Alla mammor ansåg dock att informationen var bristfällig precis i början.

Initial information

Ingen av deltagarna var förberedda på att få barn förtidigt och samtliga mammor förlöstes med akut kejsarsnitt. Alla mammor upplevde att de hade velat ha mer information initialt, dels på uppvakningsavdelningen, men även generellt det första dygnet på neonatalvårdsavdelningen. Det som saknades kunde vara mer utförlig information om vad som skulle hända med barnet eller hur de dagliga rutinerna såg ut på avdelningen. Alla mammor beskrev hur svårt det var att hänga med känslomässigt efter att barnet hade fötts och att behovet av information var stort.

Det är klart, det hade varit fint med någon som sa, såhär kan det se ut. Att man har en startgenomgång när man kom dit, för det var ju tumultartat. Plötsligt landade vi på en prematuravdelning från att vi på morgonen skulle gå på fest.

Vi hade så gärna velat ha lite mer information, det hade ju varit skönt att få. Men vi fick gråta oss till den. Och det tyckte jag kändes ovärdigt.

En mamma beskrev det första mottagandet på neonatalvårdsavdelningen.

Vi visste inte någonting. Vi hade inte fått någon information. Fick hitta till Neonatalen själva och ringde på och någon kommer och öppnar, släpper in oss och går därifrån. Och man är lite skör, och man undrar hur det har gått med barnen /.../ Jag hade så gärna velat ha ett omhändertagande. Någon som hade sagt, kom, nu ska vi ta hand om dig.

Kontinuerlig information

Behovet av kontinuerlig information om barnets tillstånd var överlag stort. Den gavs av sjuksköterskor, barnskötare och läkare beroende på informationens karaktär. Det var dock väldigt olika hur mycket information som uppfattades som tillräckligt. De mammor som hade mindre sjuka barn tyckte att den kontinuerliga informationen som gavs var bra, tillräcklig och adekvat. De mammor vars barns tillstånd var mer kritiskt tyckte att de inte fick tillräcklig information och att de hela tiden fick kämpa för att erhålla den. De upplevde att de endast fick information om det var någonting negativt som hände barnet.

Jag tycker man kan vara övertydlig mot prematurföräldrar. Att dagligen tala om för föräldrarna att de mår bra, det här går bra /.../Att det inte bara rullar på.

Jag tror det hade varit en ökad trygghet för oss om man dagligen hade kommit och sagt, ja men allting har gått bra idag, allting har gått bra i natt, de växer som de ska /.../, man hade uppskattat att få allt tydligare eftersom man var ovan att ha ett barn som ligger med slangar.

Konsekvenser av informationsbrist

Att inte få relevant och tydlig information från sjuksköterskan kunde leda till missförstånd och att mammorna blev överdrivet försiktiga. En mamma beskrev att hon och hennes man sällan eller aldrig lämnade rummet eftersom de var tvungna att övervaka barnets apnéalarm. Först efter fem veckor fick de information om att det fanns bärbara enheter vilket gjorde att de kunde rulla ut barnet i samlingsrummet och andra delar av avdelningen. En annan mamma beskrev att hygienrutinerna var så rigida att hon trodde att hon knappt fick vidröra barnet.

Pussa honom? Får jag det? Ja, du måste pussa honom. Han måste få känna din värme och allt det där/.../ Så första gången jag pussade honom var han sex-sju veckor för jag hade inte fattat att jag fick göra det innan.

Mammans omhändertagande

Mamman som patient

Samtliga mammor födde sina barn genom akut kejsarsnitt och var i behov av vård och omsorg efter förlossningen. De var inskrivna på förlossningen eller BB de första dagarna för eftervård. Mammorna fick oftast träffa sitt eller sina barn fyra-fem timmar efter kejsarsnittet och en stund på uppvakningsavdelningen. I ett fall tog det två dygn innan mamma och barn fick träffas då mammans hälsotillstånd var kritiskt. I intervjuerna framkom att mammorna ofta kände sig bortglömda som patienter. På neonatalvårdsavdelningen låg allt fokus på barnet och upplevelsen var att mamman fick klara sig själv.

Jag hade ju agraffer som skulle tas bort. Jag fick ta reda på allting själv /.../ Och jag var inte mogen för det. Man kan inte glömma bort mamman i allt det här/.../Jag kände mig bortglömd. Nu finns jag till för mina barn, men för att jag ska kunna finnas till för mina barn, måste jag funka.

En mamma beskrev att hon hade behövt mer stöd efter sin förlossning, som för henne var mentalt påfrestande.

Det var ändå en ganska jobbig förlossning, psykiskt så var den jobbig/.../Det hade behövts att någon tog tag i det för man orkar inte ta tag i det själv. När man ligger på Neo är man uppe i allt det och när man kommer hem är det vardag med allting. Det hade behövts att någon tog tag i det.

