



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnhälsovårdssjuköterskans upplevelser av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn

- En intervjustudie

Författare: Emma Nordfeldt och Caroline Paulsson

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn

En intervjustudie

Författare: Emma Nordfeldt och Caroline Paulsson

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Neonatalvården i Sverige har på senare år snabbt blivit mer framgångsrik. Fler för tidigt födda barn överlever. Det ställer högre krav på barnhälsovårdssjuksköterskan. Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för och belysa hur barnhälsovårdssjuksköterskorna upplevde mötet med föräldrar till för tidigt födda barn. Öppna intervjuer med tio barnhälsovårdssjuksköterskor utfördes. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes. I resultatet framkom det att barnhälsovårdssjuksköterskorna upplevde en viss osäkerhet i mötet med föräldrar till för tidigt födda barn på grund av bristande erfarenhet och kunskap. Barnhälsovårdssjuksköterskorna betonade att inte särbehandla familjerna och eftersträvade att normalisera situationen att ha fått ett för tidigt fött barn. Slutsatsen är att barnhälsovårdssjuksköterskorna vill normalisera situationen medan tidigare studier har visat att föräldrar upplever att barnhälsovården enbart riktar sig till fullgångna barn och att ett speciellt basprogram riktat till för tidigt födda barn skulle finnas. Fler studier efterlyses för att beskriva hur föräldrar till för tidigt födda barn upplever barnhälsovården, för att på så sätt kunna förbättra barnhälsovården för familjer till för tidigt födda barn.

Nyckelord

Barnhälsovård, sjuksköterskor, för tidigt födda barn, föräldrar, upplevelser.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Att födas för tidigt	2
Föräldrars upplevelser av att få ett för tidigt fött barn	4
Barnhälsovård	5
Familjefokuserad omvårdnad- teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Databearbetning	10
Förförståelse	11
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Blandade känslor vid mötet	13
Osäkerhet i mötet	14
Normaliserar	15
Stort ansvar att möta föräldrar	16
Mycket oro och frågor	17
Möta välinformerade föräldrar	18
Ärlighet och ett bra omhändertagande är viktigt	18
Omvälvande första tid för föräldrarna	19
Stöd till föräldrarna efter deras behov	20
Föräldrarna jämför sitt barn med fullgångna barn	20
Behov av hjälp att se det friska i barnet	21
Behov av mer stöd	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	28
Referenser	29
Bilaga 1 (4)	36
Bilaga 2 (4)	38
Bilaga 3 (4)	Error! Bookmark not defined.
Bilaga 4 (4)	40

Problembeskrivning

Att födas för tidigt innebär att ett barn föds före 37 fullgångna veckor (Socialstyrelsen, 2014). Alla barnfamiljer i Sverige erbjuds tillhöra en barnhälsovårdscentral (BHV) det är frivilligt, kostnadsfritt och hälsofrämjande (Bäcklund Reboia, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2011) kommer nästan 100 % av samtliga barn i Sverige till de undersökningar som barnhälsovården erbjuder. Kyno, Ravn, Aarhus Smeby och Torgersen (2013) visade att föräldrar till för tidigt födda barn upplevde att sjuksköterskor inom barnhälsovården saknade kunskap om för tidigt födda barn och därför inte kunde stötta föräldrarna på bästa sätt. Studien visade även att barnhälsovårdssjuksköterskan bara fokuserade på viktuppgång och tillväxt och helt saknade fokus på utvecklingssvårigheter och problem relaterat till att födas för tidigt. Det framkom även i samma studie att föräldrar till ett för tidigt fött barn önskade att det hade funnits ett program speciellt utformat till för tidigt födda barn, eftersom basprogrammen på barnhälsovården upplevs rikta sig enbart till fullgångna barn (Kyno et al. 2013). Därför upplevde många föräldrar att tiden på BHV var slöseri med tid (ibid.). Erlandsson, Wickberg Johansson och Hwang visade i sin studie (1996) att några av de intervjuade sjuksköterskorna inom barnhälsovården helst inte ville arbeta med för tidigt födda barn eftersom det ansågs vara en svår uppgift. Det framkom även att några sjuksköterskor inte gjorde någon större skillnad mellan fullgångna och för tidigt födda barn (ibid.). Genom att undersöka BHV-sjuksköterskors upplevelse av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn, kan ny kunskap erhållas. Detta kan i sin tur ligga till grund för att förbättra barnhälsovården för föräldrarna till för tidigt födda barn.

Bakgrund

Att födas för tidigt

Neonatalvården i Sverige har på senare år snabbt blivit mer framgångsrik och fler för tidigt födda barn överlever (The EXPRESS Group, 2009; Serenius et al., 2013). Enligt Socialstyrelsen (2014) delas de för tidigt födda barnen in i tre grupper, måttligt för tidigt född <37 graviditetsveckor (v), mycket för tidigt född < 32v och extremt för tidigt född <28v. Av alla barn som föds i Sverige föds ca 6 % för tidigt, ca 1 % föds innan v 32 och 0,2 % föds

innan v 28 (ibid.). Dimitriou, et al. (2010) visade att desto tidigare ett barn föds, desto högre förekomst av sjuklighet riskeras. Kronisk lungsjukdom, hjärnskada, hjärnblödning och synskada är några risker med att födas för tidigt. Barn som föds extremt för tidigt det vill säga före vecka 28 har minst en av dessa komplikationer (Socialstyrelsen, 2004). Bolisetty, et al. (2014) fann i sin studie att det inte finns så många studier, med tanke på effekterna av hjärnblödning, av för tidigt födda barn. Studien visade att CP-skada, utvecklingsfördröjning, dövhet och blindhet förekom bland de för tidigt födda barnen och att dessa barn krävde en regelbunden, långsiktig uppföljning (ibid.). En långtidsstudie gjord av Treyvaud et al. (2013) i Australien visade att för tidigt födda barn har tre gånger högre risk att utveckla neuropsykiatriska störningar i jämförelse med fullgångna barn. Studien visade även att ångesttillstånd, koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och sjukdomar inom autismspektrum var de vanligaste diagnoserna för mycket underburna barn. Treyvaud et al. (2013) påpekade även att det finns få studier där man har följt för tidigt födda barn under en längre tid. I en svensk aktuell studie av barn födda mellan år 2004-2007 i graviditetsvecka 27 eller tidigare, har visat att av de levande födda barnen vid ett års ålder var överlevnaden 70 %, med en spridning från 9,8 % vid födsel i vecka 22 till 85 % vid vecka 26. Av dessa barn var det 50 % som överlevde utan några svåra skador på ögon, lungor, hjärna eller tarmar (The EXPRESS Group, 2009). Enligt Socialstyrelsen (2014) drabbas barn som föds extremt för tidigt det vill säga före graviditets vecka 28, ofta av allvarliga komplikationer/sjukdomar i nyföddhetsperioden. Dessa komplikationer kan i sin tur leda till långsiktiga framtida problem såsom neurologiska, kognitiva funktionsnedsättningar, syn- och hörselskador, utvecklingsförsening och beteende avvikelser. Samtliga barn som föds extremt för tidigt bör följas upp på både kort och lång sikt för att förbättra sjukvårdens kunskaper och förutsättningar för hur det går för de här barnen (ibid.). Föräldrar till för tidigt födda barn erbjuds när barnet är stabilt att vårdas i hemmet sista tiden innan utskrivning från neonatalavdelningen (Hammarstrand, Jönsson & Hallström, 2008). Jönsson och Fridlund (2003) beskriver att när föräldrarna går hem i neonatal hemsjukvård kan familjen tidigare få en familjerelation och ett bättre självförtroende då de själva får ta hand om sitt för tidigt födda barn.

Föräldrars upplevelser av att få ett för tidigt fött barn

En lång vårdtid på en neonatalavdelning kan påverka anknytningen (Bowbly, 2010) mellan barn och föräldrar vilket i sin tur kan orsaka lidande och besvikelse för föräldrarna (Pulver, Denney, Silver & Young, 2010). Lindberg och Öhrling genomförde 2008 en studie där de intervjuade mödrarna om deras upplevelser av att få ett för tidigt fött barn. Resultatet visade att samtliga mödrar upplevde det som en chockerande upplevelse. De var inte förberedda på att barnet skulle komma så pass tidigt och hann på så sätt inte förbereda sig mentalt. Mödrarna upplevde att de missade den initiala lyckan över att få barn. Tankar som väcktes var varför händer detta mig? Studien visade även att mödrarna inte ville träffa andra mödrar som hade fått fullgångna barn då det väckte ångest. Ångest var en dominerande känsla, och samtliga mödrar i studien var rädda för att deras barn skulle dö. De var även rädda för att barnet skulle få en skada som kunde ha inverkan på deras framtida utveckling. Något som var viktigt för föräldrarna och som samtidigt lindrade deras ångest var att få ha barnet hud mot hud, något som kallas för känguru vård (Conde- Agudelo, Belizán & Diaz- Rossello, 2011). Jackson, Ternstedt och Schollin, (2003) intervjuade i en studie sju föräldrapar som samtliga hade fått ett för tidigt fött barn och resultatet visade att föräldrarna upplevde att när det var dags att skrivas ut från neonatalavdelningen kände de oro, osäkerhet och rädsla inför den vård som nu behövdes för barnet. Föräldrarna kände sig inte förberedda för det ansvaret som det innebar att gå hem med ett för tidigt fött barn. Men samtidigt i all denna rädsla upplevde många föräldrar en lycka och lättnad över att äntligen få komma hem. Studien visade även att täta besök till barnhälsovården var en viktig faktor för föräldrarna. Det var också viktigt att få bekräftelse av BHV- sjuksköterskan att deras barn var vid god hälsa trots att barnet var för tidigt fött. En förälder i studien upplevde att BHV- sjuksköterskan brast i att ge familjen och barnet rätt stöd och fick därmed byta sjuksköterska (ibid.). Jackson et al. (2003) beskriver vidare att föräldrar som har sitt barn på en neonatalavdelning upplever många hinder som kan påverka deras föräldrar roll i framtiden. Clotey och Dillard (2013) beskriver att föräldrar till för tidigt födda barn löper en större risk att drabbas av posttraumatiskt stress syndrom (PTSD). PTSD kan beskrivas som en känsla av extrem ångest om följd av upplevelser av extrem rädsla och hotande upplevelser där individen ifråga upplever brist på kontroll.

