

# Föräldrars upplevelse av föräldrastöd i grupp

– inom mödrahälsovården

FÖRFATTARE	Anna Anesäter Frida Lauri
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet/ examensarbete för magisterex- amen HK2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Evelyn Hermansson
EXAMINATOR	Marie Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



*Tack*

*Vi vill uttrycka stor tacksamhet till vår handledare Evelyn Hermansson för allt stöd, uppmuntran och feedback under hela arbetets gång.*

Titel (svensk):	Föräldrars upplevelse av föräldrastöd i grupp -inom mödrahälsovården
Titel (engelsk):	Parents experience of education in antenatal care
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i Reproduktiv och perinatal hälsa
kursbeteckning:	RPH100
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	39
Författare:	Anna Anesäter & Frida Lauri
Handledare:	Evelyn Hermansson
Examinator:	Marie Berg

---

## SAMMANFATTNING

Att vänta barn innebär en tid av förändring och lärande. På föräldrautbildningen numera kallat föräldrastöd i grupp, ska det väntande paret få tillgång till information och kunskap, råd och stöd. Ansvaret för barnets bästa ligger såväl på föräldrarna som på samhället, och föräldrautbildningen ska främja det friska, positiva och naturliga i att vänta, föda, adoptera och växa tillsammans med barn. Föräldrautbildningen har genomgått en stor förändring sedan den uppkom och ändras fortlöpande med tiden. **Syftet** med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av föräldrastöd i grupp inom mödrahälsovården. **Metoden** hade en kvalitativ ansats och intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultatet** visade att föräldrarna tyckte att det var viktigt med information, att den var lättillgänglig men att de redan visste mycket sedan tidigare. Det beskrevs mycket viktigt att utrymme gavs för diskussioner i gruppen samt för relationen paret emellan. Gruppen som sådan och social tillhörighet var en stor behållning. Pappan var med på utbildningen men upplevdes inte delaktig. **Konklusionen** är att föräldrastödet upplevdes som positiv och viktig men att formen behöver ändras, det behövs mer diskussion och fokus på gruppen. Även mer inriktning på pappans roll och ett tydligare och bättre fokus på jämställdhet behövs.

Nyckelord: Antenatal vård, föräldrautbildning, graviditet, föräldrars upplevelse, kvalitativ innehållsanalys.

## ABSTRACT

Expecting a child is a time of change and learning. When the expecting couple attends antenatal education, which is also called parent-support in group, they get access to information and knowledge, advice and support. The responsibility for the child is not only the parents, but also the responsibility of the society. The parent-support should encourage the healthy, positive and indigenous in expecting, adopting and growing with children. The antenatal educating has gone through a big change since it started and it keeps changing with time. The **aim** of the study was to examine the parents experience of the parent-support in groups, that is given within antenatal care. Qualitative content analysis was used to analyze the material, and the material contains of 5 interviews. The **result** showed that the parents thought that information was important but that they already knew a considerable amount and that information was easy to find on their own. They experienced that it was important to have a discussion in the group and that focus should lie on the relationship between the expecting couple. Social belonging was considered important. The expecting father did not experience involvement. The parents experienced that the antenatal education was important and positive, but thought that the form needed to change, more focus on the group and more discussion for example. Another change that was necessary was to transform the lack of focus on the father.

Keywords: antenatal care, parents education, pregnancy, parents experience, qualitative research, content analysis

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Vad är föräldrastöd i grupp?	3
Genomförande av föräldrastöd i grupp	5
Papporna i föräldrastödsgrupp	7
Teoretisk referensram	9
Transition	9
Empowerment	10
<b>TIDIGRE FORSKNING KRING UPPLEVELSER AV FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP</b>	<b>12</b>
Problemformulering	15
<b>SYFTE</b>	<b>15</b>
<b>METOD</b>	<b>15</b>
URVAL OCH DATAINSAMLING	17
DATAANALYS	17
TROVÄRDIGHET	18
FORSKNINGSETIK	19
<b>RESULTAT</b>	<b>20</b>
<b>UTBILDNINGENS UTFORMNING</b>	<b>20</b>
Information stärker förstagsångsföräldrar	20
Information om amning upplevs både bra och dålig	21
För mycket fokus på förlossning	22
Tillgängligheten på utbildningen	22
<b>GRUPPEN AV STOR BETYDELSE</b>	<b>23</b>
Grupptillhörighet- att träffa andra i samma situation	23
Diskussion i gruppen	24
Fokus på information	24
<b>PARRELATIONEN UPPLEVS VIKTIG ATT DISKUTERA</b>	<b>25</b>
Samtal om parrelationen var givande	25
Önskemål om en expert som pratar om relationen	25
<b>FÖRÄLDRARNA HAR OLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR</b>	<b>26</b>
Mammorna pålästa- papporna mindre förberedda	26
Papporna är utanför, fokus på mammorna	27
Papporna i egen grupp	28
<b>DISKUSSION</b>	<b>29</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>29</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>30</b>
Information och utförande	30
Mamman och pappan i utbildningen	32
Slutsats	34

BILAGOR

- 1 Information till verksamhetschefen
- 2 Information till informanterna
- 3 Informerat samtycke formulär

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Behöver man utbilda föräldrar? Förberedelsen för föräldraskap börjar redan i den egna barndomen, en grund läggs genom den trygghet, kärlek, uppskattning och omtanke barnet möter under sin uppväxttid. Hemförhållandet har en stor betydelse för hur barnet utvecklas, men även skolan har en stor roll. Här finns ett forum för barnet att diskutera utveckling, behov och föräldrar. Föräldrar skapas i det ögonblick barnet föds eller kommer till familjen. Familjestrukturen har under senare årtionden förändrats, skilsmässorna är fler, det är större frekvens med sammanflyttade par med flera kullar av barn. Föräldrarna är idag äldre och mognare när de får sitt första barn. Även arbetslösheten bland barnfamiljer är högre än tidigare och vi har större andel barn med föräldrar från andra länder än Sverige. Även vården har förändrats då den de senare åren utsatts för hårda besparingsåtgärder och prioriteringskrav. Även den tekniska utveckling påverkar samhället då det idag är lättare för föräldrar att söka information själva om sådant de tidigare vänt sig till vården för att få information om (Ds 1997:6).

Vi har valt att skriva om föräldrautbildningen inom mödrahälsovården då dagens föräldrar besitter mer information och kunskap om ämnet än tidigare, eftersom information idag är lättillgängligt för alla. Detta gör att vi funderar på om föräldrautbildningen har "hängt med" i utvecklingen och om föräldrarna på utbildningen känner behovet av att delta för att få information, eller om går på utbildningen av annan orsak.

## BAKGRUND

### Historik

Formell föräldrautbildningen fanns inte före 1900-talet. Det fanns läkare och barnmorskor som gav undervisning inom området men det ansågs inte vara något av vikt (Höjberg, 2009). Redan i mitten av 1800-talet kan man dock finna bestämmelser om praktiskt mödraundervisning. Under de sociala och medicinska missförhållanden som rådde på 1920-talet började rådgivning och information till blivande mödrar, då det ansågs minska risker för dålig hälsa hos både barn och mor. Mödrarna undervisades om kost, hygien och tandvård. Undervisningstillfällena skedde i mödrarnas hem av barnmorskor. Mödraundervisningens huvudsyfte, när undervisningen flyttades till mödra-

hälsovården blev att förbereda kvinnan inför förlossningen. Psykologiska och sociala aspekter kom då i skymundan för medicinsk kunskap (Socialstyrelsen, 1979). På 30-talet spreds tanken att det var möjligt att skapa en bättre hälsa för befolkningen med hjälp av föräldrautbildning, ett förebyggande perspektiv på hälsa och frisk befolkning spreds i samhället (Myrdal & Myrdal, 1997). Man började tro att människor gick att påverka, både hur de agerade och hur de reagerade (Halldén & Bjurman, 1990). Alva Myrdal var en pionjär inom området och ansåg att föräldrauppföstran kunde likställas med ett yrke. Detta var under en tid då kvinnor började arbeta utanför hemmet, vilket ställde nya krav på barnomsorgen. Hälsa och hygien blev viktiga begrepp för att få en sund, växande befolkning. Alva Myrdal var den första att anordna föräldra- och barnkunskap. Detta gjorde hon i cirklar via ABF. Det tog dock en bit in på 70-talet innan Myrdals idéer om föräldrautbildning verkligen tog fäste. Omkring 60- och 70-talet började föräldrautbildningen utredas och undersökas mer grundligt (Myrdal & Myrdal, 1997).

Den brittiska förlossningsläkaren Grantly Dick-Read (1950) började redan under 40-talet att belysa vikten av att kvinnan skulle föda utan rädsla, han menade att barnafödande är en naturlig fysiologisk process och att rädsla ger upphov till spänningar som stör den normala processen. Han menade att detta kunde övervinnas genom fysisk och psykisk avslappning. Han undervisade blivande mödrar och deras partners i fördelen med en naturlig förlossning och förespråkade minsta möjliga inblandning från sjukvårdspersonal. Under 1950-talet introducerades psykoprofylax av den franske obstetrikern Fernand Lamaze. Han menade att förlossningsarbetet kunde underlättas genom att eliminera smärtan, detta kunde göras genom att undervisa om den fysiska processen i kroppen och om vikten av avslappning. Kvinnan lär sig andas på olika sätt beroende på intensiteten i värkarna för att avleda uppmärksamheten från smärtan. Barnmorskan Signe Jansson blev inspirerad av Lamaze och introducerade på 1970-talet psykoprofylax i Sverige. Signe arbetade för att kvinnan själv skulle föda sitt barn istället för att bli förlöst (Blix-Lindström, 2009). Innehållet i psykoprofylaxutbildningen var inriktad på att förbereda föräldrarna inför förlossning och föräldraskap genom att ge kunskap, genom övningar och avslappning. Övningarna går ut på att ge den blivande mamman tilltro till sin kropp, och en känsla av att hon behärskar sina kroppsliga funktioner. Den blivande pappan deltar också i detta vilket betyder mycket för känslan av samhörighet och samarbete. Målet var att föräldrarna ska känna tilltro till den egna förmågan inför



förlossningen. Det fanns ingen motsättning mellan profylaxutbildningen och den traditionella föräldrautbildningen, psykoprofylax- utbildningen fokuserar bara mer på själva förlossningen och kräver 6-8 egna träffar med föräldrarna. Psykoprofylax började bedrivas i allt större utsträckning och på 80-talet var detta en stor del av föräldrautbildningen. Psykoprofylax kan ses som föregångare till dagens föräldrautbildning och är åter igen något som erbjuds föräldrar inom mödravården efter att ha varit låg prioriterat under 90-talet (Socialstyrelsen, 1984).

### **Vad är föräldrastöd i grupp?**

Föräldrautbildning är en utbildning för föräldrar som ska påbörjas under pågående graviditet. Utbildningen startas i grupper inom mödrhälsovården, för att sedan övertas av barnhälsovården efter att barnet är fött. Målet är att främja kunskap och trygghet hos föräldrarna, öka kontakten mellan föräldrarna, att garantera föräldrarna stöd i deras föräldraskap och göra stödet tillgängligt för alla. Begreppet föräldrautbildning/föräldrastöd i grupp står för kunskapsförmedling, kontakt och gemenskap i vid bemärkelse. Med föräldrautbildningen i praktiken menas en verksamhet som i sitt arbete förmedlar stöd och kunskap som föräldrarna kan ha nytta av i sin roll som förälder till barn i olika skeenden av utveckling. (SOU 1997:161).

