



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# ATT VARA FÖRÄLDER TILL ETT MÅTTLIGT PREMATURT BARN

Föräldrars upplevelser av stöd i föräldraskapet från  
specialistsjuksköterskan inom barnhälsovården.

**AnnaLisa Ask**  
**Theresé Johansson**

---

Uppsats/Examensarbete: OM5310 15 hp  
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot  
distriktssköterska  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: Ht/2018  
Handledare: Eva Lidén  
Examinator: Helena Wigert

Titel svensk:	Att vara förälder till ett måttligt prematurt barn – föräldrars upplevelser av stöd i föräldraskapet från specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården.
Titel engelsk:	Being a parent of a moderately premature child - parents' experiences of support in parenthood from specialist nurses within child health care.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distrikt
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Helena Wigert
Nyckelord:	barnhälsovård, enkätstudie, föräldrar, prematuritet, self-efficacy, specialistsjuksköterska, stöd, upplevelser

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Att bli förälder till ett barn som föds i graviditetsvecka 32-36 är en omvälvande upplevelse. Barnhälsovården (BHV) har som uppdrag att ge stöd till föräldrar och särskilt stöd till de som hamnat i en utsatt situation. Föräldrar till måttligt prematura barn kan enligt forskning ha ett ökat behov av stöd via BHV. Ändå finns i nuläget bara begränsat med forskning kring de måttligt prematura barnen och deras föräldrars behov av stöd.

**Syfte:** Studien syftar till att beskriva föräldrarnas upplevelse av stöd i föräldraskapet från specialistsjuksköterskor inom BHV relaterat till måttligt prematura barn.

**Metod:** Studien har utförts med abduktiv kvalitativ metod genom en webbaserad enkät via sociala grupper på Facebook. Resultatet av studien är baserat på 46 enkätsvar som analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Föräldrar till måttligt prematura barn hade en upplevelse eller ett behov av stöd genom information, åtgärder och emotionellt stöd.

**Slutsats:** Studiens resultat kan användas av specialistsjuksköterskor inom BHV som en vägledning i bemötandet av föräldrar till måttligt prematura barn.

**Nyckelord:** barnhälsovård, enkätstudie, föräldrar, prematuritet, self-efficacy, specialistsjuksköterska, stöd, upplevelser.

## **Abstract**

**Background:** Becoming a parent of a child born in gestation week 32-36 is an overwhelming experience. The Children's Health Service (CHS) has the task of providing support to parents and special support for those who have fallen into a vulnerable situation. Parents of moderately premature children can, according to research, have an increased need for support via CHS. At the moment, there is only limited research on the moderately premature children and their parents' need for support.

**Purpose:** This study aims at describing the parents' experiences of support in their parenthood from specialist nurses in CHS related to moderately premature children.

**Method:** The study has been conducted with an abductive qualitative methodology through a web-based survey via social groups on Facebook. The result of the study is based on 46 survey responses analyzed with qualitative content analysis.

**Results:** Parents of moderately premature children had an experience or need for support through information, actions and emotional support.

**Conclusion:** The result of the study can be used by specialist nurses in CHS as a guidance in their meetings with parents of moderately premature children.

**Key words:** child health care, experiences, parents, prematurity, self-efficacy, specialist nurse, support, survey.

## **Förord**

Vi vill tacka alla respondenter för att de tog sig tiden att besvara vår enkät samt nära och bekanta som tagit sig tid att läsa igenom vårt arbete och komma med sina kommentarer och tankar. Vi vill även rikta ett tack till vår handledare Eva Lidén för hennes stöd, uppmuntran och vägledning genom vårt arbete. Vi hade inte klarat det utan er.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
Att födas för tidigt .....	1
Att bli förälder tidigare än tänkt .....	2
Barnhälsovården .....	3
Begreppsdefinitioner som teoretisk referensram .....	5
Self-efficacy .....	5
Stöd .....	5
<b>Problemformulering.....</b>	<b>6</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>6</b>
<b>Metod.....</b>	<b>6</b>
Design.....	6
Urval .....	7
Framtagande av enkät och datainsamling.....	7
Dataanalys .....	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
<b>Resultat.....</b>	<b>10</b>
Att få stöd genom information.....	11
Tillit till specialistsjuksköterskan .....	11
Behov av praktisk vägledning.....	12
Ömsesidigt utbyte av kunskap och erfarenheter .....	12
Att få stöd genom åtgärd .....	13
Att erhålla remiss .....	13
Att få återkoppling .....	14
Att få hjälp med informationssökning .....	14
Att få emotionellt stöd .....	14
Att få bekräftelse i föräldrskapet.....	14
Att möta trygghet .....	15
Individuellt bemötande från specialistsjuksköterskan .....	15
<b>Diskussion .....</b>	<b>16</b>

Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion .....	19
<b>Slutsats.....</b>	<b>22</b>
<b>Referenslista.....</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 1 Frågor till webbaserad enkät</b>	
<b>Bilaga 2 Forskningspersonsinformation</b>	

## Inledning

Föräldrar till barn som föds måttligt prematurt, mellan gravidetsvecka 32+0 till 36+6, kan enligt forskning ha ett större behov av stöd i föräldraskapet än de som har fött barn efter en fullgången graviditet. Specialistsjuksköterskor inom primärvårdens barnhälsovård (BHV) upplever att det är utmanande att vårda de måttligt prematura barnen då de kan uppfattas som fullgångna barn, men enligt forskning vara mer sköra, mindre mogna och ha större behov. De upplever också att det inom omvårdnad saknas evidensbaserad kunskap i tillräcklig utsträckning för dem att använda i sitt arbete. Den här studien syftar till att beskriva föräldrarnas upplevelse både av stöd eller behov av stöd i föräldraskapet från BHV relaterat till måttligt prematura barn. Detta för att öka kunskapen om vilket stöd som dessa föräldrar upplever bidrar till att stärka deras självförmåga i föräldraskapet.

## Bakgrund

År 2016 föddes 7048 prematura barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2016) och 75% av dem var barn födda mellan graviditetsvecka 33–36. I det här arbetet används benämningen “måttligt prematura” för barn födda mellan graviditetsvecka 32+0 till och med graviditetsvecka 36+6, vilket är samma benämning som Svenska Prematurförbundet (2013) använder. Vid sökning på late preterm i PubMed den 17 september 2018 blev resultatet 4430 artiklar medan sökningen very preterm gav 65780 artiklar. Detta visar på det som flera studier beskrev, nämligen att det finns begränsad forskning kring barn som är måttligt prematura. Den forskning som finns handlar främst om prematura barn födda före graviditetsvecka 32 samt har en låg födelsevikt och den kunskapen är inte överförbar till de måttligt prematura barnen (Crockett, Brownell, Heaman, Ruth, & Prior, 2017; Gianni et al., 2016; Kelly et al., 2016; Moreira, Magalhaes, & Alves, 2014; Radtke, 2011).

### Att födas för tidigt

Radtke (2011) menar i sin litteraturstudie att måttligt prematura barn är en grupp som ser ut som fullgångna barn och många gånger felaktigt har behandlats som sådana trots att de inte uppnått samma hjärnmognad. Ett måttligt prematurt barn har längre perioder av sömn och signalerar inte hunger tillräckligt ofta vilket kan resultera i att de riskerar att inte få i sig tillräckligt med mat. De blir lättare överstimulerade vid matning vilket leder till utmattning så att de somnar innan bröstet blir tömt och detta kan minska mjölkproduktionen hos modern. Den utvecklingsmässiga omognaden kan leda till att reflexerna som styr sugning, sväljning och andning blir okoordinerade. De kan ha nedsatt oralmotorisk förmåga som leder till en minskad förmåga att skapa det negativa tryck som krävs för att mjölken ska rinna till. Alla dessa faktorer bidrar till att spädbarnet får ett för lågt kaloriintag, vilket kan bidra till näringsbristrelaterade sjukdomar (Radtke, 2011).

Forskningen visar att en måttligt prematur förlossning är associerad med en lägre grad av amning jämfört med om spädbarnet fötts fullgånget (Ayton, Hansen, Quinn, & Nelson, 2012).