Lundqvist, Hellström-Westas och Hallström (2014) visade i en intervjustudie att fäder till för tidigt födda barn upplevde den första tiden hemma som ansträngande. De tyckte det var svårt

att hantera den nya situationen som innebar ett helhetsansvar för barnet. De kände sig väl förberedda att åka hem från neonatalavdelning men insåg inte vad det innebar förrän de kom hem. Studiens resultat visade även att fäderna hade en oro för hur framtiden skulle bli för barnet och kände att de behövde jämföra sitt eget barn med andra jämnåriga, fast de visste att denna jämförelse var osäker att göra. Fäderna upplevde att de blev starkare efter allt de hade gått igenom (ibid.).

Barnhälsovård

Enligt Socialstyrelsen (2011) är målet för svensk barnhälsovård: (1) att främja barns hälsa, utveckling och trygghet: (2) Att förebygga och upptäcka psykisk och fysisk ohälsa genom att tidigt identifiera barn med särskilda behov samt uppmärksamma risker i det enskilda barnets närmiljö: (3) Barnhälsovården ska även stödja föräldrar till ett aktivt föräldraskap och vänder sig till samtliga barn i åldrarna 0-6 år (ibid.).

Inom barnhälsovården arbetar sjuksköterskor som har specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar samt sjuksköterskor med specialistutbildning inom distriktsjukvård (Lagerberg, Magnusson & Sundelin, 2008)

Specialområdet för barnsjuksköterskan är hälso- och sjukvård för barn och ungdomar samt deras närstående (Kompetensbeskrivning, 2008a). Barnsjuksköterskans arbete omfattar både slutet och öppenvården, exempel är barnhälsovård och intensivvård för barn (ibid.). Enligt Kompetensbeskrivningen (2008a) ska barnsjuksköterskan ha fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens för att kunna möta barn och deras familjer i glädje, sorg, sjukdom, hälsa, handikapp samt barn med olika bakgrund och barn i alla olika åldrar och utvecklingsnivå.

I kompetensbeskrivningen (2008b) för distriktsköterskor är grunden för arbetet möten med människor i alla åldrar och med olika hälso- och sjukvårdstillstånd. Distriktsköterskor ska ha en bred kunskapsbas och en stor uppsättning förmågor för att på bästa sätt kunna möta förutsägbara och oförberedda lätta eller svåra situationer (Kompetensbeskrivning, 2008b)

Fägerskiöld och Ek (2003) intervjuade 15 sjuksköterskor inom barnhälsovården och 20 första gångs mödrar, med syftet att ta reda på vilka förväntningar som mödrar hade på BHV-

sjuusköterskan och hur sjuusköterskorna upplevde mötet med första gångs mödrar. Resultatet visade att mödrar förväntar sig sjuusköterskan som någon man kunde ställa frågor till när man var orolig för sitt barn. Sjuusköterskan förväntades ha kunskap om mycket bland annat vägning, mätning, vaccinationer och utvecklingsbedömning (ibid.). I samma studie framkom det även att sjuusköterskorna upplevde att mödrarna tog dem för givet, att de alltid skulle kunna svara på samtliga frågor och alltid vara behjälpliga över telefon. Mödrarna såg sjuusköterskorna som en kunskapsbank och att deras kunskap var viktig för barnet (ibid.).

I en annan studie av Fägerskiöld, Wahlberg och Ek (2000) framkom att föräldrar hade stora krav på sjuusköterskor som arbetar inom barnhälsovården. Studien genomfördes genom att intervjua 15 barnhälsovårdssjuusköterskor om vad de själva trodde att första gångs mödrar förväntar sig av dem. De största förväntningarna som framkom var rätt stöd, rådgivning och rätt bedömning av barnets utveckling. Sjuusköterskorna ansåg det vara viktigt att stödja och hjälpa föräldrarna till att tro på sin egen förmåga (ibid.). Sjuusköterskorna ansåg även att mödrarna förväntade sig en erfaren och kunnig sjuusköterska, som kunde svara på samtliga frågor och ge råd. Råden kunde gälla allt ifrån lämpliga kläder till barnet, nutrition och sömnproblem till symtom på sjukdom (ibid.). Studien visade även att BHV sköterskorna upplevde att för att kunna ge rätt stöd måste de ha en viss grad av interaktion med modern. De menade att det är svårt att ge stöd om man inte kan kommunicera på ett tydligt sätt (ibid.).

Pritchard, Colditz och Beller (2008) visade i sin studie att föräldrar till mycket för tidigt födda barn önskade broschyrer med information som var riktade till dem och deras barn. I broschyrerna skulle det finnas information om barnets förväntade hälsa samt utvecklingsbehov. Föräldrarna önskade också mer information inom barnhälsovården om utbudet av tjänster i väntan på eventuell sjukvård för deras barn. Föräldrarna uttryckte även att det behövs ett ökat stöd och informationsnätverk för föräldrar till för tidigt födda barn, en enhetlig informations central där det finns erfaren och professionell personal inom området av mycket för tidigt födda barn (ibid.).

Familjefokuserad omvårdnad- teoretisk referensram

Wright, Watson och Bell (2009) beskriver citat: ”En familj är en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv” (s. 72). Att som vårdpersonal arbeta familjefokuserat innebär en strävan efter att identifiera en hälsosam familjefunktion (Smith & Stevens, 1992). Enligt Shields, Pratt och Hunter (2006) inriktas och fokuserar omvårdnaden både på individen och på familjen, vården planeras med att hela familjen hela tiden är i fokus.

Sjuksköterskans roll inom familjefokuserad omvårdnad handlar om att bedöma, klargöra, underlätta samt övervaka förändring (Wright et al. 2009).

Det är viktigt att sjuksköterskan ser till hela familjen och att hon fokuserar på föräldrars upplevelser av olika situationer utifrån den enskilda familjens behov (Kirkevold & Strömsnes-Ekern, 2003). Enligt UNICEF (2014) har alla barn rätt till liv, överlevnad uppfostran och utveckling. Det är barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare som har ansvaret för detta och ska på bästa sätt vägleda barnet. Det är en stor påfrestning för hela familjen när ett barn föds för tidigt (Socialstyrelsen, 2014). Vården bör organiseras så att den på bästa sätt är familjefokuserad, där hela familjens individuella behov bejakas och respekteras (ibid.). Familjefokuserad vård är ett förhållningssätt i sjukvården som är rotad i tron att optimera hälsa och för att göra det är det viktigt att förstå att patientens familjemedlemmar spelar en stor roll (Cooding et al., 2011). Familjecentrerad vård har alltmer blivit en viktig och nödvändig del av den neonatala intensivvården (ibid.). Cooding et al. (2011) beskriver vidare att under en vistelse på en neonatal intensivvårdsavdelning bör föräldrarna till barnet få frekvent och kontinuerlig information om deras barns tillstånd inklusive realistisk prognos baserat på barnets tillstånd.

Enligt Callista Roys adaptationsmodell kan en människa behöva sjuksköterskans stöd i att finna sig tillrätta i en ny tillvaro (Roy, 2009). Vidare beskrivs att när en människa drabbas av en förändrad livssituation behöver hon kunna anpassa sig och förstå de förändrade livsomständigheterna. Genom att hitta en balans och jämvikt i tillvaron kan individen

bemästra situationen, men detta fungerar inte alltid och det är då sjuksköterskan spelar en stor roll för att kunna stödja människan för att återta och bevara jämvikten i livet. Omvårdnadens mål och syfte enligt Roy (2009) är att främja den enskilda individens anpassning vad det gäller en ny situation, som i denna studie riktar sig till sjuksköterskans upplevelser av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn.

Syfte

Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för och belysa hur barnhälsovårdssjuksköterskorna upplever mötet med föräldrar till för tidigt födda barn.