Avlastning

Som för alla nyblivna mammor spenderades mycket tid på att mata barnet. På grund av prematuriteten var det svårt eller omöjligt att amma barnet i början. Mjölken gavs då via sond med utpumpad mjölk. Vissa mammor förväntades sondmata barnet var tredje timme dygnet runt, även om mamman låg på en annan avdelning, långt ifrån barnet.

Andra mammor fick hjälp med matningen nattetid även om de bodde tillsammans på ett familjerum.

Det berodde lite på vad det var för sköterskor och hur omtänksamma de var. För vissa var såhär "du behöver sova, vi tar nästa matning" så sondade de och hanterade det själva. Andra var lite mer att de kunde ge en dåligt samvete om man hoppade över en gång.

/.../Då fick vi en sjuksköterska som var supergullig och jag fick sova en natt när hon hjälpte till. Hon såg väl att man var på bristningsgränsen, vad man klarar av emotionellt och sömnbristmässigt."

Gemensamt var att alla mammor uppskattade när de fick hjälp och avlastning. Samtliga mammor tog upp betydelsen av stöd från sjuksköterskan för att kunna ta hand om sig själva en stund. Behovet av att kunna lämna rummets fyra väggar var stort för att till exempel gå ut på en promenad, äta lunch någon annanstans eller bara få sova en stund.

Man sätter sig själv sist och det tror jag är viktigt att man som personal är medveten om. Som mamma tror jag att man nästan alltid sätter sig själv i sista rummet.

Vi hade en sköterska som kunde säga: jag jobbar imorgon. Jag jobbar klockan tre, då kommer jag. Då går du och NN ut och kommer inte tillbaka på två timmar. Då rullar vi ut barnen och så tar vi hand om dem/.../Hon var guld värd.

Samtalskontakt

Alla mammor utom en blev erbjudna en samtalskontakt via sjukhusets kurator. Gemensamt för alla som träffade kurator var att de inte tyckte att det gav någonting. Skälet till detta varierade; några tyckte att erbjudandet om samtalsstöd kom för sent, de hade redan hunnit processa det mesta med sin partner eller andra föräldrar. Andra upplevde att de var för upptagna av att ta hand om sitt barn och satte sig själva åt sidan. En annan orsak till att kuratorn inte gav något stöd var att de fick bättre stöd av att prata med sjuksköterskorna på avdelningen än en främmande person som de inte kände.

Sjuksköterskorna måste nästan vara psykologer för föräldrarna, för föräldrarna slutar ta hand om sig själva. Allt annat upphör.

Sjuksköterskans förutsättningar

Alla mammorna beskrev tidsbrist och personalbrist som ett problem som bidrog till sjuksköterskans begränsning att finnas till hands. Detta innebar att mammorna inte fick tillräckligt stöd i situationer där det hade behövts. Mammorna beskrev att de kände sig bortglömda och att de inte fick den information de behövde.

Personalbrist

De mammor som födde barn på sommaren beskrev alla hur de upplevde brist på personal och att det blev en begränsande faktor när det gäller stöd. En mamma fick bo på patienthotellet i flera veckor medan hennes barn låg på neonatalvårdsavdelningen, eftersom det var sommar och familjerummen var stängda på grund av personalbrist. En annan beskrev hur hon och hennes partner blev flyttade runt på olika avdelningar hela tiden på grund av platsbrist.

Vi hade en ny sköterska varje pass, skulle jag tro. Sen var det det här att det var kort om personal och semestertider och allt.

De mammor vars barns tillstånd inte var så kritiskt upplevde att de blev bortglömda av sjuksköterskorna eftersom de var tvungna att lägga sin tid på de barn som var svårast sjuka.

Vi hade sjuksköterskor som kom men vi hade aldrig någon aning om när de kom. När de kom så ringde det alltid i deras telefoner vilket var otroligt störande/.../Vi kände att vi inte var prioriterade för vi hade inte ett jättesvårt sjukt barn. Men vi har ju ändå ett barn.

/.../ Personalen hade inte tid. Många var jättegulliga och tog sig tid men det var alltid på bekostnad av något annat.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet visar att både initial och kontinuerlig information var viktigt för mammornas upplevelse av kontroll och delaktighet i barnets omvårdnad. Brist på information ledde till oro och gissningar som mynnade ut i en känsla av att inte få stöd i sin föräldraroll. Detta resultat var väntat av oss och stämmer väl överens med tidigare forskning (Jackson & Nykvist, 2013; Reid, Bramwell, Booth & Weindling, 2007; Wigert, 2013) som visar att föräldrar måste få stöd från sjuksköterskan för att känna sig delaktiga i vården och att information om barnets hälsotillstånd är centralt för att föräldrarna ska känna trygghet och säkerhet.