Mödrar till måttligt prematura barn upplever att om de har stöd från hälso- och sjukvården blir det lättare att få amningen att fungera (Gianni et al., 2016). Bröstmjolk har positiv effekt i flera aspekter. Ett måttligt prematurt barn som inte orkar amma, men tilläggsmatas med bröstmjolk tenderar att ha en bättre psykomotorisk, neurologisk, cirkulatorisk och kognitiv utveckling jämfört med de som tilläggsmatas med ersättning. Dessutom har bröstmjolk visat sig ha en skyddande effekt mot fetma senare i livet. Bröstmjölken påskyndar mognaden av magtarmkanalen och minskar risken för nekrotiserande enterokolit, infektioner och allergier. Eftersom barnen uppfödda på bröstmjolk är mindre infektionskänsliga leder det till färre besök inom barnsjukvården (Radtke, 2011).

I nyföddhetsperioden har de måttligt prematura barnen ökad risk för andningssvårigheter, ikterus och svårigheter att reglera kroppstemperaturen, vilket kan kräva sjukhusvård för andningsstöd, sol- och värmebehandling. Dessutom har de större risk att drabbas av infektioner (Forsythe & Allen, 2013). Denna infektionskänslighet kvarstår och de måttligt prematura barnen har en ökad risk för luftvägsinfektioner och astma både vid 4 och 7 års ålder jämfört med fullgångna barn (Crockett et al., 2017).

Ett spädbarns kropp och hjärna är förutbestämd att utvecklas i en viss hastighet. Denna utveckling sker inte snabbare om barnet föds tidigare och för att kunna göra en rättvis bedömning av barnets utveckling används den biologiska åldern som utgångspunkt. Den biologiska åldern bestäms utifrån det datum barnet var beräknat att födas enligt ultraljud och detta benämns barnets korrigerade ålder. Enligt Rikshandboken ska alla prematura barns ålder korrigeras upp till 2 år, detta gäller även de barn som fötts måttligt prematurt (Rikshandboken Barnhälsovård, 2017a).

Det finns studier som visar på att de måttligt prematura barnen presterar sämre i skolan och har större behov av specialundervisning och assistans i klassrummet (Chyi, Lee, Hintz, Gould, & Sutcliffe, 2008; Kirkegaard, Obel, Hedegaard, & Henriksen, 2006). Resultaten är dock inte helt entydiga. Chyi et al. (2008) menar att barnen uppvisar svårigheter i både läsning och matematik. Kirkegaard et al. (2006) visar i sin studie att lägre födelsevikt i samband med måttligt prematur födsel gav sämre resultat vad gäller läsning och skrivning men inte matematik. Forskare har sett att de måttligt prematurt födda barnen har mindre vit materia i hjärnan än fullgångna barn. Den minskade mängden vit materia kan vara förklaringen till att dessa barn har sämre neurologisk utveckling än fullgångna barn och får svårare med prestationerna i skolan (Kelly et al., 2016). Det finns dock en annan studie som menar att om barnet är fött måttligt prematurt, men utöver det friskt så har det samma förutsättningar vad gäller kognition, prestation, beteende och socioemotionell utveckling som fullgångna barn (Gurka, LoCasale-Crouch, & Blackman, 2010).

## Att bli förälder tidigare än tänkt

Mödrar till barn som fötts måttligt prematurt kan i början uppleva att de hade svårigheter med att känna sig som mödrar på riktigt. Anknytningen mellan förälder och barn tog tid då de



missade den första glädjen med att få upp sitt barn på bröstet och den initiala känslan av moderskap och gemenskap med sitt barn. Mödrarna beskrev att det innebar mycket oro och stress att få ett barn för tidigt då man inte visste hur det skulle gå med barnet i framtiden, om barnet hade sjukdomar, skador eller missbildningar. Forskning tog även upp att mödrarna upplevde sig fortsatt mer oroliga och nervösa än föräldrar till fullgångna barn då de hade fått en såpass tuff start i föräldraskapet (Brandon et al., 2011; Lindberg & Ohrling, 2008).