Metod

Genom ett samtal kan vi lära känna en annan människa och på så sätt ta del av den enskilda människans upplevelser och erfarenheter (Kvale, 2009). Avsikten med denna studie var att belysa sjuksköterskans upplevelser i mötet med föräldrar till ett för tidigt fött barn, därför genomfördes studien som en kvalitativ intervjustudie. Forskningsintervjun har ett syfte och en struktur, det är ett samtal där minst två personer pratar om ett ämne som är intressant för samtliga parter (ibid.). Eftersom forskaren är den som kontrollerar situationen blir intervjun ett samtal mellan icke likställda parter (ibid.). Målet för forskarna är att den intervjuade får en positiv upplevelse av intervjun. Kvale (2009) beskriver vidare att det förmodligen inte sker varje dag i den intervjuades vardag att någon annan person sitter ner, lyssnar och vill förstå vad personen i fråga har att berätta om sina upplevelser av det valda ämnet. Därför kan en väl genomtänkt och genomarbetad kvalitativ intervjustudie bli en givande och lärorik upplevelse för den intervjuade. Att genomföra en kvalitativ intervjustudie ger författarna en djupare förståelse för de intervjuades erfarenheter och upplevelser, eftersom de intervjuade kan uttrycka sig med egna ord (Danielson, 2012). En induktiv metodologisk ansats valdes. Induktiv ansats betyder att man objektivt och öppet analyserar texter som är grundade på enskilda individers berättelser om upplevelser (Lundman & Graneheim, 2008).

Urval

Inklusionskriterierna för studien var sjuksköterskor med specialistutbildning inom barn- och ungdom eller distriktsjukvård. Sjuksköterskorna skulle ha mött minst 2 familjer vars barn var för tidigt fött, de skulle även ha arbetat minst 1 år inom barnhälsovården. I samband med att intervjuerna gjordes, insamlades demografisk fakta, så som ålder, vilken typ av specialistutbildning samt arbetslivserfarenhet inom barnhälsovården. Tio sjuksköterskor i Skåne intervjuades. Samtliga sjuksköterskor hade specialistutbildning inom distrikt (n=6) eller barnsjuksköterska (n=4) och hade lång erfarenhet av att arbeta inom barnhälsovården. Sjuksköterskorna var mellan 39-63 år gamla och hade arbetat inom barnhälsovården mellan 5-20 år.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer med en inledande öppen fråga valdes (Kvale, 2009).

Inledningsfrågan som valdes var: Kan du berätta om dina upplevelser av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn? Den intervjuade fick sedan berätta utan att bli störd och författarna/intervjuarna lyssnade noga och spelade in intervjun på en ljudupptagare på mobilen. Författarna till föreliggande studie ville fokusera på olika ämnen (se bilaga 1), i de fallen då informanterna inte berörde ämnet så ställdes en fråga om det. Följdfrågor som användes av författarna var till exempel: Hur tänker du då? Kan du utveckla det? Hur menar du? Hur kändes det?

När projektplanen för föreliggande studie var godkänd skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande. Efter att ha genomfört några ändringar i hur informationsbrevens var utformade började författarna att skicka ut informationsbrevens till verksamhetschefer (bilaga 2) på vårdcentraler nordöstra Skåne. Efter att ha fått nej av samtliga verksamhetschefer i nordöstra Skåne både via mejl och telefon, vände författarna sig till hela Skåne. Sammanlagt kontaktades 100 verksamhetschefer i Skåne, enbart 7 gav sitt medgivande till studien. Kontaktuppgifter till sjuksköterskor gavs från verksamhetscheferna. Därefter skickade författarna till studien ut samtyckesblanketter samt

informationsbrev till de totalt 14 sjuksköterskorna på de olika barnvårdscentralerna och tio sjuksköterskor, från sju barnhälsovårdscentraler varav tre i privat regi, lämnade skriftligt informerats samtycke till deltagande i studien (SFS:2003:460).

Sjuksköterskorna informerades skriftligen om studien och dess syfte via ett informationsbrev (bilaga 3). Författarna kontaktade därefter de sjuksköterskor som lämnat in ett skriftligt informerats samtycke för att komma överens om en tid för intervju. De informerades igen om studiens syfte och sjuksköterskorna gavs en möjlighet till att ställa ytterligare frågor. Först därefter bokades tid och plats för intervjun enligt överenskommelse med deltagarna. Sjuksköterskorna fick själva bestämma datum, tid och plats för den stundande intervjun. Samtliga intervjuer skedde på sjuksköterskornas arbetsplatser under september och november 2014.

Författarna genomförde en pilotintervju tillsammans för att testa intervjutekniken och intervjuguiden. Intervjun startades med en öppen fråga och därefter ställdes fördjupningsfrågor och följdfrågor utifrån olika teman som författarna ville täcka in under intervjun (bilaga 1), (Hansagi & Allebäck, 1994). Efter transkribering av den första intervjun fick författarnas handledare granska intervjun och efter att intervjun godkändes av handledaren inkluderades den i studien. Tre intervjuer genomfördes tillsammans av båda författarna, resterande sju delades upp så att författarna gjorde 3 respektive 4 intervjuer självständigt. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon och sparades sedan på ett USB-minne som förvarades inlåst hos en av författarna. Forskningspersonernas identitet skyddades genom att identiteten ersattes med sifferkoder. Endast författarna har haft tillgång till informantens identitet. Kodlistan med namnen förvarades separat och inlåst. Sammanlagt genomfördes tio intervjuer.

Databearbetning

Intervjuerna analyserades på en manifest och delvis latent nivå med en kvalitativ innehållsanalys utifrån en modell gjord av Graneheim och Lundman (2004). Modellen är inspirerad av Krippendorff (1980). En kvalitativ innehållsanalys är lämplig att användas på stora mängder data som till exempel text från bandade intervjuer (Lundman & Graneheim, 2008). Denna analysmetod används främst inom vårdvetenskap och har fokus på granskning och tolkning av text. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Författarna delade

upp arbetet och tog hälften var. Därefter lästes texten igenom enskilt av författarna och därefter diskuterades de tillsammans för att skapa en helhetsbild av materialet. Meningsenheter är korta stycken som svarar upp till syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa plockades ut och kondenserades, vilket innebar att texten blev kortare och det centrala blev mer tydligt (ibid.). Nästa steg i analysen var att den kondenserade texten kodades. Kodning innebär att den kondenserade texten förenklas och förkortas så att det viktigaste framkommer ännu tydligare (Ibid.). Koderna jämfördes sedan avseende olikheter och likheter och de koder som hade samma innehåll bildade underkategorier som slogs samman till kategorier, som speglar textens innehåll. Med en innehållsanalys utifrån en modell gjord av Graneheim och Lundman (2004), förflyttade sig författarna fram och tillbaka genom hela processen och mellan de olika stegen, för att inte intressant information skulle gå förlorad. Sammanlagt resulterade analysförfarandet i 87 koder, 9 underkategorier och 3 kategorier. En överblick över analysförfarandet kan ses i bilaga 4.

Förförståelse

En av författarna till den föreliggande studien har två års erfarenhet inom neonatalvård. Författaren har mött ett visst antal föräldrar när de efter utskrivning kommit tillbaka till avdelningen för att hälsa på personalen och för att visa upp sitt barn. Förförståelsen är att många föräldrar är missnöjda med sin barnhälsovårdssjuksköterska för att hon inte har tillräcklig kunskap om för tidigt födda barn samt att hon inte korrigerar för ålderskillnaden. Förförståelse innebär vad forskaren redan innan studien startat tror att resultatet kommer att visa samt forskarens syn på hur det är och hur det bör vara (Forssén & Carlstedt, 2008). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) finns det olika tankar kring en förförståelse. Dels kan det vara av värde för studiens trovärdighet om forskaren/forskarna är insatta i ämnet och därmed kan ge rimliga tolkningar. Dock kan det också vara ett hinder om man inte kan lägga förförståelsen till sidan just i tolkningsfasen. Det kan finnas en risk att forskaren annars väntar sig ett visst resultat och kanske därför tolkar fel samt att värdefull data då kan gå förlorad (ibid.). Med stöd av ovanstående resonemang bör förförståelse beskrivas så att den som läser studien själv kan bedöma vad och vilka tolkningar som gjorts. Författarna är medvetna om att en viss förförståelse finns och har haft detta i beaktande vid analysen av textmaterialet. En kritisk reflektion har hela tiden skett genom både datainsamling och analys.

Etisk avvägning

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS:2003:460) har som syfte att skydda och respektera den enskilda människan vid forskning. Denna lag gäller bland annat forskning om teoretiskt arbete för att få tillgång till ny kunskap och utveckling på en vetenskaplig grund. Studien var ett examensarbete på avancerad nivå inom omvårdnad och därför vände författarna sig till VEN, vilket står för vårdvetenskapliga etiknämnden, för att få ett rådgivande yttrande för att få genomföra studien. Enligt lagen om etikprövning (SFS:2003:460) skall information och samtycke tillämpas. Forskningspersonerna skall alltid informeras om syftet med studien, att deltagandet sker på frivillig basis och att deltagarna kan välja att när som helst avbryta sin medverkan utan något speciellt skäl (ibid.). Samtliga sjuksköterskor erhöll skriftlig och muntlig information och ett samtycke inhämtades (bilaga 1). Ovanstående beaktar autonomiprincipen (SFS:2003:460). Respondenterna fick även bestämma tid och plats för intervjun. Konfidentialitet garanterades, intervjuerna kodades så att informanterna inte kunde identifieras. Kodlistan och intervjuerna förvarades separat, endast författarna hade tillgång till forskningsmaterialet (SFS:2003:460).