Föräldrarna ska i utbildningen få möjlighet till kontakt och gemenskap med andra föräldrar i liknande situation. Föräldrautbildningen ska ske med respekt för integritet, kompetens och förmåga, och inte ta ifrån föräldrarna deras ansvar och roll. Genom utbildningen får samhället möta föräldrarna och deras behov av kunskap om barnet, samt en möjlighet att diskutera normer och värderingar gällande barnuppfostran, säkerhet och trygghet. Detta ligger både i föräldrarnas och i samhällets intresse. Föräldrautbildning har som uppgift att främja det friska, positiva och naturliga i att vänta, föda, adoptera och växa tillsammans med barn (Mattsson, 2008; SOU 1997:161).

Inom mödrhälsovården är utbildningen vanligtvis inriktad på att:

- Förbereda föräldrar inför förlossning
- Förmedla kunskap om det lilla barnets utveckling
- Förmedla kunskap om amning, risker med alkohol/tobak och mediciner
- Förmedla kontakt med barnhälsovården

- Medverka till kontakt föräldrar emellan
- Medverka till att föräldrar deltar i de aktiviteter som ordnas vid MVC

(SOU 1997:161).

Ca 90 % av alla gravida par i Sverige går på besök hos Mödrahälsovården. Barnmorskorna har stor möjlighet att hjälpa även de par som har en svårare graviditet på grund av exempelvis missbruk, genom undervisning om skador på fostret. Här finns också stor möjlighet att samtala med paret om blivande påfrestningar och hur man kan försöka bibehålla en god relation. Inom mödrahälsovården finns ett samarbete med psykologer, läkare, socialtjänst och dietister som kan rycka in vid extra behov (Ds 1997:6; SOU 1997:161).

Socialdepartementet väljer att dela in föräldrautbildningen i tre huvudområden:

- Allmänt och generellt riktad föräldrautbildning och stöd – generellt vägledande, stödjande och förebyggande verksamhet med erbjudande om deltagande till alla föräldrar. Denna typ innefattas i mödrahälsovårdens basprogram.
- Föräldrautbildning och stöd riktat till vissa grupper - föräldrar som av särskilda skäl själva behöver stöd, det kan vara unga föräldrar, ensamstående, adoptivföräldrar eller asylsökande. Denna grupp kan ha fördel av att få extra stöd och riktad information. Erbjudandet ska riktas till föräldrar som tillhör samma grupp och deltagandet är som i basprogrammet frivilligt.
- Till viss del tvingad föräldrautbildning - denna riktar sig till föräldrar som har betydande svårigheter att fungera i sin föräldraroll, det kan röra sig om barn som behöver extra stöd, barn eller föräldrar med sjukdomar, föräldrarna med sociala problem eller att samhället av annan anledning anser att familjen behöver stöd (SOU 1997:161).

Barnkonventionen tar i artikel 24 upp frågor som visar på behovet att satsa på föräldrautbildning och föräldrastöd och barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till rehabilitering. Detta betyder bland annat att:

- Säkerställa tillfredställande hälsovård för mödrar före och efter förlossning.

- Säkerställa att alla grupper i samhället, speciellt föräldrar och barn, får information och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall, samt får stöd i grundläggande kunskaper som förebyggande hälsovård, föräldraråd-givning och familjeplanering (Ds 1997:6).

### **Genomförande av föräldrastöd i grupp**

Föräldrautbildning och föräldragrupper ges både genom mödra- och barnavården. Inom mödravården börjar utbildningen under graviditeten och erbjuds ofta föräldrarna i mitten eller i slutet av graviditeten. Här träffar barnmorskan föräldrarna och erbjuder dem möjligheten att delta i föräldrautbildning. Där samarbetar barnmorskor, undersköterskor, psykologer och läkare i vårdteam. Detta ger barnmorskan en god möjlighet att svara på föräldrarnas specifika frågor då det finns mycket olika kompetens inom arbetsgruppen. Frågor som kan dyka upp under föräldrautbildningen som inte ligger i barnmorskans kunskapsområde kan alltså ändå behandlas. Barnmorskan kan bjuda in personer som är sakkunniga inom andra områden till träffarna, detta kan till exempel vara representanter från försäkringskassan, socialtjänsten, familjerådgivningen eller barnomsorgen. Det är dock inom barnmorskans arbetsområde att hålla i utbildningen. Föräldragrupperna träffas vanligen mellan 4-10 gånger och varje träff tar mellan 1-2 timmar, något som varierar på olika ställen i landet. Ungefär hälften av timmarna används för undervisning, en fjärdedel för samtal och en fjärdedel för profylax eller andra praktiskt inriktade övningar (Ds 1997:6).

Det finns ofta en öppenhet och nyfikenhet kring barnets utveckling och moderns fysiska förändringar. Paret vill gärna ha information om allt som rör graviditeten både fysiskt och psykiskt, men även vad som sker efter att barnet är fött. De är ofta villiga att diskutera föräldraskapets innebörd, vilka krav och förväntningar det för med sig och hur det påverkar parrelationen. Ju närmare paret kommer sin väntade förlossning, desto mer fokuseras intresset på själva förlossningen, vad som kommer att ske med mamman och barnet, smärtlindring, risker och eventuella komplikationer. De kan också ha behov av att prata om amning och skötsel av barnet. Även om föräldrautbildningen är knuten till mödra- och barnhälsovården är det viktigt att minnas att förlossnings- och BB-vården har en viktig del i utbildningen. Här stöttar man föräldrarna i anknytningen till barnet och hjälper till med amning och skötsel av barnet. Föräldrarna har ett behov av att bli

sedda och stärkta i sina roller och få självförtroende så att de tror på sin egen förmåga att ta hand om det nyfödda barnet. De har också ett behov av att få träffa andra föräldrar i samma situation, och att känna att de är förberedda och trygga inför barnets ankomst (Ds 1997:6; SOU 1997:161).

I rapporten "Tidigt föräldrastöd" (Mödra- och barnhälsovården, 2007), beskrivs att föräldrautbildningen ska utformas med ett genusperspektiv så att kvinnor och män attraheras i lika hög grad. Hänsyn ska tas till kulturella och socioekonomiska förutsättningar och olika former av familjebildning. Personalens förhållningssätt ska stimulera föräldrarna till reflektion och tillvarata föräldrarnas egna resurser. Metoder för familjer med utökat behov av stöd ska finnas.(Mattsson, 2008; SOU 1997:161). Den ursprungliga tanken med mödrahälsovårdens föräldrautbildning var att den skulle rikta sig till alla blivande föräldrar, även de som har barn sedan tidigare. Idag är det framförallt förstagångsföräldrar som deltar i undervisningen (Ds 1997:6). Enligt rapporten Hälsovård före, under och efter graviditet utförd av Socialstyrelsen, uppger 30 % av mödravårdscentralerna att de inte kan erbjuda plats för alla, och att det då blir förstföderskorna som prioriteras. Här räknar man med att nästan alla gravida förstföderskor deltar. Över hela landet bedöms ca 20 % av flerföderskorna delta i föräldrastöd i grupp (Ds 1997:6; SOU 1997:161).

Att inte delta på föräldrautbildning kan enligt en svensk studie av Fabian, Rådestad och Waldenström (2004), bero på: att kvinnorna hade annat modersmål än svenska, initialt oönskad graviditet, rökning eller arbetslöshet. Bland omföderskorna var hög ålder (>35), låg utbildning och förlossningsrädsla faktorer som hade samband att inte delta i föräldrautbildningen. Om mor eller barn var sjuka minskade också deltagandet. I en annan Svensk studie deltog ca 70 % av förstföderskorna i föräldrautbildning både före och efter barnets födelse. 3 % deltog varken före eller efter barnets födelse. Orsaker till detta var brist på intresse, att inte ha blivit inbjuden och olämplig utbildningstid (Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2006). I en studie med 139 svenska förstföderskor och omföderskor deltog 63 % i föräldrautbildningen (Pettersson, Pettersson, & Håkansson, 2003). Bland kvinnor som hade ett annat modersmål än svenska var det de kvinnor som kom från ett u-land som mer sällan deltog i föräldrautbildning, både före och efter barnets födelse. Orsaker till detta var symtom på depression, stor upplevd

stress under graviditeten och under barnets första år (Fabian, Rådestad, Rodriguez, & Waldenström, 2008).

Utbildningen är kostnadsfri så länge den ges av MVC. Kursdeltagarna är föräldrar som ska föda vid ungefär samma tillfälle, och får gärna bo nära varandra. Kursträffarna skiljer sig i antal men hålls i slutet av graviditeten, ofta börjar de runt vecka 30. Föräldragruppen bör ha vissa regler och kontrakt kan upprättas redan från början, detta kan till exempel gälla sekretess mot varandra eller hur man hanterar uppgifter om telefonnummer och adresser. Barnmorskan går också igenom vilka ramar som gäller för utbildningen och hur mycket föräldrarna själva kan påverka och styra. Tillsammans kan man diskutera vilka ämnen gruppen anser vara viktiga att ta upp, då alla områden inte hinner täckas. Förslag på ämnen kan vara sex och samlevnad, förlossningsförlopp, hygien eller preventivmedel. Varje grupp bör få styra vad som känns relevant. Barnmorskan bör ta upp olika rädslor som föräldrarna kan bära på och som kan vara svåra att prata om, detta kan vara rädsla för att dö, för barnets hälsa, rädsla för sjukhus eller för att tappa kontrollen. Rädslan i sig ökar spänning och oro, det är därför viktigt att barnmorskan skapar en tillåtande atmosfär där alla rädslor får tas upp oberoende av om de upplevs som rimliga eller ej. Vid första träffen sker en presentation av alla deltagare, men denna kan ske på många olika sätt, i hela gruppen eller i mindre grupper. Det är bra om föräldrarna under denna presentation får möjlighet att berätta om vad de har för förväntningar på utbildning. Det är barnmorskans uppgift att se till att alla i grupper får möjlighet att yttra sig under denna första träff. Deltagarna i gruppen kan också må bra av att lämnas ensamma för att få möjlighet att knyta an till varandra. Många föräldrar anser att kursen går snabbt och kan uttrycka oro över detta. Information om en efterträff som sker omkring en månad efter barnets födelse kan då kännas tryggt. Många föräldrautbildningar erbjuder detta (Lundgren, 2009).

### **Pappor i föräldrastöds grupp**

Pappornas deltagande i föräldrautbildningen ökar, men bara 35 % av alla mödravårdscentraler har speciellt riktad information till de blivande papporna (Ds 1997:6). Enligt rapporten "Hälsovård före, under och efter graviditet", bör utbildningen kompletteras med fler insatser riktade till blivande pappor. Trots att pappor idag är mer delaktiga i barnuppfostran än tidigare är de fortfarande inte representerade till hälften bland alla som deltar i föräldrautbildningen (SOU 1997:161). I en svensk studie av Hallgren,

Kihlgren, Forslin och Norberg (1999), svarade männen som deltagit i föräldrautbildningen att de kände sig involverade i graviditeten, kompetenta och upplevde att de hade ett aktivt samarbete med kvinnan under förlossningen. Alla männen kände sig oförberedda på intensiteten i värkarna och på kvinnans och deras egna reaktioner. De beskrev sin relation till barnet som beskyddande och fylld av glädje.