Resultatet visar också att personkemi och empati var helt avgörande för hur stödet från sjuksköterskan upplevdes. Personkemi uppstod framför allt med sjuksköterskor som var lika dem själva eller med de som var empatiska, gav det lilla extra och hjälpte till att avlasta mamman. Detta är i linje med Moe, Sendstad Skistad och Söderhams studie (2017) om att empati är det som föräldrar upplever som den viktigaste egenskapen hos en sjuksköterska inom neonatalvården. Vi anser att det är viktigt att inom neonatalvården inte bara se mamman som en förälder som ska bjudas in och vara delaktig i barnets omvårdnad, utan att se en människa i kris som behöver stöd bortom det medicinska.

Av de sju mammor som deltog i studien fick endast två mammor dela rum med sitt barn under hela vårdtiden. Övriga mammor fick ligga på akutsalar, BB, antenatalvårdsavdelningar och patienthotell. Eventuellt kan mammornas upplevelse av stöd ha påverkats av denna separation. Att separeras från sitt barn och inte få tillräckligt med stöd och möjligheter att utvecklas i sitt nya föräldraskap kan leda till problem med anknytningen, vilket en studie av Craig et al. (2015) visar. Resultatet visar att personalbrist och semestertider var en av förklaringarna till att inte alla mammor fick bo tillsammans med sina barn, men vi finner det anmärkningsvärt att så många fick spendera nätterna separerade från barnet, i ett landsting som har som mål att bedriva familjecentrerad neonatalvård (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017).

Eftersom alla mammor i studien förlöstes med kejsarsnitt var de också patienter i behov av omvårdnad och stöd efter förlossningen. Resultatet visar att mammorna kände sig bortglömda och fick klara sig själva då neonatalvårdsavdelningens uppdrag var att se till barnets omvårdnad. Vi kunde ana ett samband med att denna brist på stöd ledde till att de upplevde att de själva hade svårare att vara delaktiga i barnets omvårdnad. Detta är i linje med Rossman, Greene & Meiers studie (2015) som visar att mammor på neonatalvårdsavdelningen först måste hantera sin egen stress och känslor kring en traumatisk förlossning innan de fullt ut kan bli delaktiga i barnets omvårdnad.

Resultatet visar att alla mammor utom en fick erbjudande om samtalskontakt via kurator. Ingen av dem ansåg dock att det gav det stöd som de hade hoppats på. Att kuratorskontakten inte hjälpte mammorna var inte ett förväntat resultat. Det framgår dock inte av resultatet *när* kuratorskontakten erbjöds, bara att det av mammorna upplevdes vara för sent eller att det inte hjälpte. Resultatet visar att mammorna kom viss personal på neonatalvårdsavdelningen mycket nära och valde att samtala med dessa eller med andra föräldrar i samma situation på avdelningen, hellre än med en kurator som varken kände eller hade träffat barnet.

Detta är i linje med en studie (Serge, Chuffo-Siewert, Brock & O'Hara, 2013) som visar att mamman har svårt att se sina egna behov under vårdtiden på neonatalvårdsavdelningen. De egna behoven kommer i andra hand och hon prioriterar inte samtalskontakt. Mot denna bakgrund bör neonatalvården säkerställa att kurator erbjuds i ett tidigt skede för att fånga upp föräldrar och guida dem i den kaosartade situation de befinner sig i och det som komma skall, snarare än att samtala om skeenden som varit och känslor som redan infunnit sig.

Vidare framkom att de mammor som hade haft mycket känguruvård och fått stöd och information kring det, upplevde sig ha en bra anknytning till barnet. De som av olika anledningar inte hade haft lika mycket känguruvård ansåg att anknytningen till barnen hade blivit lidande. Detta är i linje med Thernström Blomqvists avhandling (2012) som visar att mammor som får möjlighet att använda kängurumetoden upplevde att det främjade anknytningen och det upplevdes som positivt att kunna ge sitt barn en sådan start i livet.

Vi bedömer att det presenterade resultatet beskriver hur mammor upplever sjuksköterskans stöd när hon vårdar sitt barn på en neonatalvårdsavdelning, varför studiens syfte anses vara besvarat.

Metoddiskussion

Då syftet var att beskriva mammors upplevelse av sjuksköterskans stöd när mamman vårdar sitt prematurfödda barn på en neonatalvårdsavdelning valdes en kvalitativ metod eftersom ändamålet med studien var att ta reda på deltagarnas personliga erfarenheter kring ämnet (Trost 2010). Kvalitativa intervjuer var också den metod som bäst kunde svara på syftet. En litteraturstudie hade sannorlikt kunnat ge ett mer globalt perspektiv med bredare översikt av ämnet (Polit & Beck, 2017). En kvalitativ ansats ger emellertid ett mer lokalt perspektiv med större djup (Trost, 2010), vilket var det som önskades.