Det fanns en risk att sjuksköterskorna skulle kunna upplevt det ansträngande att intervjuerna spelades in på band. De informerades om detta i informationsbrevet och hade möjlighet att avstå relaterat till det. Ingen av de sjuksköterskor som deltog hade något emot att författarna spelade in intervjuerna. Det finns en risk med att göra intervjuer som handlar om människors upplevelser, det kan väcka starka känslor och minnen eller oro och ångest. Detta hade författarna i åtanke i samband med intervjuerna. Nyttan med föreliggande studie var att sjuksköterskorna fick en möjlighet att berätta hur det var att möta föräldrar till för tidigt födda barn för att bidra med kunskap som kan göra det möjligt att förbättra vården för den grupp barn och föräldrar. Det fanns en risk att sjuksköterskorna skulle kunna uppleva att de genom intervjun, upplevde att de hade brister i sitt omhändertagande av familjer till för tidigt födda barn. Detta minimerades av att de själva kunde bestämma om de ville delta i studien eller ej. Genom att berätta om sina egna upplevelser kunde individerna sätta ord på det som de anser

svårt alternativt lätt vilket kan ligga till grund för utveckling (Helsingforsdeklarationen, 2013). Författarna till föreliggande studie hade haft som mål att tillämpa de etiska grundprinciperna som finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen (2013). Dessa är autonomiprincipen, godhetsprincipen, rättvisepincipen samt principen att inte skada (ibid.).

Resultat

Analysförfarandet resulterade i 3 kategorier och 9 underkategorier, samtliga behandlar hur barnhälsovårdssjuksköterskan upplever mötet med föräldrar till för tidigt födda barn. Kategorier och underkategorier visas i figuren nedan.

Kategorier	Underkategorier
Blandande känslor vid mötet	*Osäkerhet i mötet *Normalisering
Stort ansvar att möta föräldrar	*Oro och frågor *Möta välinformerade föräldrar *Ärlighet och ett bra bemötande är viktigt *Omvälvande första tid för föräldrarna
Stöd till föräldrarna efter deras behov	*Föräldrarna jämför sitt barn med fullgångna barn *Behov av hjälp att se det friska i barnet *Behov av mer stöd

Fig. 1 Analysresultat

Blandade känslor vid mötet

I denna kategori beskrivs barnhälsovårdssjuksköterskans egna upplevelser av hur det är att möta de för tidigt födda barnen och deras föräldrar. En viss osäkerhet kunde upplevas inför mötet på grund av bristande utbildning och erfarenhet. Att boka in extra besök för att ha bättre kontroll på de mindre och skörare barnen var viktigt. Det framkom även en variation på hur

förberedelser inför mötet gick till, från mycket förberedelser till att inte göra någon förberedelse alls.

Osäkerhet i mötet

”Min kollega är distriktsköterska och har inte jobbat med för tidigt födda barn innan. Hon säger ofta att gud vad det är skönt att du är här, hon känner sig mer osäker i det bemötandet. Hon hade säkert tyckt att det hade varit väldigt bra att få mer introduktion, utbildning och så inom det” (6)

Sjuksköterskorna beskrev att det var med blandade känslor som mötet med de för tidigt födda barnen och deras föräldrar genomfördes. De upplevde att de hade bristande erfarenheter relaterat till att de flesta barn de mötte var fullgångna.

”Nu har jag jobbat i 7 år på BHV men ändå har jag inte träffat sådär jätte många prematura barn, vilket leder till att man såklart blir osäker ibland” (2)

De upplevde att känslorna varierade från att känna sig helt trygg och säker i mötet till att uppleva en osäkerhet. Tidigare erfarenhet av för tidigt födda barn minskade osäkerheten i mötet med familjen och att det i varje nytt möte tillkom ny kunskap. Att ha mer erfarna kollegor att fråga och få stöttning av, bidrog till en känsla av trygghet.

”Om jag känner en oro eller en osäkerhet eftersom man inte får samma träning på de prematura barnen så letar jag på internet eller så frågar jag min kollega” (1)

Det framkom dock att det var viktigt att inte visa sin osäkerhet i mötet med föräldrarna.

Det tydliggjordes att ingen särskild utbildning om för tidigt födda barn gavs innan en tjänst på BHV startades. Sjuksköterskorna beskrev ett behov av få någon form av utbildning inför att möta för tidigt födda barn och deras föräldrar på BHV.

”För att jobba på BHV då kan man ju vara distriktsköterska. Där har de ju inte så mycket utbildning dels om barn och dels om prematura barn, och då ligger det mycket på en själv”(3)

Ju mindre barnet var desto mer osäkerhet upplevdes i mötet och i bedömningar. Extra besök bokas in framförallt i början på grund av att kontroll av viktkurvan önskas.

”Det kan vara barn som är mycket för tidigt fött som kanske har kolik symtom, då blir man osäker är detta normalt, ska det vara så här? Barnet kanske inte tar någon ögonkontakt så tidigt som andra barn och då undrar man ju om det här barnet utvecklas som det ska, då blir jag osäker. Om barnet ex är lite sen i utvecklingen då tänker jag är detta okej eller är det något som är fel?” (5)

Att läsa igenom barnets journal extra noga var en förberedelse som sjuksköterskorna beskrev att de gjorde för att minska sin osäkerhet. Att noga gå igenom hur förlossning gått till, hur tiden på neonatalavdelningen hade varit och hur föräldrarna hade mått ansågs viktigt. Denna tid för förberedelse fanns dock inte alltid. Ibland behövdes ingen förberedelse inför mötet och detta berodde på hur erfarna sjuksköterskorna ansågs sig vara. De kunde ibland känna av situationen och därefter erbjuda föräldrarna fler besök om detta ansågs behövas. Att ibland påminna sig själv om barnets ålder ansågs viktigt i mötet för att göra rätt bedömningar i rätt ålder.

Normaliserar

”Jag upplever dem inte som sjuka det är inte en sjukdom att komma för tidigt, men de kan ju ha vissa saker som inte är utvecklade som man får hjälpa till med” (4)

Att möta de för tidigt födda barnen skiljde sig inte nämnvärt gentemot att möta ett fullgånget barn. Mycket skedde automatiskt i mötet och tankar på att det är ett för tidigt fött barn var ofta åsidosatta. En förundran över hur snabbt de för tidigt födda barnen växte ikapp och hämtade sig uttrycktes. För övrigt upplevde sjuksköterskorna inte någon större skillnad när barnen var riktigt små. Den största skillnaden kom senare, ungefär när barnen kom upp i 4-5 års ålder. Då beskrev de att de för tidigt födda barnen till exempel kunde ha problem med synen, ADHD och astma.

Det betonades dock att varje familj var unik. Extra besök och extra kontakt bokades inte automatiskt in men erbjöds alltid. Oroliga föräldrar med mycket frågor eller föräldrar där önskan om en tätare kontakt fanns var viktiga att ta sig tid till. Det betonades att inte särbehandla familjerna utan att försöka normalisera situationen. Alla familjer ska behandlas individuellt utifrån sina behov, precis som andra familjer, men erbjudas mer kontakt och mer tid.

Det för tidigt födda barnet upplevdes se annorlunda ut, huvudformen är mer avlång och de vägde ofta mycket mindre. Barnen kunde även vara mer skrikigare än andra barn. Utvecklingsprocessen ansågs gå lite långsammare och det för tidigt födda barnet behövde ges mer tid. Försiktighet gällande ljud och rörelser beaktades i mötet beroende på hur gammalt barnet var. Lyhördhet i mötet var viktigt.

Det beskrevs att föräldrarna hade mycket fokus på tillväxtkurvan och på barnets vikt. Att berätta för föräldrarna att ha tålamod och visa föräldrarna barnets kurva och lugna dem i att barnet går upp i vikt samt följer sin egen kurva var en viktig del av arbetet. Föräldrarna vill gärna se och veta att deras barn gick upp ordentligt i vikt och att barnet gärna låg lite över sin viktkurva för att föräldrarna skulle känna sig helt trygga.

Stort ansvar att möta föräldrar

Under denna kategori framkom det en upplevelse av att föräldrarna har enormt mycket frågor, tankar, oro framförallt om framtiden och barnets tillväxt.

Mycket oro och frågor

Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde att föräldrar till för tidigt födda barn hade mycket frågor när de kom till BHV. De ville tala om sina tankar. Mest frågor och oro upplevde de att föräldrarna hade under de 2 första månaderna på BHV. Det framkom att föräldrar till för tidigt födda barn ringde oftare till BHV med frågor och funderingar jämfört med föräldrar till fullgångna barn. Det beskrevs dock som väldigt individuellt och med en stor variation mellan föräldraparen.

Föräldrarna upplevdes vara mycket mer specifika i sina frågor och föräldrarna ville ha väldigt grundliga och faktainnehållande svar. Att bara berätta för föräldrarna att ett utslag eller en prick var helt normalt fungerade dåligt. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns en önskan hos föräldrarna att få veta betydligt mer än så för att tryggas. De ansåg det viktigt att veta vilka vanliga frågor föräldrarna till för tidigt födda barn kunde ställa samt om de inte kunde besvara frågorna veta var de kunde finna svaret. Det framkom att en större oro fanns hos dessa föräldrar då det inte blivit som de hade tänkt sig.

”Det är så himla mycket som snurrar hos de här föräldrarna mycket oro om framtiden” (8)

En oro om sjuksköterskorna upplevde fanns hos föräldrarna var om deras barn tagit skada eller inte relaterat till att det var för tidigt fött. De beskrev det som en ängslan över hur barnet skulle må i framtiden samt om det kom att få några skador efter att ha fötts för tidigt. En oro över om barnet skulle få en diagnos (bokstavskombination) var också vanligt hos föräldrarna. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att alltid lyssna på föräldrarna, som de ansåg vara experterna på sina barn. Det var viktigt att ta föräldrarnas oro på största allvar för att de skulle känna sig trygga.