De metoder som mödrahälsovården använder för att intressera papporna för utbildningen är att ha temakvällar där män leder en del av undervisningen, och att lägga utbildningen på kvällar. Då papporna är delaktiga i föräldrautbildningen bidrar man till ett jämställt föräldraskap, där mannen kan få en tidig och nära kontakt med barnet och där ansvaret mellan mamman och pappan blir mer delat (Ds 1997:6). En tidig kontakt med båda föräldrarna har en ovärderlig betydelse för barnet, och pappor som deltagit i föräldrautbildningen har i större utsträckning varit pappalediga jämfört med pappor som valt att inte delta. Barnet har både rätt till och behöver båda sina föräldrar under hela uppväxttiden, oavsett om föräldrarna bor tillsammans eller ej. Erbjudande om föräldrautbildning måste ges till båda föräldrarna och utbildningen måste anpassas efter båda parter behov och villkor (SOU 1997:161). Vid skilsmässor och separationer är det vanligare att papporna förlorar kontakten med sina barn, och det är viktigt med ett aktivt arbete för att motverka detta (Ds 1997:6). Att involvera männen under graviditet och förlossning samt att bekräfta deras behov ses som en stor utmaning för hälso- och sjukvården (Berg & Premberg, 2010).

Johansson och Jons (2002) beskriver hur man i Örnsköldsvik framgångsrikt har börjat med pappagrupper, då bara männen är välkomna. Dessa grupper hålls parallellt med den traditionella utbildningen och de som håller i utbildningen är män. Här har man tre träffar före förlossning och tre efter, varje träff är 1-2 timmar. Männen som leder dessa träffar är rekryterade både från privata och offentliga sammanhang, men gemensamt för dem är att de ska ha genomgått fortbildning inom området och att de själva deltagit i föräldrautbildning. De får handledning och deltar i tematräffar på mödra- och barnhälsovården. På pappaträffarna tas ämnen som förlossningsrädsla, kommunikation mellan kvinna och man, maktlöshet, oro, pappaledighet och sexualitet upp. Här ingår pappautbildare i den förstärkta och förlängda föräldrautbildningen. Ett av de mest märkbara resultaten bland män som ingått i dessa grupper är att de i större utsträckning är pappalediga. Samma författare beskriver även hur man i Dalarna har valt att satsa på pappa-

utbildare som talar med hela föräldragruppen. Han besöker gruppen vid ungefär tre tillfällen och hans specifika uppgift är att peka på typiska könsspecifika situationer, låta papporna identifiera sig själva, förhindra missförstånd och onödiga konflikter. Det handlar även om att vara förberedd på olika situationer som kan uppstå för att ge paret bättre strategier att hantera detta. Det kan t ex gälla sexliv, ekonomi, ansvar eller förändrat beteende (Johansson & Jons, 2002). Premberg och Lundgren (2006) har gjort en studie i sydvästra Sverige där män tillfrågats om upplevelsen av föräldrautbildningen. Männerna ansåg att föräldrautbildningen var ett enkelt sätt att få information på men att de lika gärna kunde få information genom andra källor. Männerna ansåg att deras huvuduppgift var att stödja mamman och barnet och tyckte att föräldrautbildningen förberedde dem inför förlossning och att bli förälder. Värdefullt var att få information från andra föräldrar och barnmorskan om hur det skulle komma att bli när barnet kommit.

### **Teoretisk referensram**

Begreppen transition (övergång) och empowerment (stödja & stärka), är centrala i mötet mellan barnmorskan och föräldrarna under föräldrautbildningen för att föräldrarna ska känna sig stärkta och hjälpta in i sin nya roll. Vi har därför valt att dessa begrepp ska utgöra referensramen för denna uppsats.

### **Transition**

Transition som betyder övergång är en förändring som sker under en tid och kräver att personen är medveten och engagerad. Den personliga övergången kan t.ex. vara en förändrad roll, relation eller identitet. T.ex. att bli mamma. För att övergången ska bli lyckad krävs att personen mår bra, har kontroll på sin nya roll samt positiva sociala relationer. (Meleis, 2010). Meleis har delat in begreppet transition i tre olika områden. Hon menar att en övergång kan vara en utveckling, som att gå från barndom till vuxen. Den kan även vara situationsbunden, att en ny familjemedlem tillkommer eller försvinner, och den kan vara att gå från frisk till sjuk. Graviditeten är således en övergång som är situationsbunden. Reaktioner som kan uppkomma under en övergång kan vara ångest, oro, förändrad jag-bild eller förändring av rolluppfattning (Chick & Meleis, 1986).

Föräldraskapet och graviditeten är en av de största förändringar människan går igenom. En övergång kännetecknas av en ny situation som kräver att individen tar in ny information och anpassar sig till något nytt. Detta gör att individens definition på sig själv

också ändras, övergången som sker postpartum och i närhet av vårdpersonal kräver uppmärksamhet och stöd från vårdpersonalen (Meleis, 2010). Under graviditeten kan denna förändring som sker innebära en känsla av förlorad kontroll. Blivande mammor börjar genomgå en övergång redan tidigt under graviditeten, ofta innan de ens träffat en barnmorska eller läkare. Inom mödravården är detta begrepp relevant då övergången till föräldraskapet påverkas av hur förberedda föräldrparet är på barnets ankomst, det vill säga hur föräldrautbildningen förberett de blivande föräldrarna (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010). Förändringen som en kvinna genomgår då hon ska bli mor är både på det fysiska och på det psykiska planet. Att stödja kvinnan in i moderskapet är en viktig uppgift för hälso- och sjukvården (Berg & Premberg, 2010). Att vänta barn är en upplevelse som skiljer sig från person till person, men kunskap om det den allmänna upplevelsen är till hjälp för vårdpersonal när man stöttar och vårdar dessa patienter (Chick & Meleis, 1986).

I en Engelsk studie av Deave och Johnson (2008), upplevde vissa män att förlossningen innebar mycket oro över kvinnan och barnet. Det kunde ta lång tid innan de känslorna försvann och de förvärrades om inte paret lämnades ifred efter förlossningen. Många män uppgav att de hade få personer att vända sig till för att få stöd inför förlossning och föräldraskap, några menade att de inte hade någon alls men det vanligaste var att de hade någon kollega från arbetet. Få män nämnde sin egen fader som en källa till stöd, till skillnad från kvinnorna som förväntades och kände sig trygga med att vända sig till sina mödrar eller väninnor. De män som nämnde sina fäder menade att upplevelsen av faderns roll som förälder hade lett till att de skulle bli helt annorlunda som föräldrar själva. Föräldrarna upplevde brist på sömn, svårigheter med amningsteknik och ändrat parförhållande som svårast att anpassa sig till efter barnets födelse (Schmied, Myors, Wills, & Cooke, 2002). I en Svensk studie visar man att trots att förändringen till föräldraskapet är stor och att det påverkar rollerna och dynamiken i familjen, så klarar de flesta föräldrar av denna förändring bra (White, Wilson, Elander, & Persson, 1999).

### **Empowerment**

Begreppet Empowerment introducerades i USA under slutet av 70-talet och användes för att stärka utsatta grupper i samhället. De professionellas ensamrätt på kompetens ifrågasattes, där den bättre vetande ex läkaren bestämde och den okunniga ”vanliga” människan förväntades lyda. Önskan var att ”vanligt folk” skulle få kunskap för att



kunna fatta beslut i frågor som var av vikt för dem själva och den egna gruppen (Forsberg, Hagquist, & Starrin, 1997). Styrka överförs och individen får makt och frihet att fatta sina egna beslut. Det ger en känsla av kontroll och ökad makt över sitt liv (Rodwell, 1996). Enligt Alma Ata Deklaration ska hälso- och sjukvården göra det möjligt för människor att öka kontrollen över, och förbättra sin hälsa (World health organization, 1978). För att människor ska kunna öka kontrollen över sina liv krävs att de känner sig värdefulla, har tillit till sig själv och andra och att de tror sig ha möjlighet att fullfölja handlingen (Forsberg, et al., 1997). Vikten av att tillvarata patientens egna kunskaper och erfarenheter och att med ett pedagogiskt förhållningssätt delge kunskaper inom sexuell- och reproduktiv hälsa beskrivs i kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Socialstyrelsen, 2006).

Enligt en svensk studie av Hermansson och Mårtensson (2011), definieras empowerment inom barnmorskeyrket som en fortgående dynamisk och social process mellan barnmorskan och paret som bygger på ett förtroendefullt samarbete, som är baserat på ömsesidig respekt och integritet. Genom att paret får kunskap om den kommande processen tas deras egna resurser tillvara och det ger dem möjlighet att själva göra ett informerat val. En vårdande och stödjande omgivning samt kunskap inom området är nödvändiga komponenter för att detta ska fungera. Man skriver även om vikten av att barnmorskan själv är stärkt i empowerment för att ha kunskap om föräldrarnas förmåga att hantera nya situationer samt kunskap om hur man tillvaratar deras egna resurser. Kirkham (1999), menar att om barnmorskans yrke går ut på att stärka kvinnor måste barnmorskorna själva bli stärkt för att klara detta. Empowerment används enligt Halvorsdottir och Karlsdottir (1996), för att beskriva effekten barnmorskans bemötande har på patienten, hon beskriver det vårdande mötet som en bro, en väg till bra bemötande som ger patienten en känsla av hälsa och välbefinnande. Barnmorskan inger trygghet och patienten får ökat självförtroende och en känsla av att kunna vara sig själv. Det icke vårdande mötet beskrivs som en mur som står i vägen och beskrivs då barnmorskan upplevs inkompetent, likgiltig, undvikande vilket leder till en mur mellan patienten och barnmorskan. Effekterna av detta blir minskad upplevd hälsa och välbefinnande och patienten får en känsla av att vara nedslagen.

I en brittisk studie upplevde många kvinnor att barnmorskan la mer vikt vid kliniska arbetsuppgifter än att sitta ner, lyssna och medverka i diskussionen som krävdes för att

de skulle kunna fatta välinformerade beslut. Vissa kvinnor var mycket medvetna om att barnmorskorna var upptagna och ställde därför färre frågor. Barnmorskor som stod vid kvinnans sida då hon skulle fatta svåra beslut fick stort förtroende och beskrevs som mycket värdefulla och respekterade (Kirkham, Stapleton, Thomas, & Curtis, 2002).

## **TIDIGARE FORSKNING KRING UPPLEVELSEN AV FÖRÄLDRASTÖD I GRUPP**

I en artikel av Weiner, Billamay, Partridge och Martinez (2010), beskrivs att kvinnor i staden Vientiane i Laos fick genomgå ett tio minuters utbildningsprogram om grundläggande neonatalvård på en kvinnoklinik. Detta gjordes för att minska spädbarnsdödligheten i området. Studien visade att kvinnorna tog till sig kunskapen mycket bra oavsett utbildningsnivå. Informationen som främst rörde vården av barnet visade sig vara mycket effektiv och ledde till mindre spädbarnsdödlighet. Man har i denna studie dragit slutsatsen att föräldrautbildning är mycket effektiv även inom utvecklingsländerna, där föräldrautbildningen inte är utvecklad och föräldrarna ofta är mindre utbildade. En annan studie av Arteta-Pinedo et al. (2010) från Bizkaia i norra Spanien stryker detta, där kan man se en tydlig fördel med föräldrautbildning, men det kan också skilja sig mellan olika grupper som lever i landet. Här erbjuds gratis mödrahälsovård med barnmorskor och gynekologer som följer graviditeten och alla kvinnor erbjuds föräldrautbildning. Studien visar att spanska kvinnor har fördel av föräldrautbildning bland annat genom minskad ångest vid förlossning, det gällde dock inte invandrarkvinnorna. Detta innebär att det är viktigt att utvärdera behovet hos hela befolkningen av föräldrautbildning, och att hela tiden sträva efter att möta behovet hos alla föräldrar.