Då responsen hos Svenska Prematurförbundet var stor gjordes valet att begränsa inklusionskriterierna ytterligare för att få ett bättre urval. Deltagarna skulle vara tillgängliga för intervju inom två veckor samt uppfylla alla andra urvalskriterier. Genom ett bekvämlighetsurval, som Danielsson (2017) rekommenderar valdes mammor bort som inte befann sig i vår geografiska närhet samt dem som endast spenderat några dagar på en neonatalvårdsavdelning. Antagandet var att en längre vårdtid skulle generera fler ingående upplevelser vilket bättre skulle besvara syftet.

I planeringsstadiet av studien valdes mammor bort som hade fött fullgångna men sjuka barn som vårdats på en neonatalvårdsavdelning. Antagandet var att upplevelserna i den gruppen skulle vara annorlunda än hos mammor som hade fött ett prematurt barn vilket skulle påverkat resultatet. Beslut togs även att exkludera mammor vars barn inte hade överlevt. Även dessa mammor antogs ha en annan upplevelse varför deras svar inte skulle vara representativt för hela gruppen.

På grund av att alla mammor förlöstes med akut kejsarsnitt kan detta ha medfört att de var i större behov av vård och omsorg relaterat till operationen, än om de hade fött vaginalt. Detta kan ha påverkat resultatet och studiens trovärdighet. Dels kan mammans upplevelse av att inte bli sedd som patient ha varit annorlunda om mamman hade fött vaginalt. Dessutom hade separationen från barnet och den stress som det medförde förmodligen inte varit lika lång som vid en vaginal förlossning.

Urvalet gjordes med både snowball sampling och strategiskt urval, vilket gav en heterogen grupp vilket leder till att trovärdigheten för studien stärks (Trost, 2010). Utifrån den tidsram som fanns för studien genomfördes sju semistrukturerade intervjuer. Kvale och Brinkmann (2014) belyser att ett mindre antal intervjuer kan försvåra studiens generaliserbarhet medan alltför många intervjuer kan försvåra djupa tolkningar. Trost (2010) menar att intervjuernas kvalitet väger tyngre än kvantitet.

Pilotintervjun valdes att inkluderas trots att inklusionskriteriet att barnet skulle vårdats på neonatalvårdsavdelning inom tre år inte uppfylldes. Vår uppfattning var att tiden som passerat inte hade någon betydelse för minnet och upplevelsen av vårdtiden på neonatalvårdsavdelningen, snarare tillförde distansen ett värdefullt perspektiv. De mammor som inte hade hunnit bearbeta sina upplevelser fullt ut således fortfarande befann sig i en känslig fas kan ha saknat detta perspektiv, vilket eventuellt kan ha påverkat resultatet.

Valet av intervjuplats gjordes i samråd med mammorna. Detta resulterade i att en intervju ägde rum hemma hos en mamma med flera barn närvarande och en intervju gjordes på ett café, vilket kom att påverka ljudkvaliteten på det inspelade materialet. Trost (2010) menar att miljön för intervjun ska vara så ostörd som möjligt och åhörare ska uteslutas för att intervjusituationen ska vara optimal. Trost (2010) rekommenderar inte heller att genomföra intervjun i intervjudeltagarens hemmiljö eftersom det kan innebära störningsmoment. Vi upplevde att en deltagare hade svårt att koncentrera sig i sin hemmiljö då det var barn som skulle matas och passas samtidigt. Den intervjun tydliggjorde för oss varför intervjuplatsen är så viktig. Vår uppfattning är emellertid att det inte påverkade resultatet eftersom vi gav den mamman extra tid att formulera sig och vi var noggranna med att stämma av att alla frågor i intervjuguiden besvarades. Ljud togs upp med diktafon i mobiltelefonen, vilket deltagarna informerades om redan i informationsbrevet (bilaga B) samt inför varje intervju. Ljudinspelningen påbörjades efter att deltagaren hade uppgett sitt namn, ålder och beskrivit barnets födelsedata, vilket ökade konfidentialiteten för deltagarna. Ljudinspelningen avslutades efter att alla frågor hade ställts. I samtliga fall fortsatte samtalet efter att bandspelaren hade stängts av, men då i mer allmänna ordalag. Samtliga deltagare uttryckte full förståelse för att bli inspelade. Vi upplevde inte heller att ljudupptagningen hämmade eller censurerade mammornas berättelser, vilket Trost (2010) ser som risk vid inspelning.

Resultatet tolkades och analyserades tillsammans vilket Malterud (2014) rekommenderar för att få en mer nyanserad analys. Genom gemensamma diskussioner kondenserades texten till meningensheter vilket la grunden för kategorierna och subkategorierna. En svårighet i arbetet var att få fram kategorier och subkategorier som motsvarade syftet. Efter diskussioner ställde vi oss den enkla frågan ”vad påverkade mammornas upplevelse av stöd?” vilket var det som gjorde att kategorierna och subkategorierna slutligen kunde fastställas. Malterud (2014) betonar vikten av att diskutera och analysera tillsammans under analysprocessen vilket ökar studiens trovärdighet.