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns ett visst mått av försiktighet hos föräldrar till för tidigt födda barn. De undvek att samtidigt träffa för mycket människor för att skydda barnet från infektioner. Mycket frågor från föräldrarna gällde t.ex. när de kunde besöka köpcentrum, gå på café eller bjuda hem släktingar på middag.

Det beskrevs att även oroliga och osäkra föräldrar som tyckte att deras barn såg annorlunda ut innerst inne var väldigt stolta över sitt barn. Detta märktes i synnerhet i föräldragrupper där mammorna gärna ville berätta om och visa upp sitt för tidigt födda barn för de andra föräldrarna i gruppen. Det beskrevs också som ett bra tillfälle för föräldrarna att ventilerat allt som hänt dem.

Möta välinformerade föräldrar

”Ofta är föräldrarna otroligt pålästa. De vet ofta mycket och tar reda på mycket själv” (4)

Sjuksköterskorna ansåg att föräldrar till för tidigt födda barn ofta var väldigt pålästa och välinformerade. Föräldrarna kände sitt barn och hade en väldigt god kunskap om sitt barn, framförallt om föräldrarna legat på neonatalavdelningen länge.

Sjuksköterskorna beskrev även att det fanns en skillnad hos föräldrarna beroende på om det var första eller tredje barnet som var fött för tidigt avseende hur mycket de visste eller tagit reda på.

”Stor skillnad på om det är första eller tredje barnet, erfarenheten spelar en stor roll för de här föräldrarna” (6)

Ärlighet och ett bra omhändertagande är viktigt

Att skapa ett så bra första möte som möjligt med föräldrarna beskrevs av sjuksköterskorna som otroligt viktigt för att lägga grunden till en god relation med föräldrarna. En önskan fanns att få vara med på utskrivningssamtalen från den neonatala hemsjukvården för att omhändertagandet av föräldrarna från BHV skulle bli så bra som möjligt.

Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att vara ärlig och uppriktig i mötet med föräldrarna. Att vara ärlig kunde innebära att berätta att de kanske inte kunde svara på alla frågor föräldrarna hade men att de skulle ta reda på svaret. Det var viktigt för att föräldrarna skulle

känna sig bekräftade och sedda. Att bemöta barnet och föräldrarna i nuet och bekräfta föräldrarnas oro och frågor ansågs viktigt. Tillgänglighet var även viktigt för att stödja föräldrarna.

Det upplevdes att föräldrarna förlitade sig väldigt mycket på BHV:s kunskaper om för tidigt födda barn vilket gjorde att föräldrarna kände trygghet med kompetensen som fanns.

”Det är ju föräldrarna som har huvudansvaret men de förlitar sig på min kunskap, att om jag ser något så måste jag ju säga till” (7)

Det ansågs att föräldrarna har det största ansvaret över sina barn eftersom det var deras barn dygnet runt medan BHV kom in i bilden från och till. Föräldrar hade alltid den största kunskapen och erfarenheten om sitt barn. Det var därför väldigt viktigt att lyssna på föräldrarnas oro och tankar. Att hela tiden vara uppmärksam på om något avvek hos barnet ansågs viktigt.

”De här föräldrarna behöver mer stöttning, att dem bara har någon utomstående människa som lyssnar på deras historia och oro. För de har en längre historia och en större oro. ” (9)

Det beskrevs att det i mötet var viktigt att vara lugn, trygg och visa att man engagerade sig, tog sig tid samt lyssna och svara på alla frågor från föräldrarna. Det var ett stort ansvar att möta föräldrarna. Det upplevdes som ett ännu större ansvar att möta föräldrarna när neonatalavdelningen inte lämnat tillräckligt med information till BHV.

”Vi har ju ett väldigt brett spektrum, vi kan inte allt men man kan ta reda på allt och man kan finnas där för föräldrarna. Det är ett stort ansvar” (10)

Omvälvande första tid för föräldrarna

Enligt sjuksköterskorna var det en stor livsomställning för föräldrarna att komma hem med ett för tidigt fött barn. Många föräldrar bröt ihop när de lämnat neonatal och kom hem.

Sjuksköterskorna ansåg att det berodde på att föräldrarna då slappnade av vilket gjorde att en reaktion på hela den nya situationen kom över dem. Föräldrarna skulle nu stå på egna ben utan neonatalavdelningens hjälp och stöttning vilket skapade en stor osäkerhet hos föräldrarna.

När BHV gjorde sitt första hembesök gick det upp för föräldrarna att de nu skulle klara detta ensam utan neonatals hjälp. Föräldrarna blev då osäkra enligt sjuksköterskorna. Det upplevdes att föräldrarna ibland kunde ha svårt att mentalt ta in att de nu var utskrivna och hemma. Detta var dock individuellt och det fanns en stor variation mellan att inte ha någon oro alls till att vara väldigt orolig över sin nya livssituation. Vissa föräldrar hade helt landat i sin nya situation och kände sig trygga medan andra föräldrar var väldigt chockade och oroliga.

Sjuksköterskorna upplevde att det uppstod en osäkerhet hos mammorna när pappan i familjen åter skulle arbeta efter en längre tids sjukskrivning och sjukhusvistelse. Mammorna upplevde ångest eftersom de inte visste hur de skulle klara av att helt på egen hand ta hand om sitt barn utan pappans stöd. Sjuksköterskorna upplevde att BHV hade en viktig uppgift i att se till att mamman kände trygghet för att så småningom helt självständigt kunna ta hand om sitt barn. De beskrev att det kunde vara svårt för föräldrarna att komma in i den nya föräldrarollen men det var individuellt. Ibland satt känslan och rädslan för att nu vara förälder till ett för tidigt fött barn i väldigt länge medan andra föräldrar snabbt kunde känna att de klarade av den nya situationen.

En tacksamhet skapades hos föräldrarna enligt sjuksköterskorna när en tätare kontakt med BHV fanns. En tätare kontakt ansågs ofta behövas för att trygga föräldrarna. Ibland lades mer fokus på föräldrarnas mående vid mötet. Det upplevdes viktigt att prata med föräldrarna angående hur de mätte och hanterade den nya situationen.

Stöd till föräldrarna efter deras behov

Föräldrarna jämför sitt barn med fullgångna barn

Att sedan tidigare ha ett fullgånget barn kunde få föräldrar att jämföra sitt för tidigt födda barn med deras tidigare barn. En oro skapades hos föräldrarna om deras barn till exempel inte kunde sitta vid samma ålder som deras tidigare barn gjorde. Att ge föräldrarna information om att inte ha samma förväntningar på sitt för tidigt födda barn var viktigt. Att informera, lugna och stötta föräldrarna i att det inte ställs samma krav på för tidigt född barn betonades. Bland föräldragrupper jämförde föräldrarna också sina barn med de andra barnen i samma grupp vilket skapade oro hos dem. Det var då väldigt viktigt att lugna ner föräldrarna samt påminna om deras barns egentliga ålder.

Behov av hjälp att se det friska i barnet

Vikten av att bara titta på det friska beskrevs ibland som svårt för familjen. Föräldrar kunde ha svårt att förstå detta samt ha svårt att ställa om från att bara fokusera på det sjuka vilket föräldrarna var vana att göra från neonatalavdelningen. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde bli förvirrande för föräldrarna. Att uppmuntra föräldrarna till att se det friska och fina hos sitt barn ansågs vara en viktig del av arbetet. Målet var att föräldrarna skulle se, förstå samt släppa fokus från att hitta fel på sitt barn till att se det friska och fina istället. Det ansågs betydelsefullt för föräldrarna att se det friska och fina för att tryggas i att deras barn utvecklades väl och var friskt. Påminnelser gavs ofta till föräldrarna att fokusera på vad deras barn kunde istället för att lägga fokus på vad deras barn inte kunde samt att barnet följde sin egen kurva och gick upp i vikt precis som det ska. Korrigering av vikten samt att följa den korrigerade kurvan var väsentligt i arbetet. Det var även angeläget att visa denna kurva för föräldrarna och förklara att alla barn har en egen kurva utifrån deras individuella ålder.

Behov av mer stöd

Sjuksköterskorna upplevde att en känsla av skuld infann sig hos många mammor för att de fått ett för tidigt fött barn och varför just de fött ett barn för tidigt. Att fråga mamma och pappa hur de mårde var en viktig del av deras arbete. Vikten av att inte glömma bort pappan i situationen beskrevs. Mycket tid i mötena lades ner på föräldrarnas välbefinnande då det ansågs att hur föräldrarnas mårde speglade barnets hälsa. Hur föräldrarna mårde beskrevs

som väldigt individuellt och kunde skilja sig mellan mamma till mamma och pappa till pappa. Ett samband ansågs finnas mellan hur länge familjen legat på neonatalavdelningen och hur föräldrarna mådde efter utskrivningen.

”Det är viktigt att ha lite längre tid för mötet när man vet att det kommer en familj med ett för tidigt fött barn.” (3)

Vikten av att verkligen ha mycket tid avsatt för möten med föräldrarna betonades. Ombokningar genomfördes om familjen blivit inbokad på en hårt bokad dag för att garantera sig själv att ha gott om tid för mötet. Sjuksköterskorna upplevde att familjer till för tidigt födda barn prioriterades lite mer än familjerna till fullgångna barn. Vid ett missat telefonsamtal från en förälder till ett för tidigt fött barn prioriterades det att snabbt ringa tillbaka samt att ge extra utrymme för att ta emot familjen snabbt enligt önskemål.