Föräldrar till måttligt prematura barn löper en större risk att drabbas av psykisk ohälsa än föräldrar till fullgångna barn. Lotterman, Lorenz och Bonanno (2018) beskriver att det finns ökad risk för ångest, postpartumdepression (PPD) och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos mödrar till barn som fötts måttligt prematurt. Den ökade risken för psykisk ohälsa återfinns 6 månader efter att barnen är födda, vilket stödjer att föräldrarna är i behov av utökat stöd i relation till det prematura barnet. Av alla mödrar till prematura barn drabbas 40 % i den tidiga postpartumperioden av PPD (Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010). Prevalensen av PPD är nästan lika stor hos föräldrar med barn födda före graviditetsvecka 32 som hos föräldrar med barn födda mellan graviditetsvecka 32 och 37 (Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker, & Vohr, 2016). Forskning har visat att även pappor har en ökad risk för depression i relation till att ha fått ett barn som fötts måttligt prematurt (Cheng, Kotelchuck, Gerstein, Taveras, & Poehlmann-Tynan, 2016).

Som beskrivet har föräldrar till måttligt prematura barn ökad risk för både psykisk ohälsa och sämre anknytning till barnet i relation till prematura förlossningen. Om föräldern drabbas av psykisk ohälsa har det visat sig kunna leda till sämre anknytning mellan barn och förälder, vilket blir en ond cirkel. Anknytningen mellan föräldrar och barn redan från start är en predikator på hur barnet kommer kunna hantera situationer i framtiden. Ett barn med otrygg anknytning kan i framtiden få svårare med anpassning i skolan, koncentration samt samspel med skolkamrater (Blair, Stewart-Brown, Hjern, & Bremberg, 2013).

I en studie av Premji et al. (2017) uppgav mödrar till måttligt prematura barn att de fick uppfattningen om att deras barn kunde hanteras som ett fullgånget barn när de lämnade sjukhuset och de kände sig oförberedda på de svårigheter med matning etc som väntade dem i hemmet. Mödrarna beskrev att det var viktigt att ha ett bra stöd från hälso- och sjukvården. De upplevde dock att de fick olika besked av olika vårdgivare, vilket bara ökade deras oro och osäkerhet (Premji et al., 2017).

## Barnhälsovården

Sverige har en lång tradition av att följa barn och deras hälsa via BHV. År 1937 togs riksdagsbeslut om att BHV skulle erbjudas kostnadsfritt till alla familjer i Sverige och vara frivilligt. Idag följs närmare 100 procent av alla barn via BHV, däribland de måttligt prematura barnen, och det är en accepterad instans hos de allra flesta föräldrar för att motta rådgivning och stöttning i föräldraskapet. Personalen inom BHV behöver kunna identifiera, förstå och

hantera mängder av olika frågor och situationer som kan uppkomma kring barn (Hagelin, Blennow, Magnusson, & Sundelin, 2016; Socialstyrelsen, 2014).

Inom BHV idag ska det arbeta legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot antingen distrikt eller hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Till mottagningen ska det finnas kopplat en legitimerad läkare med specialkompetens inom allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri och en barnhälsovårdsspsykolog. Inom vissa landsting finns andra yrkeskategorier kopplade till mottagningarna såsom socionomer, dietister, ortoptister och logopedier (Socialstyrelsen, 2014).

Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet i Rikshandboken Barnhälsovård (2018a) verkar Sveriges BHV för att tillgodose bästa möjliga hälsa för alla barn, både fysiskt, psykiskt och socialt. Genom att erbjuda stöd och hjälp till föräldrar och barn, och förstärkta insatser där det behövs, ska BHV kunna uppnå sina mål. I det nationella barnhälsovårdsprogrammet beskrivs stöd i föräldraskapet som en insats av flera (Rikshandboken Barnhälsovård, 2018a). Föräldrarna utgör barnets viktigaste miljö och bidrar till barnets hälsa och möjlighet till utveckling i både långt och kort perspektiv vilket gör föräldrastödet till ett av BHVs mest grundläggande uppdrag. Föräldrastödet är viktigt bland annat för att lindra oro och nedstämdhet som i sin tur kan påverka föräldrarnas relation till barnet negativt. Detta kan i sin tur leda till försämrad utveckling och hälsa hos barnet (Rikshandboken Barnhälsovård, 2018b).