Malterud (2014) anser att förförståelse handlar om kunskap, erfarenhet och värderingar som vi har med oss när studien påbörjas. Vidare beskriver Malterud (2014) hur viktig förförståelsen är som motivation i val av ämne inför en studie. Vår förförståelse i ämnet är att vi båda har jobbat på en förlossningsavdelning, samt att vi själva är mammor. Beslut togs om att informera våra deltagare om detta inför intervjuerna då förhoppningen var att det skulle skapa ett förtroende mellan oss och mammorna samt förklara ämnesvalet.

Vi upplevde att detta gav den näring och styrka som Malterud (2014) menar att en förförståelse kan ge. Utan denna förförståelse hade resultatet eventuellt sett annorlunda ut då tolkningar kan ha gjorts utifrån egna upplevelser från förlossningsvården samt känslor kopplade till det egna moderskapet. Eventuellt kan också mammornas berättelser ha blivit annorlunda om vi inte valt att berätta om vår förförståelse. Detta kan möjligtvis ha påverkat resultatet, vilket i så fall minskar studiens trovärdighet.

I enlighet med Helgesson (2015) avidentifierades mammorna som intervjuades i resultatet för att behålla konfidentialiteten. Ljudupptagningarna raderades och transkriberingarna förvarades i en lösenordskyddad dator under studiens gång. Helsingforsdeklarationen (2013) beskriver att forskning på människor ska främja respekt för alla människor samt skydda deras hälsa och rättigheter. Mammorna fick skriftlig och muntlig information om studien och dess syfte och kunde därefter fatta ett självständigt beslut om deltagandet, vilket Kjellström (2017) beskriver som del i informerat samtycke.

Slutsats

Samtliga mammor befann sig i en svår och oförberedd situation och var i behov av stöd från sjuksköterskan på neonatalvårdsavdelningen. Flera faktorer påverkade mammans upplevelse av detta stöd. Hur sjuksköterskan var som person, vilken information som gavs och hur den gavs var viktigt för upplevelsen av stöd. Viktigt var även att sjuksköterskan tillgodosåg mammans behov av att bli sedd som patient och människa. Att få hjälp med matning, amning och att sitta hud-mot-hud med barnet ansågs också vara viktigt för att mamman skulle uppleva stöd. Slutligen var sjuksköterskans förutsättningar att ge stöd avgörande, där personalbrist var en bidragande faktor till bristande stöd.

Fortsatta studier

Det finns behov av fortsatta studier som behandlar mammans upplevelse av stöd på en neonatalvårdsavdelning, förslagsvis observationsstudier av beteenden och händelser som sjuksköterskan är omedveten om. Detta skulle förmodligen ge ett rikt material som skulle bidra med kunskap till hur sjuksköterskan på bästa sätt kan stödja mamman på en neonatalvårdsavdelning. Ökad förståelse för mammans situation kan förhoppningsvis leda till bättre bemötande vilket skulle minska upplevelsen av sårbarhet. Vidare skulle en jämförande studie mellan mammans och partners upplevelser kunna bidra till en ökad förståelse kring behovet av stöd.

Klinisk tillämpbarhet

Förhoppningen är att denna studies resultat kommer att kunna användas av verksamma sjuksköterskor för att uppmärksamma situationer där mamman saknar stöd inom neonatalvården. Den kan också påvisa vilka faktorer som bidrar till att mamman får en positiv respektive negativ upplevelse av vårdtiden på neonatalvårdsavdelningen. Resultatet i studien är inte enbart tillämpligt inom neonatalvård utan kan appliceras i annan omvårdnad där människor befinner sig i en utsatt position. Stöd, information och goda relationer till vårdgivaren behövs för alla vårdtagare oavsett situation.

Speciellt tack

Vi vill rikta ett tack till Svenska Prematurförbundet för publicering av brevet om förfrågan om deltagande. Ett speciellt stort tack till alla intervjudeltagare som delat med sig av sina personliga upplevelser när de vårdat sina prematura barn på en neonatalvårdsavdelning. Inte minst vill vi slutligen tacka handledare Britten Jansson för värdefulla kommentarer under arbetets gång.