”Man lägger extra krut på de här föräldrarna som fött för tidigt så att de ska må bra.” (2)

Sjuksköterskorna upplevde att familjer som bara varit en kort tid på neonatalavdelningen upplevdes behöva mer stöd eftersom de snabbt kastats ut i den vanliga världen. Föräldrar som inte fått tillräckligt stöd på neonatalavdelningen eftersom deras barn nästan var fullgånget, upplevdes behöva mer stöd. Vikten av att inte glömma bort de här föräldrarna betonades då de kunde må lika dåligt som föräldrar till ett mycket för tidigt fött barn. Många samtal beskrevs av sjuksköterskorna som nyckeln till trygga och stöttade föräldrar.

En variation betonades från att behöva väldigt mycket extra stöd och samtal till att inte alls behöva det enligt sjuksköterskorna. Alla familjer är unika och har en unik situation och det upplevdes väldigt viktigt att bemöta alla familjer utifrån deras speciella situation och behov.

Diskussion

Metoddiskussion

Tillförlitlighet, överförbarhet och giltighet är begrepp inom kvalitativ forskning som svarar på hur trovärdigt ett resultat är (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012).

Giltighet innebär hur sant resultatet är. Överförbarhet innebär hur mycket av studiens resultat som kan överföras till andra grupper. Tillförlitlighet beror på om författaren är medveten om sin förförståelse under hela forskningsprocessen samt att analysarbetet är tydligt beskrivet för att stärka resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren - Graneheim, 2012)

Syftet med föreliggande studie var att få en fördjupad förståelse för och belysa hur barnhälsovårdssjuksköterskorna upplever mötet med föräldrar till för tidigt födda barn. För att kunna besvara detta syfte valdes en kvalitativ metod som syftar till att skapa en djupare förståelse av en upplevelse eller en erfarenhet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Ett alternativ till att genomföra intervjuer hade kunnat vara ett strukturerat frågeformulär. Denna metod valdes bort då formulär ökar risken för ytliga svar då inga följdfrågor kan ställas (Malterud, 2009). Ytterligare ett alternativ hade kunnat vara fokusgruppintervjuer, vilket valdes bort med hänsyn till att författarna saknar tidigare erfarenhet av att utföra sådana intervjuer.

Författarna hade svårigheter att finna tillräckligt med deltagare till studien. De sjuksköterskor som tackade nej angav som skäl att de inte tyckte att de mött tillräckligt med föräldrar till för tidigt födda barn eller inte kände att de hade tillräckligt med tid, att de redan deltog i flera andra studier och därför avböjde att delta i fler. Det kan innebära att de som har ett större intresse och erfarenhet av för tidigt födda barn tackade ja till att delta vilket kan anses både som en styrka och som en svaghet i studien. Det kan anses som en styrka att de som ingår i studien verkligen har något att berätta om upplevelsen om mötet med föräldrar till för tidigt född barn. Enligt Malterud (2009) är det viktigt att rätt personer rekryteras till en kvalitativ studie.

Samtliga intervjuer spelades in på författarnas mobiltelefoner. Kvaliteten på inspelningarna bedömdes vara hög och underlättade hela transkriberingen. Detta sätt att intervjua på möjliggjorde att författarna helt kunde fokusera på den intervjuade och vad som berättades under intervjun (Malterud, 2009; Trost, 2010). Enligt Tjora (2012) kan själva inspelningen

under intervjun leda till känslor som nervositet hos informanten och på så sätt begränsa uttalandet särskilt om det handlar om något personligt eller om känsliga ämnen. De intervjuade fick även själva välja plats för intervju för att skapa trygghet. Alla de intervjuade valde sina arbetsplatser som plats för intervjun. Enligt Trost (2010) ska en intervju ske i en miljö som är trygg för den som blir intervjuad. Deltagarna upplevdes som trygga och avslappnade under intervjun.

De intervjuade hade olika lång erfarenhet av BHV och av för tidigt födda barn och arbetade i både privat och kommunal regi. En stor variation fanns från att vara distriktsjuksköterska och ha arbetat på BHV i 6 år till att vara barnsjuksköterska och ha 15 års erfarenhet av neonatalvård samt 10 års erfarenhet av BHV. Både distriktsjuksköterskor och barnsjuksköterskor intervjuades med eller utan erfarenhet av att arbeta på en neonatalavdelning. Variationen hos de deltagande när det gäller ålder, erfarenhet och bakgrund bedöms bidra till en ökad möjlighet till överförbarhet eftersom ämnet då belyses från olika håll (Malterud, 2009; Lundman & Hällgren- Graneheim, 2008).

Under analysen framkom att sjuksköterskorna gled över till att berätta om hur föräldrarna upplevde tiden på BHV och inte om sina egna upplevelser av att möta för tidigt födda barn. Detta kan ha haft en påverkan på trovärdigheten av föreliggande studie. En diskussion har förts mellan författarna angående att ändra i intervjuguiden men beslut togs att inte ändra något. I början av studien beräknades intervjuerna ta mellan 30 och 60 minuter. Intervjuerna i denna studie tog 18 till 40 minuter vilket innebär att några av intervjuerna var kortare än enligt planering. Detta kan ses som en svaghet. Svagheten tordes då innebära att någon av de 10 intervjuerna möjligtvis inte gått så djupt in på ämnet som den borde, det kan ha påverkat resultatets djup och bredd. Författarna anser att tillräckligt med material samt tillräckligt djupt material samlades in trots de korta intervjuerna för att nå upp till syftet. I de sista intervjuerna framkom ingen ny upplevelse från sjuksköterskor som blev intervjuade. Författarna ansåg att mättnad uppnåts. Författarna har diskuterat troliga orsaker till att intervjuerna inte blev så långa som planerat och kommit fram till att det förmodligen beror på att båda författarna är oerfarna när det gäller att intervju. Alla intervjuer var olika vilket innebär att olika följdfrågor ställts vilket ses som en svaghet i studien som kan ha påverkat resultatet. Ibland har även ledande frågor ställts vilket även det kan påverka resultatet. Det kan dock också ses som en styrka i studien eftersom det ger en ökad variation och bredd och därmed ökar trovärdigheten i studien (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2008). Varje intervju var unik.

Tre intervjuer genomfördes tillsammans. Övriga sju intervjuer genomförde författarna enskilt. Lundman och Hällgren- Graneheim (2012) beskriver att det finns en viss risk att trovärdigheten påverkas när mer än en person utför intervjuer. Dock gjordes tre intervjuer tillsammans vilket ledde till att författarna ungefär intervjuade på lika sätt. En pilotintervju utfördes gemensamt och transkriberades av en av författarna samt bedömdes sedan tillsammans med handledaren. Pilotintervjun ansågs hålla så pass god kvalitet att den valdes att inkluderas i studien. Diskussion fördes om intervjuguiden skulle ändras eller utvecklas. Det beslutades till slut att intervjuguiden inte skulle ändras eftersom pilotintervjun täckte upp syftet på ett tillfredsställande sätt. Enligt Polit och Beck (2010) är en pilotintervju ett träningstillfälle för att eventuellt förbättra författarnas intervjuteknik.

Analysförfarandet genomfördes med tät kontakt med handledaren vilket ökar trovärdigheten (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). Analysarbetet genomfördes tillsammans av båda författarna vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Resultatet är rikt på text samt innehåller citat från intervjuerna vilket ökar giltigheten (ibid). En kritisk reflektion har hela tiden skett med handledare och mellan författarna för att inte låta sig påverkas av förförståelsen genom både datainsamlingen och analysförfarandet. Förförståelsen kan vara av värde för studiens trovärdighet om forskaren/forskarna är insatta i ämnet och därmed kan ge rimliga tolkningar. Dock kan det också vara ett hinder om man inte kan lägga förförståelsen till sidan just i tolkningsfasen. Det kan finnas en risk att forskaren annars väntar sig ett visst resultat och kanske därför tolkar fel samt att värdefull data då kan gå förlorad (Lundman & Hällgren - Graneheim, 2008). Därför har en kritisk reflektion tillsammans med handledaren förts regelbundet under hela analysförfarandet för att inte förförståelsen ska påverka tolkningen och därmed studiens resultat. En tredje part kan stärka giltigheten (ibid).

För analysarbetet valdes en manifest och delvis latent kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys valdes för att den lämpar sig väl när en tolkning av till exempel intervjuer önskas (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). Analysförfarandet är tydligt beskrivet vilket ökar giltigheten. Båda författarna har läst samtliga delar av insamlat material vilket ökar tillförlitligheten. Meningsbärande enheter plockades ut var för sig och kodades, därefter sammanfördes liknande koder till underkategorier, som efter gemensam diskussion slogs samman till kategorier. Analysförfarandet har skett tillsammans samt i nära samråd med handledaren vilket ökar tillförlitligheten i resultatet (ibid). En korrigerig av kategorier och underkategorier gjordes ett flertal gånger för att bättre passa studiens syfte.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie beskrevs barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av mötet med föräldrar till för tidigt födda barn. Resultatet speglar även hur sjuksköterskorna upplevde föräldrarnas reaktion över att komma hem med ett för tidigt fött barn samt deras behov av stöd från barnhälsovården.