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning står det beskrivet att distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper inom omvårdnad för att kunna förstå individens eller familjens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv, stödja individen eller familjen med respekt för deras val och livsvärld samt förstå den sociala kontextens betydelse för hälsa. Distriktssköterskan ska inge trygghet och stärka individen och familjen till god hälsa. Hen behöver ha fördjupade kunskaper inom kommunikation och samtalsmetoder för att kunna handleda och ge stöd genom att möta individen och familjen med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse. Hen har en stödjande funktion i individens och familjens egenvårdsförmåga (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008).

I en studie med specialistsjuksköterskor inom primärvårdens BHV i Kanada visar det sig att de upplever att det är utmanande att vårda de måttligt prematura barnen då de upplevs som fullgångna barn, men är mer sköra, mindre mogna och har större behov. De upplever också att det saknas evidensbaserad kunskap i tillräcklig utsträckning för dem att använda i sitt arbete (Currie et al., 2018). I Sverige har specialistsjuksköterskorna Rikshandboken (2017b) som hjälp i sitt arbete inom BHV. Rikshandboken är en webbaserad hand- och metodbok med evidensbaserad och aktuell kunskap samt konkreta tips och råd för att bemöta föräldrar och barn i verksamheterna. Rikshandboken är tänkt att användas av all personal som möter barn och familjer i det dagliga arbetet inom BHV. Detta hjälpmedel ska bidra till att skapa förutsättningar för ett evidensbaserat arbete som är jämlikt, nationellt och rättvist, vilket är viktigt för att skapa en BHV på lika villkor för alla (Rikshandboken Barnhälsovård, 2017b).

Rikshandboken tillhandahåller vägledning för arbetet och evidensbaserad kunskap kring prematuritet för specialistsjuksköterskorna inom BHV (Rikshandboken Barnhälsovård, 2015b).

## Begreppsdefinitioner som teoretisk referensram

### **Self-efficacy**

Self-efficacy är ett begrepp som är myntat av Albert Bandura och syftar till individens upplevelse av dess förmåga att klara av en uppgift, som i detta fallet är föräldraskapet. I detta arbetet används den svenska översättningen självförmåga. Inom vården kan personalen, via sitt stöd, öka individens tro på sin förmåga att klara av en uppgift eller en viss förändring. Bandura, refererad till i McAlister, Perry och Parcel (2008), menar att en individs beteende, som till exempel en rädsla, oro eller fobi, beror på det som individen lärt sig sedan tidigare i livet, uppfattningen av miljön omkring sig samt dess intellektuella och fysiska kapacitet. Beteendet kan då alltså förändras genom att man tillför ny kunskap och vägleder individen genom sina nya erfarenheter och ger stöd för att anpassa sig till sin nya kapacitet. Eftersom stöd från vårdpersonal kan leda till att föräldrar får en ökad tro på sin självförmåga till egenvård och det i sin tur kan leda till minskad stress och oro, använde vi oss av de tankarna under utförandet av denna studie (Leahy Warren, 2005).