En australiensisk studie av Schneider (2001), beskriver 13 kvinnors upplevelser av föräldrautbildningen. Föräldrarna betalar för utbildningen och kan själva välja om de vill gå på offentlig eller privat föräldrautbildning. Generellt var det sex utbildningstillfällen på två timmar, varav tio timmar förlossning och två timmar om föräldraskap. Kvinnorna var mycket intresserade av att få information om hur förlossningsvärkarna skulle börja, hur man kunde veta att de var ”riktiga” och när man skulle åka till sjukhuset. De var även intresserade av smärtlindring, speciellt epiduralbedövning. Många kvinnor förväntade sig att få information om hur man tar hand om barnet, såsom mönster i beteendet vid gråt, matning och sömn. Det visade sig vara mycket lite information om detta i ut-

bildningen. Informationen angående amning varierade enligt deltagarna, alla fick information om fördelarna med amning, men vissa hade inte fått information om eventuella svårigheter med amning såsom inåtvända eller platta bröstvårtor och hur dessa problem kunde övervinnas. Även information om olika amningsställningar och hur man får barnet att ta tag i bröstet saknades. Kvinnorna upplevde att för mycket tid lades ner på information om förlossningen, de hade istället velat ha mer information om igångsättande av värkar och episiotomi (klipp) samt hur man sköter såret efteråt. De hade även velat ha mer information om obehag efter att barnet fötts och hur de kunde komma att må psykiskt de första dagarna hemma. Kvinnorna önskade att informationen skulle vara presenterad på ett sådant sätt att deras partner skulle förstå och uppskatta den.

I en annan studie från Australien av Schmied et al. (2002), har man jämfört kvinnor och mäns upplevelse av traditionella föräldragrupper, där män och kvinnor är blandade med en grupp som är könsspecifik med män och kvinnor i olika grupper. Föräldrautbildningen hålls av en barnmorska och en sjukgymnast och det som tas upp är graviditet, förlossning, föräldraskap och parrelationen. Det visade sig att deltagarna i den könsspecifika gruppen var mer nöjda och ansåg sig ha mer nytta av utbildningen. De ansåg att den viktigaste delen i utbildningen var stödet från de andra deltagarna. Nolan (2009) har gjort en sammanställning av andra studier som handlar om föräldrautbildning. Här kan man läsa att forskning saknas på hur kvinnor och deras familjer upplever kvalitén på föräldrautbildningen, och huruvida den tillmötesgår deras behov. I resultatet på denna studie visar man att kvinnor främst upplever att en god kvalitét på föräldrautbildning uppstår när utbildningen sker i mindre grupper, så att kvinnorna får möjlighet att samtala med varandra och utbyta erfarenheter. De vill få utrymme att tala med varandra och inte bara få information av ledaren för utbildningen.

En svensk studie av Larsson (2009) undersöker hur internet används som informationskälla av gravida kvinnor, visar att omkring 80 % söker information om graviditet, förlossning och vård av barn på internet. Många anser att informationen är pålitlig och diskuterar den inte alltid med sin barnmorska. I en studie gjord i Sverige av Fabian, Rådestad och Waldenström (2005), angav en majoritet av föräldrarna att de haft nytta av föräldrautbildningen inför förlossningen, och 40 % uppgav att det hade hjälpt dem under tidigt föräldraskap. De som upplevde sig ha mest nytta av utbildningen hade haft fler utbildningstillfällen. Deltagarna i föräldrautbildningen använde dock epiduralbedövning

i högre grad än de som inte deltagit. Samma svenska studie visade att ca hälften av kvinnorna hade kontakt med någon av de andra deltagarna efter ett år. En interventionsstudie gjord av Bergström, Kieler och Waldenström (2010) undersökte hur förstagångsföräldrar på mödravårdscentraler i hela Sverige upplevde föräldrautbildningar som var inriktade på två olika sätt. Interventionsstudie innebär att forskaren delar in respondenterna i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp, och jämför därefter resultatet mellan grupperna. Båda grupperna i studien fick lika gruppstöd avseende längd i tid och antal träffar, men o den ena utbildningen som kallades naturell fokuserades på förlossningen och inkluderade psykoprofylax. Deltagande föräldrarna lottades slumpmässigt till in i en av två grupper. Resultatet i studien visar att interventionsgruppen, som fick en utbildning som fokuserade på förlossning och psykoprofylax, i högre grad värderade att deras förväntningar på föräldrautbildningen tillfredsställdes samt skattade att utbildningen hade högre kvalitet än standardutbildningen som fokuserade på förlossning och förberedelse inför föräldraskapet. Studien visade också att kvinnorna i båda grupperna var mer nöjda med föräldrautbildningen än vad männen var. Resultatet visar dock att föräldrarna genomgående inte är helt nöjda med förlossningsförberedelserna i någon av utbildningarna. Av de tre komponenter som fanns med på utbildningen var föräldrarna minst missnöjda med förlossningsförberedelserna, och mest missnöjda med förberedelserna inför föräldraskapet. En annan svensk studie av Erlandsson och Häggström-Nordin (2010), visar att männen upplever att de traditionella könsrollerna fortfarande är befästa inom utbildningen och att det finns mycket att jobba på för att förbättra jämställdheten.

I en engelsk studie av Deave och Johnson (2008), såg många män föräldrautbildningen som en besvikelse och kände sig ofta exkluderade. Samtidigt förstod de att det var tvunget att vara mer fokus på kvinnan men önskade att något var menat speciellt för dem så att de hade känt sig mer involverade. En önskan om att även de skulle få telefonnummer för kontakt med mödrahälsovården framfördes. Många män hade svårt att komma ifrån arbetet för att delta i utbildningen och kände sig ledsna över att ha missat något. De förstod att utbildningstiderna inte kunde passa alla men tyckte att lite hade gjorts för att tillgodose deras behov. Några män önskade att en träff skulle vara särskild anpassad till dem och att de då kunde få en översikt över vad som var viktigt för dem att veta. Denna enda tid skulle då vara lättare för mödrahälsovården att lägga på en mer anpassad tid. Männens huvudkälla för att inhämta information var att diskutera inform-

ationen de fått med sin partner, även informationsblad som delades ut samt en lättförståelig bok sågs som värdefullt informationsmaterial. Männen fick även information från kollegor, familj och vänner, internet sågs som en viktig källa. Männen kände sig frustrerade över bristen på information som var riktat speciellt till blivande pappor från mödrahälsovården. Det de önskade information om var deras nya roll som pappa, praktiska aspekter som att ta hand om barnet samt förändringar i förhållandet. Något som sågs som mycket värdefullt var att prata med andra föräldrar som just genomgått en förlossning och upplevelsen av att ta hand om ett nyfött barn. Männen tyckte det var mycket viktigt med information inför förlossningen, de som hade varit med om ett kejsarsnitt var oroliga då det var så mycket personal på rummet och trodde då att något var fel. Många män upplevde en försämrad parrelation efter barnets födelse och hade varit hjälpta av att få information om detta under föräldrautbildningen (Deave & Johnson, 2008).

### **Problemformulering**

Det finns i dagsläget en hel del forskning på hur föräldrautbildningen fungerar i olika länder, men vi menar att de saknas en studie på hur den upplevs idag av föräldrar i Sverige. Vi är intresserade av upplevelsen av föräldrautbildning för att veta om utbildningen tillgodoser och bemöter föräldrarnas behov och förväntningar idag.

### **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva föräldrars upplevelse av föräldrastöd i grupp inom mödrahälsovården

### **METOD**

Då syftet med studien var att beskriva föräldrars upplevelse av föräldrautbildning inom mödrahälsovården valdes en kvalitativ ansats som metod. Kvalitativa metoder bygger enligt Malterud (2009) på tolkning av mänskliga erfarenheter. Metoden används för att förstå och utforska andra människor genom analys av textmaterial som samlats in och tolkats från samtal eller observationer. Inom den kvalitativa forskningen menar man att sanningen ligger i betraktarens ögon. En text som analyseras ska därför ses i sitt sammanhang. I den kvalitativa forskningsprocessen växlar forskaren mellan närhet och di-

stans till det som studeras. Forskaren blir på det sättet medskapare till forskningsprocessen.

Intervju sågs som en lämplig metod och användes som datainsamlingsmetod till studien. Kvalitativ intervju används för att försöka förstå världen ur intervjupersonens synvinkel och syftar till att ta reda på andra människors upplevelser, uppfattningar och meningar (Kvale, Brinkmann, & Torhell, 2009). Vid narrativa intervjuer berättar intervjupersonen fritt om sina upplevelser och forskaren blir genom att stimulera berättandet medskapare till texten (Lundman & Graneheim, 2008).

Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att hantera stora mängder data och användes till en början främst med en kvantitativ ansats (Krippendorff, 2004). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar istället på att tolka texter och används inom beteendevetenskap, vårdvetenskap och humanvetenskap (Lundman & Graneheim, 2008). Metoden används för att ta fram intressant information genom generaliseringar, utan att förlora det viktiga innehållet (Downe-Wamboldt, 1992). Fokus ligger på att beskriva variationer genom identifiering av skillnader och likheter i texten. Ansatsen kan vara induktiv och deduktiv, den deduktiva analysmetoden utgår från en redan utarbetad mall, teori eller modell t.ex. omvårdnadsdokumentation. Induktiv analys är en förutsättningslös analys av någons berättelse av ex en upplevelse av något (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

Enligt Lundman och Graneheim (2008) beskrivs analysprocessen utifrån begreppen; *analysenhet, domän, meningsenighet, kondensering, abstraktion, kod, underkategori och tema*. Första bestäms vad som är analysenheten, ex intervjuer eller dokument. Hela intervjun eller dokumentet betraktas som en analysenhet. Det är viktigt att analysenheten är stor nog för att utgöra helheten men liten nog för att vara möjlig att analysera. Sedan kan texten delas in i områden, så kallade domäner som identifieras med låg tolkningsgrad. Ur domänerna tas meningsenheter ut, vilket är betydelsefulla delar av texten. I nästa steg kondensering, kortas texten ner så den blir mer lätthanterlig, det centrala innehållet bevaras ändå. Texten abstraheras vilket gör att innehållet lyfts till en högre nivå, texten jämförs sedan med meningsenheter och kondenserad text. Koder skapas, vilka kortfattat beskriver innehållet i meningsenigheterna. Inga data som är relevanta för

syftet får uteslutas på grund av att det inte finns en lämplig kategori. Detta kan vara svårt att tillgodose då texten handlar om upplevelsen av något som kan passa i flera kategorier. Koderna utgör sedan grunden för underkategorier och huvudkategorier. Underkategorierna består av flera koder med liknande innehåll och huvudkategorierna består av underkategorier med liknande innehåll. Benämningen på en kategori svarar på frågan vad? Den underliggande innebörden i flera kategorier kan sedan bilda svar på frågan hur? (Lundman & Graneheim, 2008).