Det framkom att en viss osäkerhet upplevdes inför mötet med för tidigt födda barn på grund av bristande erfarenhet och kunskap. I studien gjord av Erlandsson et al. (1996) visade resultatet att sjuksköterskor inom barnhälsovården helst inte ville arbeta med för tidigt födda barn eftersom det ansågs vara en svår uppgift. De intervjuade sjuksköterskorna i föreliggande studie önskade mer utbildning och en introduktion som handlade om prematura barn innan de började arbeta inom barnhälsovården. I en annan studie genomförd av Kyno et al. (2013) beskrivs att föräldrar upplevde att sjuksköterskor inom barnhälsovården saknade kunskap om för tidigt födda barn och att de då inte kunde stötta föräldrarna på bästa sätt.

Känslan av att allt brukar fungera som hos ett vanligt fullgånget barn och att det inte var någon större skillnad på de för tidigt födda barnen var en vanlig upplevelse. Arbetet gick på rutin och mycket gjordes automatiskt. Sjuksköterskorna eftersträvade att försöka normalisera situationen och inte särbehandla familjerna. Kyno et al. (2013) beskriver att barnhälsovården upplevs rikta sig enbart till fullgångna barn och att föräldrarna önskade att det fanns ett program speciellt utformat till för tidigt födda barn. Det framkom även i en annan studie att sjuksköterskor inom barnhälsovården inte gjorde någon större skillnad mellan fullgångna och för tidigt födda barn (Wickberg Johansson & Hwang, 1996). Därför upplevde föräldrarna att tiden på BHV var slöseri med tid.

Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna hade mycket oro och tankar om framtiden. Den största oron handlade om deras barn hade tagit stor skada på grund av att barnet fötts för tidigt, samt om barnet skulle komma att klara sig. Detta styrks av Lindberg och Öhrlings (2008) studie där de beskriver att mödrar var rädda för att deras barn skulle dö, samt om barnet skulle få någon skada som kunde ha en inverkan på deras framtida utveckling. Det var väldigt viktigt för sjuksköterskorna i föreliggande studie att stödja oroliga föräldrar på bästa möjliga sätt.

Jackson et al. (2003) visar att när det var dags att skrivas ut helt från neonatalavdelningen upplevde föräldrarna en oro, osäkerhet samt en rädsla inför det nya ansvaret som det innebar att gå hem med ett för tidigt fött barn. Detta styrks av föreliggande studies resultat som visade att sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna bröt ihop när de kom hem. De skulle nu stå på egna ben utan neonatals hjälp. Föräldrarna upplevdes som att de hade svårt mentalt att ta in att de var hemma. Sjuksköterskorna ansåg att de hade en viktig uppgift i att stötta och trygga föräldrarna till att så småningom bli självständiga till att kunna ta hand om sitt barn.

Fägerskiöld, Wahlberg och Ek (2000) bekräftar att sjuksköterskor inom barnhälsovården anser att det är viktigt att stödja föräldrar till att tro på sin egen förmåga. Enligt Callista Roys adaptationsmodell kan en människa behöva sjuksköterskans stöd i att finna sig tillrätta i en ny tillvaro (Roy, 2009). Roy (2009) beskriver vidare att när en människa drabbas av en förändrad livssituation behöver hon kunna anpassa sig och förstå de förändrade livsomständigheterna. Genom att hitta en balans och jämvikt i tillvaron kan individen bemästra situationen, men detta fungerar inte alltid och det är då sjuksköterskan spelar en stor roll för att kunna stödja människan för att återta och bevara jämvikten i livet.

Föräldrarna upplevdes ofta vara väldigt tacksamma för en tätare kontakt med barnhälsovården för att de skulle känna en trygghet. Detta beskriver också Jackson et al. (2003) täta besök till BHV var en viktig faktor för föräldrarna till för tidigt födda barn. Det var även viktigt för föräldrarna att få bekräftelse av barnhälsosjuksköterskan att deras barn var vid god hälsa fast barnet var för tidigt fött (ibid.). I föreliggande studie framkom det att sjuksköterskorna behövde uppmuntra föräldrarna till att se de friska hos barnet för att föräldrarna skulle se, förstå och släppa fokus på att hitta fel på sitt barn. Föräldrarna var väldigt inställda på att leta tecken på avvikande beteende och tecken som kunde tyda på sjukdom.

Resultatet i föreliggande studie visar även att sjuksköterskorna upplevde att föräldrar till för tidigt födda barn jämför sitt barn med fullgångna barn som var med i samma föräldragrupp. Detta styrks av Lundqvist et al. (2014) som beskriver att föräldrarna behövde jämföra sitt barn med andra jämnåriga, fast de visste att denna jämförelse var osäker att göra. Sjuksköterskorna ansåg att de hade en viktig uppgift i att berätta för föräldrarna att de inte kunde ha samma förväntningar på sitt barn som på fullgångna barn.

Att föräldrarna förlitade sig väldigt mycket på sjuksköterskornas kunskap och kompetens var en allmän upplevelse. Enligt Fägerskiöld och Ek (2003) såg mödrar sjuksköterskorna inom barnhälsovården som en kunskapsbank som de alltid kunde fråga och som kunde svara på samtliga frågor. Föräldrar har stora krav på sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården (Fägerskiöld et al. 2000). Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att vara lugn, trygg, visa att man engagerar sig samt lyssnar på föräldrarnas frågor. Att ha erfarna och bra kollegor till hands som de kunde fråga betydde mycket, samt att inte visa sin osäkerhet inför föräldrarna.

Konklusion och implikationer

Barnhälsovårdssjuksköterskor upplever en viss osäkerhet i mötet med föräldrar till för tidigt födda barn på grund av bristande erfarenhet och kunskap. Sjuksköterskorna försöker normalisera det för tidigt födda barnet och förmedla det till föräldrarna. Resultatet belyser vikten av att som barnsjuksköterska inom BHV ha kunskap om för tidigt födda barn och hur de på bästa sätt kan bemöta föräldrarna i deras individuella situation.

Tidigare studier har även visat att föräldrar till för tidigt födda barn upplever att sjuksköterskor inom barnhälsovården saknar kunskap om för tidigt födda barn samt att barnhälsovården enbart riktar sig till fullgångna barn (Kyno et al. 2013). Fler studier efterlyses för att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med för tidigt födda barn inom barnhälsovården, för att på så sätt kunna förbättra barnhälsovården och mötet med för familjer till för tidigt födda barn.

Referenser

- Bolisetty, S., Dhawan, A., Abdel-Latif, M., Bajuk, B., Stack, J., & Lui, K. (2014). Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants. *Official Journal of the American academy of pediatrics*, 133, 55-62.
- Bäcklund Reboia, I. (2012). *Undersökningar på barnavårdscentralen*. Hämtad 26 mars, 2014, från <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Undersokningar/Undersokningar-pa-barnavardscentralen/>
- Clottey, M., & Dillard, D.M. (2013). Post-traumatic Stress Disorder and Neonatal Intensive Care. *International Journal of Childbirth Education*, 28, 23-29.
- Cooding, J.S., Cooper, L.G., Blanine, A.I., Franck, L.S., Howse, J.L., & Berns, S.D. (2011). Family support and family-Centered care in the neonatal intensive care unit: Orgins, Advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35. 20-28.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J-M., & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (review). *The Cochrane collaboration library*, 3, 1-21.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-173). Lund: Studentlitteratur
- Dimitriou, G., Fouzas, S., Georgakis, V., Vervenioti, A., Papadopoulos, V-G., Decavalas, G., & Mantago, S. (2010). Determinants of morbidity in late preterm infants. *Early Human Development*, 86, 587–591.
- Erlandsson, B., Wickberg- Johansson. & Hwang, P. (1996). Primary Health Care treatment of premature infants and their families. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 14 (157-164)

EXPRESS-Group, Fellman, V, Hellstroö-Westas, L, Norman, M, Westgren, M, Källén, K, et al. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA*. 2009; 301(21):2225-33.

Forssén, A. & Carlstedt, G. (2008). Feminism. I Granskär, M.& Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.57-73). Lund: Studentlitteratur

Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A-C. (2000). What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing and Health Sciences*, 2, 83-91.

Fägerskiöld, A., & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: Two perspectives. *International Nursing review*, 50, 119-128.

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

Hammarstrand, E., Jönsson, L., & Hallström, I. (2008). A neonatal home care program – an evaluation for the years 2002-2005. *Vård I Norden, volume 28 (4)*, 38-41.

Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

ICNS etiske regler for sykepleiere. (2001). Hämtad 15 april, 2014, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_norwegian.pdf

Jackson, K., Ternestedt, B-M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.

Jönsson, L., & Fridlund, B. (2003). Parents' conceptions of participating in a home care programme from NICU: a qualitative analysis. *Vård I Norden, volume 23 (4)*, 35-39.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, (2008a).

Hämtad 27 mars, 2014 från <http://www.barnsjuskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska, (2008b). Hämtad 28 november från www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Beverly Hills: Sage.

Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Kyno, N-M., Ravn, I-H., Aarhus-Smeby, N., Torgersen, A-M., & Gundersen, T. (2013). Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme – a qualitative study. *BMC Nursing*. 12:28 1-11.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-173). Lund: Studentlitteratur

Lagerberg, D., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring: resultat av ett interventionsförsök*. Stockholm: Gothia Förlag och Fortbildning AB.