REFERENSER

- Andrezen Carlsson, A., & Eriksson, M. (2013). Hud-mot-hudvård. I K. Jackson & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (1. uppl., ss. 97-107). Lund: Studentlitteratur.
- Bang, K., Kang, H., & Kwon, M. (2015). Relations of postpartum depression with socio-demographic and clinical characteristics of preterm infants and mothers. *Child Health Nursing Research*, 21(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4094/chnr.2015.21.1.1>
- Berg, A.-C., & Wingren, U. (2015). Kliniska rutiner och procedurer. I H. Lagercrantz., L. H. Westas & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 451- 462). Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J. (2013). Teamarbete - ett livsviktigt samspel. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1. uppl., ss.159-177). Stockholm: Liber.
- Blomqvist, T. Y. & Nykvist, H. K. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of clinical nursing*, 20(9/10), 142-1480. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x>
- Craig, J.W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in the developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(1), 5-8. doi:10. 1038/jp.2015.142
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 285-297). Lund: Studentlitteratur.
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2016). *Old's maternal newborn nursing & women's health: Across the lifespan* (10^m ed.). USA: Courier/Kendallville.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad-definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (1. uppl., ss. 29-35). Lund: Studentlitteratur.
- Erlandsson, K., & Fagerberg, I. (2005). Mother's lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery*, 21(2), 131-138. doi: 10.1016/j.midw.2004.09.008
- Fegran, L., & Helseth, S. (2009). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context--closeness and emotional involvement. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(4), 667-673. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x
- Fellman, V., & Norman, E. (2015). Det för tidigt födda barnet. I H. Lagercrantz., L.H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 97-106). Lund: Studentlitteratur.

- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2008). Craving closeness: a grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 21(2), 71-85. doi: 10.1016/j.wombi.2008.03.006
- Hedberg Nyqvist, K. (2015). Amning av för tidigt födda barn: Kängurumetod. I H. Lagercrantz., L. H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 145). Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod: Datainsamling. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 115). Lund: Studentlitteratur.
- Hwang, S.H., Kim, S.H., Yoo, Y. I., & Shin, S. H. (2013). Parenting stress in mothers of premature infants. *Child health nursing research*, 19(1), 39-48. doi: <https://doi.org/10.4094/chnr.2013.19.1.39>
- Jackson, K. & Nykvist, H. K. (2013). Att bli förälder till ett för tidigt fött eller nyfött sjukt barn. I K. Jackson., & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (1. uppl., ss. 31-54). Lund: Studentlitteratur.
- Jackson, K., & Wigert, H. (2013). Att bli förälder till ett för tidigt fött eller nyfött sjukt barn. I K. Jackson., & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (1. uppl., ss 31-54). Lund: Studentlitteratur.
- Johansson da Silva, L., Rangel da Silva, L., Luzia Leite, J., Rodolfo Silva, I., & Privado da Silva, T. (2013). The neonatal unit environment: Prospects for nursing care in the Kangaroo Method. *Journal of nursing*, 7(2), 537-545. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201328>
- Jonsson, B., Sandberg, K., & Björklund, L. (2015). Lungsjukdomar. I H. Lagercrantz., L. H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss.181-205). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Universitetssjukhuset. (2017) Hämtad 14 september, 2017 <http://www.karolinska.se/for-patienter/alla-mottagningar-och-avdelningar-a-o/tema-barn-och-kvinnosjukvard/sjuka-nyfodda-barn/barn-neonatal-solna/>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Kleberg, A., & Aagard, H. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I K. Jackson., & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (1. uppl., ss. 77-91) Lund: Studentlitteratur.

- Kleberg, A. & Westrup, B. (2015). Utvecklingsstödande neonatalvård enligt NIDCAP. I H. Lagercrantz., L. H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 473-482). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagercrantz, H. (2005). *Du är inte ensam...: Föräldrar till för tidigt födda barn berättar*. Stockholm: Nordisk bokindustri försäljning.
- Lagercrantz, H. (2015a). Hjärnans utveckling. I H. Lagercrantz., L. H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 269-275). Lund: Studentlitteratur.
- Lagercrantz, H. (2015b). Neonatologins historia- ett svenskt perspektiv. I H. Lagercrantz., L. H. Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 17-19). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Moe, K., Sendstad Skiland, A.V., & Söderhamn, U. (2017). Encountering parents of a sick newborn child. *Sykepleien forskning*, 1-11. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.62155
- O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L.,...Lee, K.S. (2013). A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in Canadian neonatal intensive care unit. *BMC pregnancy childbirth*, 13(1),12. doi: 10.1186/1471-2393-13-S1-S12
- Petit, A.-C., Eutrope, J.,Thierry, A., Bednarek, N., Aupetit, L., Saad, S.,...Rolland, A.-C., (2016). Mother's Emotional and Posttraumatic Reactions after a Preterm Birth: The Mother-Infant Interaction Is at Stake 12 Months after Birth. *PloSOne*, 11(3). doi: 10.1371/journal.pone.0151091
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rossmann, B., Greene, M. M., Meier, P. P. (2015). The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for "NICU Moms". *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 44(1), 3-16. doi. 10.1111/1552-6909.12527
- Segre, L.S., Chuffo-Siewert, R. Brock, R.L.,& O'Hara, M.W. (2013). Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: a feasibility trial of nurse-delivered treatment. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 33(12), 924-928. doi: 10.1038/jp.2013.93.
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family-centered care: a review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 15(10), 1317-1323. doi 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Staniszewska, S., Brett, J., Redshaw, M., Hamilton, K., Newburn, M., Jones, N., Taylor, L. (2012). The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(4), 243-255. doi: 10.1111/j.1741-6787.2012.00253.x

Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister. (2016). *Årsrapport 2016*. Hämtad från https://www.medscinet.com/pnq/Uploads/%C3%85rsrapport%20SNQ%202016_2.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017) *Svensk Sjuksköterskeförening: Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2017). Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svenska Prematurförbundet. (2017). *Om prematurvård*. Hämtad 14 september, 2017, från <http://prematuorforbundet.se/om-prematuritet/om-prematuritet/>

Thernström Blomqvist, Y. (2012). *Kanagaroo mother care: Parents' experiences and patterns of application in two Swedish neonatal intensive care units*. Dissertation. Uppsala university. Department of women's and children's health.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Úlfssdóttir H.S., Eriksson, L., & Fjellvang, H. (2009). *Förlossningshandboken*. Slovakien: Norstedts.

Verklan, M.T., & Walden, M. (2010). *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*. USA: Saunders.

Wallin, L., & Eriksson, M. (2009). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): a systematic review of the literature. *Worldviews evid based nurs*, 6(2), 54-69. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00150.x

Westgren, M. (2015) Obstetrisk handläggning vid hotande förtidsbörd. I H. Lagercrantz., L.H.Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 51-55). Lund: Studentlitteratur.

Wigert, H. (2013). Föräldrars delaktighet i familjecentrerad neonatalvård. I K. Jackson., & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (1. uppl., ss. 61-72). Lund: Studentlitteratur.

Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A.-L. (2007). Health care professionals' experiences of parental presence and participation in neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17482620600979195>

Wigert, H. Berg, M., & Hellström, A.-L. (2010). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), 139-146. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x.

Wigert, H. Hellström, A.-L. & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care: a field: a field study. *BMC Pediatrics* 8(3). doi:10.1186/1471-2431-8-3

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 8 september, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Örtenstrand, A. (2015). Familjecentrerad neonatalvård. I H. Lagercrantz., L.H.Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. uppl., ss. 463-467). Lund: Studentlitteratur.

Svenska Prematurförbundet

Hej!

Vi heter Anja Sörhuus och Sofie Karlqvist och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Vår undersökning berör mammans upplevelse att få ett prematurt barn och hennes behov av stöd. Vi är därför intresserade av att få kontakt med mammor som har ett prematurt barn och som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Följande kriterier önskar vi vara uppfyllda; mamman har ett prematurt barn som vårdats på en neonatalavdelning, vårdtiden avslutades för max 3 år sedan, kvinnan är svensktalande, samt är bosatt inom Stockholms län.

Syftet med studien är att beskriva vilket stöd mammor till prematurfödda barn upplever att de fått av sjuksköterskan under vårdtiden på en neonatalavdelning.

Vid sidan av våra studier jobbar vi som undersköterskor på en förlossningsavdelning i Stockholm. Vår erfarenhet är att kvinnor som föder prematura barn ofta befinner sig i en sårbar situation då världens ställs på ända och känslorna pendlar mellan hopp och förtvivlan. Deras behov av stöd och vägledning från sjuksköterskor är stor, vilket även tidigare forskning visar. Vi vill mer vår studie undersöka hur detta stöd har sett ut för de mammor vi kommer i kontakt med. Vi hoppas att resultatet kommer att kunna användas av verksamma sjuksköterskor för att få en bättre förståelse för dessa patienter.

Studien kommer att genomföras med hjälp av intervjuer med personer som uppfyller kriterierna ovan. Intervjuerna ska helst genomföras mellan veckorna 35–37 och beräknas ta ca 30–60 minuter. Plats för intervjuerna bestäms av intervjupersonerna. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter analyseras för att få fram ett resultat. Intervjuerna kommer behandlas konfidentiellt och intervjupersonerna har rätt att närsomhelst dra sig ur studien utan att behöva uppge någon orsak. Materialet kommer att avidentifieras och raderas när studien är klar.

Med vänlig hälsning

Anja Sörhuus
Tel: xxx-xxxxxx
Mail: anja.sorhuus@stud.shh.se

Sofie Karlqvist
Tel: xxx xxxxxx
Mail: sofie.karlqvist@stud.shh.se

Sophiahemmet Högskola

Handledare

Britten Jansson
Tel: xx xxxxxx

Mail:britten.jansson@shh.se

BILAGA B

Till dig som mamma,

Hej!