## **URVAL OCH DATAINSAMLING**

Målgruppen för denna studie var blivande förstagångsföräldrar som deltagit i traditionell föräldrautbildning vid en västsvensk barnmorskemottagning. Traditionell föräldrautbildning betyder att utbildningen erbjuder deltagande till alla föräldrar, utan hänsyn till grupper med särskilda behov som erbjuds annan utbildning, och innefattas i mödravårdens basprogram (SOU 1997:161). Utbildningen bestod av fyra träffar, två timmar vardera, där graviditet, förlossning, smärtlindring, föräldraskap och parrelationen diskuterades. Föräldrapar blev tillfrågade av barnmorskan under föräldrautbildningen om de ville delta i studien, de fick då lämna namn och telefonnummer. En av oss författare ringde sedan upp dem för att fråga om de fortfarande var intresserade av att delta. Alla informanter erhöll information om studien samt skrev under samtyckesformulär, se bilaga 3. Sex informanter intervjuades, en intervju föll bort pga. tekniska fel. De informanter som valde att delta i studien var alla kvinnor och studien visar då föräldrars upplevelser genom kvinnors berättelser. Intervjuerna skedde på barnmorskemottagningen efter återbesöket hos barnmorskan och vid en tidpunkt som kvinnorna själva hade valt. Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant, varje intervju tog mellan 30-45minuter. Frågor som ställdes var: *Kan du beskriva vad föräldrautbildningen har betytt för dig? Var det någon speciell del som varit viktigare? Hur var utbildningen uppbyggd, vad var fokus? Tycker du att utbildningen var bra anpassad vad gäller tider så att ni båda kunde delta? Lärde ni känna varandra i gruppen? Är det något du skulle vilja ändra eller lägga till i utbildningen?*

## **DATAANALYS**

I studien användes induktiv ansats och intervjuerna spelades in på band. Bandinspelning är lämpligt när man ska behandla samtalsdata för att så bra som möjligt kunna återge informantens mening. Intervjuerna avlyssnades och skrevs av ordagrant för att så nära

som möjligt avspegla det informanten menat enligt Malterud och Midenstrand (2009). Innehållet i intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Graneheim (2008). Meningsenigheter plockades ut, kondenserades, abstraherades och blev sedan benämnda med koder. Koderna jämfördes för att hitta skillnader och likheter, de sorterades sedan in under ett antal underkategorier som i sin tur utformades till huvudkategorier. Se tabell 1.

Tabell 1 Exempel ur analysprocessen

Meningsenigheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
<i>Gruppen var den största behållningen, alltså att man paras ihop med folk</i>	Gruppens betydelse Att träffa andra	Grupptillhörighet- att träffa andra i samma situation	Gruppen av stor betydelse

## TROVÄRDIGHET

För att bedöma om ett resultat anses vara giltigt, dvs. sant, kan man gå tillbaks till intervjupersonerna och fråga om de tycker resultatet i huvudsak stämmer. Man kan även välja att ha med citat i texten. En noggrann beskrivning av hur analysen är gjord gör att resultatets tillförlitlighet stärks. Resultatets överförbarhet på andra grupper eller situationer stärker trovärdigheten. Forskaren kan ge förslag på hur resultatet kan användas, det är dock upp till läsaren om detta är möjligt. För att underlätta denna bedömning bör forskaren ge en noggrann beskrivning över hur man gjort urvalet av deltagare samt val av analysmetod (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008). Att resultatet är överförbart är en förutsättning för att forskningen ska kunna användas av andra. Området som studeras bestämmer hur kunskapen sträcker sig i tid och rum. Här är det viktigt att kritiskt granska om relevanta begrepp har använts samt att man verkligen studerat det man avsåg. För att stärka att arbetet är vetenskapligt är det av stor vikt att forskaren är medveten om svagheter och begränsningar i sin forskning och belyser detta i texten (Malterud & Midenstrand, 2009). Forskarnas förförståelse är en viktig del i processen vid en kvalitativ studie då resultatet färgas av tolkningen som görs av texten (Lundman & Graneheim, 2008). Förförståelse är det bagage som forskaren bär med sig och färgas av erfarenheter och hypoteser vi har. Att forskarens förförståelse blir tydlig



för läsarna är viktigt för att läsarna ska förstå hur resultatet växt fram (Malterud & Midenstrand, 2009).

Vår bakgrund som sjuksköterskor och barnmorskestudenter gör att vi i vår yrkesroll har vana att samtala med patienter/klienter. En av oss författare har själv fått barn under studiens gång, vilket även kan ha påverkat tolkningen genom egen erfarenhet. En kontinuerlig diskussion har därför förts om detta. Författarna har validerat studien genom att ha varit två som har arbetat med texten och då kunnat diskutera hur svaren uppfattats, samt även knutit an underkategorier och kategorier till citat från intervjuerna.

## **FORSKNINGSETIK**

Studien genomförs inom ramen för högskoleutbildning av student och behövde därför inte prövas enligt etikprövningslagen (SFS 2003:615). Helsingforsdeklarationens forskningsetiska principer: informationskrav, samtycke, konfidentialitet och rätt att avbryta sin medverkan tillgodosågs (World medical association, 2008). Informanterna fick skriftlig information om studiens syfte samt deltagarens uppgift i studien, att deltagandet är helt frivilligt, samt att de kan dra sig ur när som helst. Informanterna fick skriva under ett godkännande om deltagande och gav då sitt samtycke till att delta. De fick även information om att allt intervjumaterial skulle avidentifieras och kodas för att behandlas konfidentiellt. Personuppgifterna skyddas på ett sådant sätt att utomstående inte kan identifiera informanterna. Risker med att känslor rivs upp under intervjun går ej att förebygga, men då intervjuerna sker med informanter som är inskrivna på MVC kan de få stöd med hjälp av samtal om detta behövs efter intervjun.

Värdet av att kunna bidra med ny kunskap som eventuellt kan vara del i framtida förbättringar av föräldrautbildningen såg vi som större än de eventuella negativa konsekvenserna för föräldrarna.

## **RESULTAT**

Informanterna som deltog i studien var förstagångsföräldrar, samtliga kvinnor. De deltog i föräldrautbildningen som gavs inom mödrahälsovården i Västra Götaland. Genom kvalitativ innehållsanalys identifierades fyra huvudkategorier samt tolv underkategorier, se tabell 2. Resultatet presenteras utifrån dessa huvudkategorier som är: *Utbildningens*

*utformning, gruppen av stor betydelse, parrelationen upplevs viktig att diskutera och paret har olika förutsättningar.*

Tabell 2 Kategorier och underkategorier

Information stärker förstagångsföräldrar Informationen om amning upplevs både bra och dålig För mycket fokus på förlossning Tillgängligheten på utbildningen	Utbildningens utformning
Grupptillhörighet - att träffa andra i samma situation Diskussion i gruppen Fokus på information	Gruppen av stor betydelse
Samtal om parrelationen var givande Önskemål om en expert som pratar om relationen	Parrelationen upplevs viktig att diskutera
Mammorna pålästa, papporna mindre förberedda Papporna är utanför, fokus på mammorna Papporna i egen grupp	Paret har olika förutsättningar

## UTBILDNINGENS UTFORMNING

### **Information stärker förstagångsföräldrar**

Att bli förälder för första gången var något som var nytt och omvälvande som paren inte kände till sedan tidigare. Föräldrarna kände sig osäkra på sin roll och hur de skulle bete sig. Flertalet av föräldrarna uttryckte att den informationen de erhöll i föräldragruppen hjälpte dem och gjorde dem mindre osäkra i sin föräldraroll.

*”Ja, det är bra information och sådär, man är ju osäker när det är första barnet”*

Informationen föräldrarna erhöll kunde handla om allt från skötsel av barnet till smärtlindring under förlossningen. Upplevelsen av att få information kontinuerligt under hela utbildningen var något som stärkte paret. I resultatet framkom att föräldrautbildningen var ett bra forum för att få diskutera sin osäkerhet som förstagångsförälder.

*”Bra om man pratar om att det kan ta ett tag innan man känner sig trygg och säker med barnet. Att det kan vara väldigt jobbigt i början, man känner ju inte varandra”*

### **Informationen om amning upplevdes både bra och dålig**

Informationen föräldrarna erhöll om amning var något som de flesta upplevde sig nöjda med. Många uttryckte att amningen var något de inte funderat så mycket på före föräldrautbildningen, utan något de tagit för givet att det bara skulle fungera. Med hjälp av muntlig information och praktiska hjälpmedel fick föräldrarna ny kunskap och nya insikter om detta.

*”Vi pratade om amning och de visade med en docka, det var ju bra. De sa att det fanns ersättning och visade hur man skulle amma, vi fick kolla på en film och så”*

Det fanns även de som upplevde att informationen om amning inte var bra. Några mammor upplevde att informationen om amning bidrog till stress, ett krav på prestation. De fick en känsla av att det var något de var tvungna att klara av för att vara en bra mamma. Det fanns en önskan om att barnmorskan skulle berätta att det fanns alternativ om amningen inte fungerar.

*”Vill inte ha för mycket fokus på amningen för det blir för mycket press, bra om man pratar om att det är ok om det inte funkar med amningen och att det finns ersättning”*

En förälder som läst på mycket om graviditet, förlossning och skötsel av barnet upplevde att en del av informationen de fick om amning inte stämde.

*”Viss information var rent felaktig, när barnmorskan sa att man inte ska dricka alkohol alls medan man ammar”*

Mamman tyckte att barnmorskan inte hade underlag för det hon sa då det inte stämde med den information hon själv läst sig till, detta ledde till minskat förtroende för barnmorskan.

### **För mycket fokus på förlossning**

Av de föräldrar som uttryckte missnöje över informationen på utbildningen upplevde vissa att det var för mycket fokus på förlossningen och att de då inte fick tillräcklig information om tiden efter förlossningen. Föräldrarna uttryckte att de i efterhand insåg att det var svårt att fokusera på annat än förlossningen under föräldrautbildningen, men trots detta menar de att det hade varit bra med mer information om skötsel av det nyfödda barnet.

*”Som blivande förstföderska har man svårt att fokusera på annat än förlossningen, men i efterhand tycker jag att det hade varit bättre att prata mer om tiden efter, när barnet kommit”*

### **Tillgängligheten på utbildningen**

Tiderna på föräldrautbildningen var anpassade så att båda föräldrarna kunde delta, och samtliga föräldrar deltog. Alla blivande mammor beskrev att deras män kunnat delta i föräldrautbildningen, men att det i vissa fall varit på grund av att de haft flexibla arbetstider.

*”Fick gå lite tidigare från jobbet, min man fick stressa lite men det gick bra”*

Alla par ansåg att det var en självklarhet att både mamman och pappan skulle delta och att tiderna skulle vara anpassade så att det fungerade för båda.

## **GRUPPEN AV STOR BETYDELSE**

### **Grupptillhörighet- att träffa andra i samma situation**

Att uppleva grupptillhörighet och ingå i ett socialt sammanhang var något som uppfattades som positivt. Föräldrarna menade att det var givande att träffa andra i samma situation, och att det var bra att få dela tankar och erfarenheter med andra blivande föräldrar.

*”Trevligt att träffa andra mammor och pappor. Jättebra att bara få sitta och prata”*

Föräldrarna uttryckte att föräldragruppen stod för social gemenskap även efter att barnet var fött, och de planerade att fortsätta träffas efter förlossningen för att ta promenader och fika. För föräldrapar som bytt bostadsort under graviditeten var det väldigt bra att träffa andra blivande föräldrar för att få ett socialt nätverk. Genomgående svarade föräldrarna att de tyckte att gruppen var den stora behållningen av föräldrautbildningen.

*”Ett av paren träffar vi, det är ju roligt. Gruppen var den största behållningen, alltså att man paras ihop med folk. Vi har ju precis flyttat också så för oss var det toppen”*

En annan mamma i samma situation uttryckte samma åsikt.

*”Vi är nyinflyttade så det är bra att lära känna andra mammor”*

De flesta upplevde att det var en trevlig grupp, men att det var för lite fokus på gruppen och att det fanns för lite tid att prata med varandra. Föräldrarna hann inte lära känna varandra, vilket resulterade i att de inte hade kontakt med de andra föräldrarna efter barnets födelse.

*”Fokus låg inte på oss i gruppen utan på att ge information. Tråkigt att man inte fick prata med de andra i gruppen om hur de upplevt sin graviditet”*

### **Diskussion i gruppen**

I resultatet framkom att föräldrarna hade ett behov av att få diskutera med de andra i gruppen under föräldrautbildningen, att inte ha möjlighet till detta uttrycktes som en

negativ upplevelse. När diskussionen fungerade och föräldrarna gavs möjlighet att uttrycka sina egna tankar och känslor bidrog det till en känsla av gruppgemenskap, att alla var i samma situation och förstod varandra. Det upplevdes bättre att diskutera i gruppen med hjälp av barnmorskan än att bara erhålla information. Under föräldrautbildningen fokuserade dock barnmorskan oftast på att informera snarare än att ge gruppen utrymme att diskutera.