Lindberg, B., & Öhrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*. 67(5), 461-471.

Lundman, B., & Hällgren- Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Granskär & B, Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.1 uppl., s. 187- 201). Lund: Studentlitteratur

Lundqvist, P., Hellström-Westas, L., & Hallström, I. (2014). Reorganizing Life: A Qualitative Study of Fathers' Lived Experience in the 3 Years Subsequent to the Very Preterm Birth of Their Child. *Journal of Pediatric Nursing*. 29, 124-131.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C.(2009). *Barnhälsovård- Att främja barns hälsa* (5uppl.). Stockholm: Liber AB

Magnusson, M., Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2012). Organizational differences in early child health care – mothers' and nurses' experiences of the services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26, 161-168.

Malterud, K. (2009). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. 2.uppl. Lund: Studentlitteratur.

M,Kirkevold., Strömsnes Ekern,K. (2003). Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. Stockholm: Liber

Pritchard, M.A., Colditz, P.B., & Beller, E.M. (2008). Parental experiences and preferences which influence subsequent use of post-discharge health services for children born very preterm. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 44, 281–284.

Pulver, L.S., Denney, J.M., Silver, R.M., & Young, P.C. (2010). Morbidity and discharge timing of late-preterm newborns. *Clinical Pediatrics*. 49, 1061-1067.

Roy, C. (2009). The Roy adaption model (3:e utg.). Upper Saddle River: Pearson.

Serenius, F., Sjörs, G., Blennow, M., Fellman, V., Holmström, G., Marsal, K., ... Källen, K. (2013). EXPRESS Study shows significant regional differences in 1- year outcome of extremely preterm infants i Sweden. *ACTA PEADIATRICA*, 103, 27-37.

SFS 2003: 460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 3 april, 2014 från Riksdagen

http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Shields, L., Patt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317-1323.

Smith, R.L., & Stevens, S.P.W. (1992). A critique of healthy family functioning. *Topicasin family psychology and Counseling*, 1 (1), 6-14.

Socialstyrelsen. (2004). *Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10398/2004-123-15_200412315.pdf

Socialstyrelsen.(2011). *Att mäta kvalitet i barnhälsovården: utveckling och testning av kvalitetsindikationer för öppna jämförelser*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 mars, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Vård av extremt tidigt födda barn: En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 november, 2014, från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19503/2014-9-10.pdf>

Thomassen, Magdalene (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. 1. uppl. Malmö: Gleerups utbildning

Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap. Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Treyvaud, K., Ure, A., Doyle, L W., Lee, K J., Rogers, C E., Kidokoro, H., Inder, T E. & Anderson, P J. (2013). Psychiatric outcomes at age seven for very preterm children: rates and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 54 (7), 772-779.

Trost, J. (2010). Kvalitativa intervjuer. 4.uppl. Lund: Studentlitteratur

Unicef (2014) . *Barnkonventionen*. Hämtad 14 april, 2014, från http://unicef.se/barnkonventionen?gclid=CL_z1d3P370CFaPFcgodGIoAiA

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (2009). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 (4)

Intervjuguide

Inledningsfråga: Kan du berätta om dina upplevelser av mötet med förtidigt födda barn och deras föräldrar?

Följdfrågor som kommer att användas är: Kan du utveckla det? Hur menar du? Vad tänkte du? Hur kändes det?

Ämnen:

Första mötet

Föräldrar

Barn

Kommunikation

Delaktighet



Bilaga 2 (4)

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschef (eller motsvarande)

Förfrågan om medgivande att genomföra studien: Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av mötet med förtidigt födda barn och deras föräldrar- En kvalitativ intervjustudie.

Studien är av betydelse då förtidigt födda barn som överlever i Sverige ökar. Neonatalvården har utvecklats mycket. Även mycket förtidigt födda barn överlever. Barnvårdscentralerna möter nästan alla barn som föds i Sverige. Detta ställer högre krav på barnvårdscentralerna som ska ta hand om barnen efter utskrivningen från neonatal. Barnhälsovårdssjuksköterskan kan vara ansvarig för all fortsatt vård av barnet. Därför är det av intresse att studera hur sjuksköterskor på barnhälsovården upplever det är att möta förtidigt födda barn och deras föräldrar.

Intervjun kommer att genomföras av sjuksköterskorna Caroline Paulsson och Emma Nordfeldt.

Vi vill gärna intervjua Sjuksköterskor som jobbar inom barnhälsovården. Våra kriterier är att de ska ha vidareutbildning inom barn och ungdom eller distrikt. Vid ert medgivande kommer informationsbrev att skickas ut till undersökningspersonerna, och en samtyckesblankett kommer att lämnas.

Undersökningspersonerna kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt och att dem kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av studien kommer att redovisas så att undersökningspersonerna inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras och intervjuerna kodas. Med ert medgivande ser vi gärna att intervjun kommer att spelas in. Inspelningen kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att komma åt materialet. När studien är färdig kommer allt material att förstöras.

Intervjuerna kommer att ta 20-60 minuter och kommer att ske på vald plats av undersökningspersonerna. Vi har bifogat vår projektplan och den samtyckesblankett som vi kommer att skicka ut till undersökningspersonerna. Vi ber även dig att fylla i bifogad medgivandeblankett.

Skicka gärna medgivande blanketten tillbaka till oss inom 1 vecka.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning inom barn och ungdom.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn: Emma Nordfeldt
Titel: Leg sjuksköterska
e-post: sbs14ego@student.lu.se

Namn: Caroline Paulsson
Titel: Leg sjuksköterska
e-post: gnv11cpa@student.lu.se

Anna-Karin Dykes
Titel: Handledare.
Leg sjuksköterska HSC Lund Universitet.
e-post: Anna-Karin.Dykes@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av mötet med förtidigt födda barn och deras föräldrar- En kvalitativ intervjustudie.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningssperson

Titel: Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av mötet med förtidigt födda barn och deras föräldrar - En kvalitativ intervjustudie.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie som ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barn och ungdom.

Varje år föds det ca 6000 barn för tidigt i Sverige. Neonatalvården i Sverige har på senare år utvecklats mycket. Fler barn som föds förtidigt överlever. Alla barnfamiljer i Sverige erbjuds att gå på en barnvårdscentral, den är frivillig, kostnadsfri och hälsofrämjande. Syftet med studien är att få en ökad förståelse för barnhälsovårdssjuksköterskornas upplevelser av mötet med för tidigt födda barn och deras föräldrar.

Intervjun beräknas ta cirka 20-60 minuter och kommer att genomföras av sjuksköterskorna Emma Nordfeldt och Caroline Paulsson. Om du väljer att delta i intervjun så kommer vi att ringa upp dig för att bestämma tid och plats för intervju. Med din tillåtelse ser vi gärna att intervjun kommer att spelas in. Inspelningen kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt materialet. När studien är färdig kommer allt material att förstöras.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av studien kommer att redovisas så att DU inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras och intervjuerna kodas.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtycket och skicka tillbaka blanketten i det bifogade svarskuvertet inom 1 vecka.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Namn: Emma Nordfeldt
Titel: Leg. Sjuksköterska.
epost:Sbs14ego@student.lu.se

Namn: Caroline Paulsson
Titel: Leg. Sjuksköterska.
epost:gnv11cpa@student.lu.se

Anna-Karin Dykes
Titel: Handledare.
Leg sjuksköterska/barnmorska
Professor.
Postadress:HSC, Lunds Universitet.
e-post:Anna-Karin.Dykes@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien: Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av mötet med förtidigt födda barn och deras föräldrar- en kvalitativ intervjustudie.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Bilaga 4 (4)

Analysförfarandet

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Man får vara lite försiktigare med ljud och rörelser när man träffar dem, beroende på hur gamla dem är, och vara mer lyhörd på barnet .	Man får vara lite försiktigare med ljud och rörelser beroende på hur gamla dem är.	Man får vara mer försiktig med ljud och rörelser.	Osäkerhet i mötet	Blandade känslor vid mötet
Just den här oron om hur ska det gå? Kommer han eller hon få några men eftersom han kom så här tidigt? Kommer han bli som andra barn? Kommer han eller hon att höra bra? Kommer utvecklas normalt? Inte få dem här bokstavskombinationerna?	Oro om hur det kommer att gå, kommer han få några men? Kommer han utvecklas normalt?	Tankar och oro om framtiden	Oro och frågor	Stort ansvar att möta föräldrar
Reaktionen kommer när dem väl slappnar av och dem är i hemmet	Reaktionen kommer när dem väl slappnar av och dem är i hemmet	Bryter ihop när de kommer hem	Omvälvande första tid	Stort ansvar att möta föräldrar
Kommer mycket frågor om när kann vi gå ut med han i affärscentrum, när kann vi gå och fika, när kann vi låta släktingarna komma hem? För dem vill skydda sitt barn, många föräldrar har sagt att nu är det bara mormor/morfar och farmor/farfar som får komma, syskon och annat låter vi vara för en stund	Mycket frågor om när man kan gå ut med han i affärscentrum, för dem vill skydda sitt barn. Vill ha det lugnt och inte ha för mycket rullians.	Skydda sitt barn mot för mycket rullians	Behov av hjälp att se det friska i barnet	Stöd till föräldrar efter deras behov

så att det inte blir för mycket rullians i hemmet. Detta hör jag en hel del i de prematura familjerna att de vill ha det lugnt och inte ha för mycket rullians.				
---	--	--	--	--