Vi heter Anja Sörhuus och Sofie Karlqvist och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Vår undersökning berör mammans upplevelse att få ett prematurt barn och hennes behov av stöd. Vi är därför intresserade av att få kontakt med dig som har ett prematurt barn och som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Följande kriterier önskar vi vara uppfyllda; du har ett prematurt barn som vårdats på en neonatalavdelning, vårdtiden avslutades för max 3 år sedan, du är svensktalande och bosatt inom Stockholms län.

Syftet med studien är att beskriva vilket stöd mammor till prematurfödda barn upplever att de fått av sjuksköterskan under vårdtiden på en neonatalavdelning.

Vid sidan av våra studier jobbar vi som undersköterskor på en förlossningsavdelning i Stockholm. Vår erfarenhet är att kvinnor som föder prematura barn ofta befinner sig i en sårbar situation då världens ställs på ända och känslorna pendlar mellan hopp och förtvivlan. Mammors behov av stöd och vägledning från sjuksköterskor är stor, vilket även tidigare forskning visar. Vi vill mer vår studie undersöka hur detta stöd har sett ut för de mammor vi kommer i kontakt med. Vi hoppas att resultatet kommer att kunna användas av verksamma sjuksköterskor för att få en bättre förståelse för kommande patienter.

Studien kommer att genomföras med hjälp av intervjuer med personer som uppfyller kriterierna ovan. Intervjuerna ska helst genomföras mellan veckorna 35–37 och beräknas ta ca 30–60 minuter. Plats för intervjuerna bestäms i samråd med dig. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter analyseras för att få fram ett resultat. Intervjuerna kommer behandlas konfidentiellt och du har rätt att närsomhelst dra dig ur studien utan att behöva uppge någon orsak. Materialet kommer att avidentifieras och raderas när studien är klar.

Vi ser fram emot att höra din berättelse.

Med vänlig hälsning

Anja Sörhuus
Tel: xxx xxxxxx
Mail: anja.sorhuus@stud.shh.se

Sofie Karlqvist
Tel: xxx xxxxxx
Mail: sofie.karlqvist@stud.shh.se

Sophiahemmet Högskola

Handledare
Britten Jansson
Tel: xx xxxxxx
Mail:britten.jansson@shh.se

INTERVJUGUIDE

Sjuksköterskans stöd till mammor under vårdtiden på Neonatalavdelning Anja Sörhuus och Sofie Karlqvist K48

Mamman

Berätta om dig själv
(namn, ålder, yrke, partner)

Barnet

- Berätta om ditt barn som föddes för tidigt
- (Kön, vilken vecka, eventuella sjukdomar och komplikationer m.m)
- Vad vet du om orsakerna till varför din son/dotter föddes för tidigt?
- Hur beredda var ni på en förtidig födsel och vistelse på en neonatalavdelning?

Förlossningen

- Berätta om hur det gick till från när ni åkte till sjukhuset till det att barnet var fött
- Hur upplevde du detta?
- Kan du berätta hur det kändes första gången du såg ditt barn?
- Beskriv tankar, känslor och reaktioner
- Berätta om vad som hände efter födseln
- Hur upplevde du detta?

Neonatalvårdsavdelning

- Vilket var ditt första intryck av neonatalavdelningen och personalen?
- Vilket bemötande fick du?
- Vilka familjemedlemmar/anhöriga vistades på avdelningen?
- Vilka bodde på avdelningen?
Vilka var involverade i barnets vård?
- Vill du berätta hur en "typisk" dag kunde se ut för dig/er under tiden på avdelningen?

Stöd

Vår studie handlar ju om sjuksköterskans stöd till nyblivna mammor.

Det finns olika sätt hur en sjuksköterska kan stötta föräldrar. Hur upplevde du det stöd du fick av sjuksköterskorna på avdelningen när det gäller:

- Stöd i form av adekvat och tillräcklig information
- Stöd vid matning
- Psykologiskt stöd (kuratorskontakt, ventilera rädslor etc)
- Stöd i anknytning till barnet (kängurumetoden)
- Stöd i form av trygghet att våga fråga och vara delaktig (läkemedel, blöjbyte etc)

- Vilken typ av information är viktig för dig som förälder att få upplever du?
- Hur skulle du i efterhand ha velat att stödet skulle ha sett ut?
- Hur skulle man, enligt dig, kunna förbättra stödet till nyblivna mammor i din situation?

- Vilka områden var viktigast för dig, när det gäller stöd?
- Förändras stödet över tid?
- Var det skillnad i början och i slutet?
- Vilka möjligheter fanns det för dig/er att samtala med andra föräldrar på avdelningen?

Mammarollen

- Hur tror du att den tidiga födseln påverkade din mammaroll?
- När kände du att du faktiskt var mamma till x?
- Hur gick känslor/tankar under tiden på avdelningen? Utvecklades/förändrades känslorna?
- Hur kändes det att bli utskriven och lämna neonatalavdelningen?