*”Föräldrakursen hade varit ett bra tillfälle att diskutera, med hjälp av barnmorskan, istället för att bli passivt informerad”*

Det framkom även i resultatet att det var viktigt att gruppens resurser togs tillvara, då alla har egna erfarenheter att bidra med.

*”Föräldraskap och upplevelsen av att föda barn är väldigt olika, finns säkert lika många upplevelser som det finns människor som föder barn”*

### **Fokus på information**

Ibland upplevde föräldrarna att det var för mycket information, att de mest blev passivt informerade och att de fick information som de inte var mogna att höra före förlossningen. Många upplevde att informationen var bra, vissa tyckte att informationen om t.ex. förlossning eller amning var extra viktig. Även informationen om vilken smärtlindring som fanns att tillgå upplevdes som bra. Föräldrarna var dock inte enbart nöjda med informationen de fått på föräldrautbildningen. De menade att informationen var på en låg nivå, och fick dem att känna sig som skolbarn. Informationen upplevdes ibland subjektiv då barnmorskan som höll i utbildningen lade sina egna värderingar i informationen hon gav.

*”Fick mycket värderingar matade till sig beroende på vilken som pratar och det tycker jag är lite farligt. Jag ifrågasätter och försöker ta till mig det jag tycker är rimligt”*

Föräldrarna menade att de pratade om det nyfödda barnet men att det inte räckte, mer information om detta önskades efterhand. Även om informationen var bra så var den

otillräcklig. Även tidsbrist uttrycktes som en orsak till upplevelsen av otillräcklig information hos föräldrarna, de ansåg att träffarna var för få och att det fanns för lite tid till samtal.

## **PARRELATIONEN UPPLEVS VIKTIG ATT DISKUTERA**

### **Samtal om parrelationen var givande**

Att få kunskap om hur relationen kan förändras efter barnets födelse var något som upplevdes viktigt att erhålla. Föräldrarna kände en oro över hur relationen kunde komma att påverkas av barnets födelse, de föräldrar som fått möjlighet att diskutera detta ansåg att det var mycket användbar information.

*”De pratade om vad som händer i förhållandet när man fått barn, det var bra”*

I resultatet framkom att både kvinnor och män uttryckte ett behov av att få diskutera relationen.

*”Det bästa var diakonissan från kyrkan som pratade om förhållandet. Det tyckte även min man”*

### **Önskemål om en expert som pratar om relationen**

Under föräldrautbildningen informerades föräldrarna om att problemen kan uppstå i relationen, men inte alltid hur de kunde lösas. Vissa föräldrar ansåg att det inte räckte att diskutera parrelationen i gruppen med hjälp av barnmorskan. I resultatet framkom att de saknade en familjeterapeut eller psykolog som kunde lyfta ämnet och prata om problemlösning i relationen efter barnets ankomst.

*”Jag vet att många relationer spricker under småbarnsåren och att det är lätt att sjunka in i stereotypa könsroller och få en o jämslälld relation när man får barn. Det vore bra för både barnet och parrelationen om man blev förberedd på detta och fick diskutera kring det på föräldrakursen”*

## **FÖRÄLDRARNA HAR OLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR**

### **Mammorna pålästa - papporna mindre förberedda**

Genomgående berättade kvinnorna hur de under graviditeten själva aktivt sökt information om graviditet och förlossning, och de var överens om att informationen var lätt att hitta. De fann information bl.a. i böcker, på internet och via barnmorskan på mödrahjälssovården.

*”Det mesta visste jag redan, eller kunde jag lätt ta reda på själv*

*Information kan man lätt hitta själv via böcker, internet eller sin barnmorska”*

Kvinnorna berättade även att männen inte sökt lika mycket information och var därför i större behov av information på föräldrautbildningen.

*”Han läste nog inte så mycket böcker så han hade nog mer nytta av utbildningen”*

*”Min man var inte med på mödravården så ofta så han missade en del där”*

Det framkom av resultatet att mycket av det som föräldrautbildningen handlade om var sådant kvinnorna redan kände till. De ansåg dock att viss information var bra att upprepa och att vissa saker var bra att diskutera i gruppen, med hjälp av barnmorskan.

*”Skönt att sitta och lyssna och få ställa frågor, men det mesta som sades har jag läst mig till”*

### **Papporna är utanför, fokus på mammorna**

Alla föräldrar upplevde att det var för lite fokus på den blivande pappan under föräldrautbildningen, fokus låg mestadels på kvinnorna. Detta sågs som något negativt. När mannen gjordes delaktig i diskussionen eller fick tips på hur han kunde stötta kvinnan inför förlossning uttryckte alla att detta var något bra, men de motsatta exemplen var betydligt fler.



*”Alla papporna var med alltid, de kände nog inte riktigt att det var för dem direkt”*

Föräldrarna berättade att papporna kände sig utanför och inte gjordes delaktiga. Männen blev under föräldrautbildningen lovade ett tillfälle då en man skulle komma och prata med dem om pappans roll, men det blev inställt. Detta blev en besvikelse både för männen och kvinnorna, männen kändes då inte viktiga och prioriterade.

*”Det har väl varit mest fokus på kvinnorna, inte så mycket på papporna. För lite på papporna”*

Några föräldrar berättade att männen var välkomna och gjordes delaktiga på träffarna före förlossningen, men att de uttryckligen inte var välkomna på återträffen. Detta upplevdes som tråkigt och onödigt av båda föräldrarna.

*”Papporna uppmanades att inte komma till återträffen, efter att bebisarna fötts. Den skulle vara bara för tjejerna eftersom -ibland behövs det en liten kvinnovärld, som barnmorskan sa”*

Många uttrycker en osäkerhet runt pappans roll under graviditet och förlossning, och att detta var något de hade önskat få prata och få råd om under föräldrautbildningen.

*...”Skulle vara mer fokus på pappan och deras roll. Vad de kan göra för att stötta. Hade velat ha mer handgripliga förslag”*

En blivande förälder beskrev hur papporna fick vara delaktig i diskussionen om relationen efter förlossning, detta upplevde hon som något positivt. Barnmorskan uppmanade papporna att delta, och engagerar dem i andningsövningar inför förlossningen.

*”Både mammorna och papporna uppmanades att delta, och kursledaren engagerade papporna i andningsövningarna och gav tips på hur man kan vara delaktig och hjälpa till under förlossningen”*

## **Papporna i egen grupp**

Det fanns många exempel på hur föräldrarna upplevde att det saknades fokus på männen. En kvinna beskrev hur hennes man saknade att få prata med de andra männen i föräldragruppen. Något som framkom var att männen hade en önskan om att få sitta i ett eget rum och ventilera sina tankar och rädslor runt förlossning och graviditet.

*”Min man tyckte det var synd att man inte delade upp tjejerna och killarna så de fick sitta och prata om hur de upplevde graviditeten”*

*”Det var synd att de inte fick vara i ett annat rum och ventilera”*

Informationen männen fick var att de skulle stötta kvinnan. Detta upplevde männen som negativt då de fick en känsla av att de inte skulle vara lika viktiga som kvinnan trots att även de snart skulle bli föräldrar.

*”Man pratade mest om killens stöttande roll”*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Vi valde att göra en intervjustudie med kvalitativ ansats. Intervjuer gjordes med föräldrar som deltagit i föräldraundervisning inom mödrahälsovården. Vårt önskemål var att få intervjua föräldrapar, men endast kvinnor kom till intervjuerna. Det kan ses som en brist då männens upplevelser och synpunkter är andrahands information. Några av orosmomenten innan pilotstudien genomfördes var att föräldrarna inte skulle tala självmant, att det skulle bli problem med inspelningarna och att det skulle vara svårt att hitta gemensamma nämnare i resultatet. Svagheter i studien har främst varit vår egen oerfarenhet av att genomföra forsknings- intervjuer. Det är först efterhand som det blivit tydligt vilka följdfrågor som skulle ha ställts och hur en flytande diskussion skulle erhållits. Informanterna har svarat på frågorna och varit intresserade av att ge information, bristen har legat i för smala frågor utan diskussionsmöjligheter. Under intervjuerna var de nyfödda barnen med vilket var en stressfaktor. Även tiden har varit en brist, både tiden vid intervjutillfället men främst tiden som fanns att arbeta med studien. Att inter-

vjuerna spelats in på band har inneburit förlust av en intervju där inspelningen inte fungerade tillfredställande. Fördelarna med intervjumetoden var att frågorna var få och då intervjuerna bandades var det lätt att fokusera på informanten vid intervjutillfället.

Analysen av resultatet har visat sig vara relativt okomplicerad. Mönster utkristalliseras tidigt under analysen och därför känns metoden riktig för syftet. Trots att informanterna varit få har vi sett tydliga samband mellan deras svar. Vi upplever att vi fann en viss samstämmighet i svaren och metoden anses vara god för ändamålet. Studien är dock begränsad vad det gäller både antalet deltagare samt urvalet. För att kunna dra tydliga slutsatser behöver studiens omfattning bli större. Både mammor och pappor behöver inkluderas och intervjuerna bör ske på olika mödravårdscentraler i olika föräldragrupper, gärna i olika delar av landet. En socioekonomisk bredd på deltagarna i studien hade inneburit större variation och ett bredare resultat. En större studie med mer variation bland informanter och platser hade stärkt resultatet och gjort det mer användbart. Studier med kvantitativ ansats kan vara värdefulla för att få en annan infallsvinkel. Förhoppningen är att detta genomförs i framtiden.

## **RESULTATDISKUSSION**

### **Information och utförande**

Att föräldrautbildningen delvis går ut på att informera föräldrarna om allt från förlossning till skötsel av barnet är ett faktum som troligtvis kommer att bestå. I Socialdepartementets utgåva: stöd i föräldraskapet från 1997 finns tydliga mål gällande kunskapsförmedling till föräldrarna, och hur man ger föräldrarna trygghet med hjälp av kunskap. Att föräldrarna är öppna för information stämmer överens med både uppgifterna från litteraturen och föräldrarna i studiens egna upplevelser. Det blivande föräldrarna har ett behov av att få diskutera relationsmönster efter barnets ankomst samt att träffa andra föräldrar i samma situation (Ds 1997:6; SOU 1997:161). Den information som föräldrarna var mest nöjda med enligt studien var just den om hur relationen förändras efter barnets födelse, detta stämmer även överens med tidigare forskning (Schneider, 2001). Föräldrarna beskrev också vikten av att få känna grupptillhörighet, att få tala om graviditet, förlossning och att få information om amning osv. Det stämmer också överens med de mål som finns i litteraturen, bland annat så beskrivs hur föräldrar behöver känna att de är trygga och förberedda på barnets ankomst. Det som blir tydligt är att

målen inte alltid uppnås. Information om amning och smärtlindring verkar nå fram och fungera för nästan alla, medan diskussion om relationen och skötsel av barnet tycks vara bristfällig eller saknas. Detta visar sig även stämma överens med tidigare forskning av Schneider (2001). Föräldrarna vill känna sig förberedda på vad som kommer. Kanske kan man förhindra onödiga separationer om man kan förbereda paret på de utmaningar de har att vänta samt ger dem redskap att hantera dessa? Eller är detta barnhälsovårdens uppgift? För att övergången som föräldraskapet innebär ska bli lyckad så krävs det att föräldrarna känner att de har kontroll över situationen. Övergången (transition) till föräldraskap är en av de största förändringar paret kommer att gå igenom, och det är naturligt att de känner sig osäkra (Meleis, 2010). Detta kräver stöd och uppmärksamhet från barnmorskan. På föräldrautbildningen kan barnmorskan ge föräldrarna en känsla av kontroll genom att utbilda dem om vilka förändringar de kan vänta (Darvill, et al., 2010). Genom att vara uppmärksam, intresserad och ”påläst” som barnmorska gör man alltså skillnad! Stöd till föräldrarna ger man på många olika vis.

Lundgren (2009) beskriver hur barnmorskan under en föräldrautbildning inte kommer att ha möjlighet att täcka alla områden, därför är det bra om hon frågar varje grupp vad just de föräldrarna har behov att diskutera. Föräldrarna ska alltså ges möjlighet att uttrycka vad de vill ha information om och vad de vill diskutera, känsliga ämnen ska ges utrymme om behov finns. Det verkar genomgående i vår studie som att detta inte uppfylls. Föräldrarna uttryckte att de saknade möjlighet att diskutera med de andra föräldrarna, och att de ville ha mer fokus på gruppen och samtalet, vilket styrks av en tidigare studie gjord av Nolan (2009). Även om föräldrarna upplevde att informationen var bra så saknade de att få diskutera och den trygghet som kommer genom att få tala om egna privata funderingar. Vi upplever att den största utmaningen för barnmorskan är att skapa en tillåtande miljö där diskussionen kan pågå på föräldrarnas villkor. Vi menar att det är lättare att ge gruppen föreläsningar och tala om evidensbaserad information, än att låta gruppen fritt diskutera rädslor och funderingar där inget rätt eller fel svar finns att ge. Det stämmer också med den forskning som finns att läsa om vikten av att stödja och stärka paret. En barnmorska som medverkar och uppmuntrar till diskussion upplevs som mer tillitsfull (Kirkham, 1999). Känner föräldrarna tillit till barnmorskan är det större möjlighet att de kommer att kunna känna tillit till sig själva (Forsberg, et al., 1997).

Det samhälle vi lever i är ett informationssamhälle. Information om det mesta om inte

allt finns lättillgängligt att finna och det kan vara svårt för den oerfarne att sälla. De mammor och pappor som deltagit i studien lyfter detta och menar att de redan kan mycket om graviditeten, förlossning och det nyfödda barnet. De har sökt på internet och lånat böcker om ämnet redan innan föräldrautbildningen börjat, vilket också stämmer överens med tidigare forskning av Larsson (2009). Socialstyrelsen beskriver att en del av informationen måste rikta sig till den pålästa föräldern och också aktivt visa hur man hittar evidensbaserad information (Ds 1997:6). Ska då föräldrautbildningen sluta med att ge passiv information? Finns det någon möjlighet att individanpassa informationen till varje utbildningstillfälle? Vi menar att det är viktigt att föräldrautbildningen ger föräldrarna en viss del information. Om de redan läst sig till informationen tidigare kan det vara bra att den upprepas, detta menar också föräldrarna i studien. Man kan heller inte individanpassa varje utbildning då detta är svårt att klara av rent praktiskt. Tidsbristen är en faktor här och en viss mall behöver barnmorskan kunna arbeta efter. Men den kanske går att modernisera? En tanke som uppkommit hos författarna är att man kan ge information i annan form, t.ex. genom broschyrer, böcker eller filmer. Ett annat exempel kunde vara att man startar upp en grupp genom att fråga om de vill att barnmorskan diskuterar smärtlindring eller om det räcker med en broschyr om detta. Det måste naturligtvis finnas möjlighet att ställa frågor om detta vid nästa träff. Om man kan ge information på det viset kan man istället ägna tid åt att diskutera något som gruppen känner behov av, kanske relationen mellan paret. Barnmorskan har en viktig uppgift i att stödja och stärka (empowerment) paret och ge dem en känsla av kontroll. Om barnmorskan visar paret respekt och integritet hjälper hon dem att tro på sig själva. Genom att ge paret information om den process de kommer att gå igenom ger hon dem en möjlighet att göra egna kompetenta val, alltså ger hon dem indirekt självförtroende och känsla av kontroll (Forsberg, et al., 1997). Då det är ett begränsat antal träffar, kan det vara viktigt att man verkligen ger tid åt det gruppen önskar. Då tiden är en ständig källa till stress hos föräldrarna kan information om en återträff lätta oro (Blix-Lindström, 2009). Ett bra bemötande där barnmorskan tar sig tid att samtala med föräldrarna lika mycket som hon ägnar sig åt de kliniska uppgifterna är viktigt för att föräldrarna ska känna sig sedda och trygga (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996). Om barnmorskan efter föräldrautbildningen slut har stärkt paret så att de känner sig trygga inför barnets födelse och sina nya roller, har hon hjälpt dem i övergången till föräldrskapet. Kanske är det den viktigaste uppgiften barnmorskan har.

## **Mamman och pappan i utbildningen**

Pappornas deltagande i föräldrautbildningen ökar, men inte ens hälften av föräldrautbildningarna har riktad information till de blivande papporna (Ds 1997:6). Redan i denna utredning som gjordes 1997 konstaterades det att utbildningen borde kompletteras med fler insatser för papporna. Bland de föräldrar som deltagit i studien var både mamman och pappan delaktiga under föräldrautbildningen. De uppfattade tiderna på utbildningen som tillgängliga för båda vilket upplevdes som bra. Väldigt tydligt i resultatet är dock att papporna även när de deltar i utbildning inte känner sig inkluderade. Alla informanter uttryckte att det var för mycket fokus på den blivande mamman, och att papporna inte fick utrymme att ventilera och uttrycka sina tankar och åsikter. När papporna engageras i andningsövningar inför förlossning eller i diskussion om relationen så uppfattas detta genomgående positivt. Dock överväger känslan av utanförskap för pappan, detta stämmer även överens med tidigare forskning (Deave & Johnson, 2008; Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010). Enligt utredningen tidigt föräldrastöd ska utbildningen utformas med ett genusperspektiv så att män och kvinnor attraheras i lika hög grad. Socialstyrelsen konstaterar att utbildningen ska ges till båda föräldrarna, och anpassas efter bådass behov (SOU 1997:161). Fördelarna med att engagera papporna i utbildningen och framförallt i barnet är slående. Vinsterna är framförallt barnets, papporna som deltagit i föräldrautbildningen tar t.ex. ut mer ledighet med barnet (Johansson & Jons, 2002). Ansvaret mellan mamman och pappan blir mer delat, och man bidrar till en tidig nära kontakt mellan pappa och barn. Vid separationer är det vanligare att papporna förlorar kontakten med sina barn, vilket man också kan motverka när man jobbar för en jämställd relation paret emellan (Ds 1997:6). Barnmorskan kan genom att stödja och stärka paret hjälpa dem i övergången till föräldraskap, som är en av de största förändringar i en människas liv. Denna förändring kan föra med oro, ångest och förändrad rolluppfattning (Chick & Meleis, 1986). Män kan uppleva oro under förlossningen och risken finns även att dessa oroskänslor stannar kvar länge hos mannen efter att barnet är fött. Ofta pratar de inte med någon om denna oro och saknar stöd (Deave & Johnson, 2008). De upplever även att förändringen till föräldraskap är påfrestande för parförhållandet (Schmied, et al., 2002). En lyckad förändring kräver bland annat positiva sociala relationer och ger en medveten och engagerad förälder (Meleis, 2010). Barnmorskan kan stödja pappan genom att vara medveten om detta, och inte bara fokusera på mamman under graviditet och föräldrautbildning. Att vänta barn är en upplevelse som skiljer sig från person till person, men att vara medveten om den allmänna

upplevelsen som förändringen kan föra med sig är till hjälp för barnmorskan när hon ska guida paret under föräldrautbildningen.

Fördelarna med att föräldrautbildningen tar till vara parets resurser och behov och inte enbart kvinnans är alltså många. Att detta inte skedde på föräldrautbildningen som informanterna deltagit i är tydligt då de upplevde att männen blev utanför. Varför klarar då inte mödravården att tillgodose detta? Saknas resurserna, kunskapen eller ser inte mödrahälsovården sin betydande roll? Förstår barnmorskan att hon kan bidra till en jämställd relation genom att belysa detta? För att ge föräldrarna utrymme att ventileras detta kanske det kan räcka med att bara ställa frågan, och låta föräldrarna själva leda samtalet. Vi anser att det är svårt att informera om genus, jämställdhet och relationen då vi inte har tillräckligt med utbildning i ämnet. Men då får vi ställa oss frågan igen om vad som är barnmorskans roll på föräldrautbildningen? Ska vi bara ge föräldrarna evidensbaserad information eller ska vi ge dem utrymme att tala och diskutera om sådant som de själva har ett behov av, oavsett vad vi kan om ämnet? Kanske behövs mer utrymme för just detta? Man kan också diskutera om det finns tillräckligt med resurser för att klara av att hålla ett tillfredställande fokus på jämställdhet. Kanske behövs det en träff på varje utbildning med en expert inom ämnet. Om denna expert är terapeut, socionom eller något annat låter vi vara osagt, men det kanske är något som barnmorskan skulle vara hjälpt av. Kanske kan man bjuda in föräldrapar som nyss fött barn för att delge sina upplevelser efter barnets födelse vilket framkom som positivt i en studie av Deave och Johnson (2008). Johansson och Jons (2002) beskriver utbildningar som fokuserar mycket på pappans roll med hjälp av pappa-utbildare och särskilda pappagrupper. Med hjälp av dessa experter når man positiva resultat med engagerade pappor.

Det vi funnit i studien som inte framkommit i annan svensk forskning är det utanförskap som mammorna upplever att pappan har i föräldrautbildningen. För att barnmorskan ska kunna stödja och stärka paret och klara av att informera och diskutera ämnen hon inte känner sig trygg med, behöver hon själv bli stöttad och stärkt (Hermansson & Mårtensson, 2011).

## **Slutsats**

I resultat kan vi se att föräldrarna upplevde både fördelar och nackdelar med föräldrautbildningen. De upplevde informationen som nyttig och bra, men ibland som för enkel eller bristfällig. De saknade diskussion och fokus på pappan och relationen mellan paret. När barnmorskan inte verkar engagerad eller intresserad slutar paren att ställa frågor till henne (Kirkham, 1999). Halldorsdottir och Karlsdottir (1996), beskriver hur bemötandet mellan barnmorska och förälder kan ses som en väg. Om bemötandet är bra ger man paret trygghet och självförtroende. Detta är ju vad föräldrautbildningen egentligen går ut på. Att ge föräldrarna mod och stryka att våga lita på sig själva och sin egen förmåga. Att sitta inne med alla svaren är således inte lika viktigt som att ägna föräldrarna uppmärksamhet och ha ett bra bemötande. Bäst upplevde föräldrarna grupptillhörigheten och möjligheten att få samtala med och träffa andra par i samma situation som sig själva. Författarnas uppfattning är att föräldrautbildningen fortfarande behövs. Den står för en möjlighet att stärka och uppmuntra föräldrar och möta dem i ett skede där de är öppna för information och diskussion. Vi anser att det viktigaste på föräldrautbildningen inte nödvändigtvis är att endast ge information, utan väl så viktigt är att guida föräldrarna genom kunskapsdjungeln och ge dem möjlighet att få diskutera och ventilera sådant de tänker och känner, oavsett om ämnet är svårt eller inkorrekt. Vi tror att barnmorskans viktigaste roll är att skapa en tillåtande miljö där föräldrarna kan mötas och få vara ärliga. För att barnmorskan ska kunna ge detta till paren behöver hon själv få stöd och utbildning. En barnmorska som blir stärkt kan stärka andra (Hermansson & Mårtensson, 2011). Först när detta sker kan hon ta tillvara på kunskap om hur föräldrarna hanterar förändringen till föräldrskapet och hur man bäst tar tillvara på deras resurser. Det är således lika viktigt att barnmorskan känner sig trygg. En barnmorska som känner att hon måste få fortbildning inom ett ämne för att kunna tala om det på föräldrautbildningen måste också kunna få detta. Dynamiken i en grupp är viktig för att få en aktiv grupp och kan variera mycket beroende på deltagare och vilken miljö och stämning som uppstår. Barnmorskan som håller i föräldrautbildningen kommer att möta många olika individer. Kanske finns det grupper som inte vill diskutera något överhuvudtaget, utan bara vill ha information. Hur skall då en modern föräldrautbildning läggas upp för att tilltala dagens föräldrar? Barnmorskan har en stor utmaning här, i att kunna läsa av en grupp och hinna skapa en miljö som fungerar tillfredställande för alla inom loppet av ett par timmar. En detalj som säkert är viktigt är att informera föräldrarna om att en ny grupp kommer att bildas inom barnhälsovården, för att bidra till en känsla av fortsättning. En



annan detalj att minnas är att kunskap om hur den allmänna uppfattningen kan vara är till hjälp även om den inte går att applicera på alla.

En av de svåraste uppgifter man som vårdpersonal har är att kunna svara: detta vet inte jag, men att ändå klara av att diskutera frågan och kanske bolla tillbaka frågan till de övriga deltagarna. Detta tror vi är viktigt att bära med sig till föräldrautbildningen. Kanske är barnmorskans absolut viktigaste roll att skapa ett tillåtande klimat där föräldrar kan våga uttrycka alla tankar och känslor de har inför graviditet, förlossning och föräldraskap. Att finnas och kunna svara på frågor om det behövs, att stödja och stärka individernas egna resurser samt att kunna förbereda de blivande föräldrarna på deras nya roll efter barnets födelse. Barnmorskor som klarar av att stanna vid parets sida när de behöver ta svåra beslut upplevs värdefulla och får stort förtroende. Återigen handlar det viktigaste om stöd (Kirkham, 1999). Att gå igenom den förändring det innebär att bli förälder är mycket stort och påverkar alla som går igenom den. Det kan skapa oro jag-bilden förändras och det kan ge ångest. Brist på sömn och förändring i relationen mellan föräldrarna ger nya utmaningar. Trots allt detta klarar de flesta föräldrar denna förändring mycket bra, vilket kan vara en liten men viktig sak att nämna (White, et al., 1999).

## REFERENSER

- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., & Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, 59(3), 194-202.
- Berg, M., & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2010). A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.005
- Blix-Lindström, S. (2009). Föräldra- och förlossningsförberedelse. I A. Kaplan (Ed.), *Lärobok för barnmorskor* (pp. 52-61). Lund: Studentlitteratur.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transition: A Nursing Concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology. Issues and Implementation*. (pp. 237-257). Aspen: Publishers Inc.

- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 626-633.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int*, 13(3), 313-321. doi: 10.1080/07399339209516006
- Ds 1997:6. *Stöd i föräldraskapet : kartläggning av föräldrautbildningen*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Erlandsson, K., & Häggström-Nordin, E. (2010). Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: a phenomenographic study. *Journal of Perinatal Education*, 19(1), 19-28. doi: 10.1624/105812410x481537
- Fabian, H., Rådestad, I., Rodriguez, A., & Waldenström, U. (2008). Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. *Acta Paediatr*, 97(12), 1721-1728. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00974.x
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(5), 436-443. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2006). Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatr*, 95(11), 1360-1369. doi: 10.1080/08035250600664125
- Fabian, H. M., Rådestad, I. M., & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), 226-235.
- Forsberg, E., Hagquist, C., & Starrin, B. (1997). *Frigörande kraft : empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Halldén, G., & Bjurman, E. L. (1990). *Se barnet : tankegångar från tre århundraden*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int*, 17(4), 361-379. doi: 10.1080/07399339609516251

- Hallgren, A., Kihlgren, M., Forslin, L., & Norberg, A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, *15*(1), 6-15.
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context- a concept analysis. *Midwifery*, *27*(6), 811-816. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.005
- Höjberg, P. (2009). Barnmorskans historia. I A. Kaplan. (Ed.), *Lärobok för barnmorskor* (pp. 19-26). Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, T., & Jons, I. (2002). *Föräldragrupper i praktiken*. Stockholm: Gothia.
- Kirkham, M. (1999). The culture of midwifery in the National Health Service in England. *J Adv Nurs*, *30*(3), 732-739.
- Kirkham, M., Stapleton, H., Thomas, G., & Curtis, P. (2002). Evaluating informed choice. Checking not listening: how midwives cope. *British Journal of Midwifery*, *10*(7), 447-450.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.-E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, *25*(1), 14-20.
- Lundgren, I. (2009). Professionellt förhållningssätt. I A. Kaplan (Ed.), *Lärobok för barnmorskor* (pp. 45-75). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K., & Midenstrand, M. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Mattsson, L.-Å. (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub.
- Myrdal, A., & Myrdal, G. (1997). *Kris i befolkningsfrågan*. Nora: Nya Doxa.
- Mödra- och barnhälsovården. (2007). Tidigt föräldrastöd: en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården Retrieved from

[www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/Tidigt\\_foraldras\\_tod.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/Tidigt_foraldras_tod.pdf)

- Nolan, M. L. (2009). Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *Journal of Perinatal Education*, 18(4), 21-30. doi: 10.1624/105812409x474681
- Petersson, C., Petersson, K., & Håkansson, A. (2003). General parental education in Sweden: participants and non-participants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(1), 43-46.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21-28.
- Read, G. D. (1950). *Att föda utan fruktan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Schmied, V., Myors, K., Wills, J., & Cooke, M. (2002). Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *Journal of Perinatal Education*, 11(3), 20-27.
- Schneider, Z. (2001). Antenatal education classes in Victoria: what the women said. *Australian Journal of Midwifery*, 14(3), 14-21.
- SFS 2003:615. *Förordning om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Socialstyrelsen. (1979). *Mödra- och barnhälsovården : förslag till principprogram*. Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsen. (1984). *Föräldrautbildning : kring barnets födelse och första levnadsår*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1997:161. *Stöd i föräldraskapet : betänkande*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Weiner, E. A., Billamay, S., Partridge, J. C., & Martinez, A. M. (2010). Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *J Perinatol*. doi: 10.1038/jp.2010.108
- White, M. A., Wilson, M. E., Elander, G., & Persson, B. (1999). The Swedish family: transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(3), 171-176.
- World health organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*.

World medical association. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**Till verksamhetschef/klinikchef**

**Forskningspersoninformation**

**Föräldrars upplevelse av föräldrautbildningen inom mödrahälsovården**

### **Studiens bakgrund:**

Föräldrautbildning vänder sig till blivande föräldrar och når nästan alla förstagångsföräldrar. Målet är att främja kunskap och trygghet hos föräldrarna genom att stödja dem i deras anpassning till föräldraskap. Aktuell svensk forskning saknas på området. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar upplever föräldrautbildningen inom mödrahälsovården. Vi önskar därför stöd i att göra studien på mottagningen och behöver få kontakt med föräldrar som genomgått förlossning efter föräldrautbildning.

### **Studiens genomförande:**

Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Vårt samlat kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer vi be föräldrarna berätta om sina upplevelser av föräldrautbildningen. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter. Samtalen kommer att ske på barnmorskemottagningen efter avtalad tid med föräldrarna. Efter intervjun kommer vi att skriva ut intervjun i text, och analysera innehållet. Resultatet kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet kan föräldrarna ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Vi hoppas att föräldrarna upplever att det positivt att få delge sina erfarenheter, då denna kunskap kan användas i föräldrautbildningen.

Föräldrarnas svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid publicering av resultatet kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av föräldrarnas uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Kassetbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till föräldrarna. Deltagandet är frivilligt. Föräldrarna kan avbryta sitt deltagande i studien när De vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka eventuell framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

### **Ansvariga:**

Anna Anesäter, leg Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 070-263 49 29  
e-post:[gusanesan@student.gu.se](mailto:gusanesan@student.gu.se)

Frida Lauri, leg. Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 073-784 98 24  
e-post:[guslauf@student.gu.se](mailto:guslauf@student.gu.se)

Evelyn Hermansson, Fil.dr./  
Universitetslektor/Handledare  
Tel: 031-786 60 95  
e-post:[Evelyn.Hermansson@fhs.gu.se](mailto:Evelyn.Hermansson@fhs.gu.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENKA AKADEMIN

### Forskningspersoninformation

#### Föräldrars upplevelse av föräldrautbildningen inom mödrahälsovården

##### Studiens bakgrund:

Föräldrautbildning vänder sig till blivande föräldrar och når nästan alla förstagångsföräldrar. Målet är att främja kunskap och trygghet hos föräldrarna genom att stödja dem i deras anpassning till föräldraskap. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar upplever föräldrautbildningen inom mödrahälsovården då aktuell forskning saknas på området. Studien vänder sig till personer som har erfarenhet av föräldrautbildning.

##### Studiens genomförande:

Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Samtalet kommer att spelas in på band. Under intervjun ombeds deltagarna att berätta om sina upplevelser av föräldrautbildningen. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter. Samtalen kommer att ske på barnmorskemottagningen efter avtalad tid. Efter samtalet skrivs intervjun ut i text, och innehållet analyseras. Resultatet kommer sedan att redovisas i en rapport vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet kan deltagarna ta del av genom kontakt med nedan forskningsansvariga personer.

Det kan vara givande att på detta sätt få delge sina erfarenheter, då denna kunskap ev. kan ligga till grund för utveckling och förändring av föräldrautbildningen.

Deltagarnas svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid publicering av resultatet kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Personombudsman vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är Johanna Rydbäck tel. 031 343 27 29. Kassettbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till enskild person. Allt material förvaras i säkert förvar i tio års tid för att möjliggöra granskning. Deltagandet är frivilligt. Man kan avbryta sitt deltagande i studien när man vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka eventuell framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

##### Ansvariga:

Anna Anesäter, leg Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 070-263 49 29  
e-post:[gusanesan@student.gu.se](mailto:gusanesan@student.gu.se)

Frida Lauri, leg. Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 073-784 98 24  
e-post:[guslauf@student.gu.se](mailto:guslauf@student.gu.se)

Evelyn Hermansson, Fil.dr./  
Universitetslektor/Handledare  
Tel: 031-786 60 95  
e-post:[evelyn.hermansson@fhs.gu.se](mailto:evelyn.hermansson@fhs.gu.se)

## BILAGA 3



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

### Informerat samtycke

#### Föräldrars upplevelse av föräldrautbildningen inom mödrahälsovården

Jag har tagit del av muntlig och skriftlig information om studien om föräldrars upplevelse av föräldrautbildningen och samtycker till att delta i studien. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum \_\_\_\_\_

Namnunderskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

#### Ansvariga:

Anna Anesäter, leg Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 070-263 49 29  
e-post:[gusanesan@student.gu.se](mailto:gusanesan@student.gu.se)

Frida Lauri, leg. Sjuksköt./  
Barnmorskestud.  
Tel: 073-784 98 24  
e-post:[guslauf@student.gu.se](mailto:guslauf@student.gu.se)

Evelyn Hermansson, Fil.dr./  
Universitetslektor/Handledare  
Tel: 031-786 60 95  
e-post:[Evelyn.Hermansson@fhs.gu.se](mailto:Evelyn.Hermansson@fhs.gu.se)