### **Stöd**

Vid sökning på termen stöd och begreppsanalys alternativt definition framkommer inte många resultat som går att koppla till den form av stöd som vi önskar undersöka. Stoltz, Andersson och Willman (2007) beskriver att ordet stöd används mycket inom omvårdnad, dock är begreppet inte tillräckligt definierat ännu. De har försökt få fram en innebörd av stöd för anhörigvårdare till sjuka äldre. Deras beskrivning av stöd innefattar dels konkret hjälp i form av information, utbildning, ekonomiskt stöd, varor och olika tjänster för avlastning och hjälp. En annan del av stödet är mer abstrakt, som till exempel möjlighet att verbalisera sina känslor och få ett individualiserat stöd baserat på de egna behoven. Stödet bör vara varaktigt och ske genom ett ömsesidigt utbyte mellan den som behöver stöd och den som ger stöd. I en artikel av Cobbs, citerad i Plews, Bryar och Closs (2005), beskrivs stöd som information vilken leder till att personen i behov av stöd känner sig uppskattad, värderad, omhändertagen, älskad och ingår i ett socialt nätverk med likadan skyldighet och kommunikation. I artikeln finns ett schema där de delar in stöd i sex olika delar, emotionellt stöd (att individen känner sig omhändertagen), social integration (att individen känner sig som en del av ett nätverk), bekräftelse (förstärkning av individens självkänsla), råd/information, information som får individen att känna att hjälpen är ömsesidig samt materiell hjälp (Plews et al., 2005). Regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd har definierat föräldrastöd som ”en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk” (Regeringskansliet, 2009, s. 4). I strategin beskriver de vidare att stödet ska vara hälsofrämjande, förebygga fysisk samt psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och öka andelen föräldrar och barn med goda relationer (Regeringskansliet, 2009).

Alla dessa beskrivningar har gemensamt att stöd ska innefatta information och/eller utbildning som ska leda till ökad kunskap och en känsla av att klara av situationen som individen eller familjen ställts inför. Det verkar vara viktigt att stödet ska öka känslan av att ingå i ett socialt nätverk där individen kan känna sig älskad, omhändertagen och kunna uttrycka sina känslor. Det stöd som detta arbete syftar till att undersöka är stöd som hjälper föräldrar att känna sig trygga i sin föräldraroll. Stödet ska alltså leda till att föräldrarna upplever sig ha god självförmåga (self-efficacy) i sitt föräldraskap.

## **Problemformulering**

Forskning har visat att måttligt prematura barn kan löpa större risk för komplikationer än fullgångna barn. Föräldrarna löper också större risk för psykisk ohälsa vilket kan leda till försämrade anknytning till barnet. Barnhälsovården har i sitt uppdrag att hjälpa till att stödja alla föräldrar i deras föräldraskap, särskilt sårbara familjer, så att de känner trygghet och möjlighet till minskad oro och ökad anknytning. För att specialistsjuksköterskorna inom BHV ska kunna möta föräldrarnas behov är det viktigt att ta reda på hur föräldrarna upplever att stödet fungerar idag. Detta särskilt eftersom det finns begränsat med forskning på de måttligt prematura barnen och deras föräldrars behov av stöd.

## **Syfte**

Studien syftar till att beskriva föräldrarnas upplevelse av stöd i föräldraskapet från specialistsjuksköterskor inom BHV relaterat till måttligt prematura barn.

## **Metod**

### **Design**

Studien har genomförts som en webbaserad enkätstudie med abduktiv kvalitativ forskningsansats (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). Vid kvalitativ forskning ämnar forskaren göra en djupare analys av människors upplevelser och erfarenheter. Kvalitativ forskning tenderar vara holistisk med syfte att förstå helheten av det upplevda och för att skapa denna förståelse identifieras mönster av sammankopplande teman och processer i människors berättelser (Polit & Beck, 2016). Abduktiv forskning innebär att forskaren under arbetets gång växlar mellan en induktiv och deduktiv metod. Induktiv forskning innebär att forskaren granskar materialet förutsättningslöst, medan deduktiv forskning innebär att forskaren analyserar materialet som framkommer utifrån ett visst perspektiv (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). I denna studie har resultatet granskats induktivt vid första granskningen, därefter utifrån perspektivet stöd för att bättre kunna svara till syftet. Narrativ data samlades in genom att respondenterna skriftligt ombads att berätta om sina upplevelser och erfarenheter relaterat till stöd från specialistsjuksköterskor inom BHV (Polit & Beck, 2016).

## Urval

I kvalitativ forskning eftersöks ofta personer som upplevt det fenomen som forskaren önskar att studera. Det finns inga entydiga regler för hur stort urvalet inom kvalitativ forskning bör eller ska vara. Inom kvalitativ forskning talar man istället om datamättnad, alltså när ingen ny information eller nya mönster framkommer, kring det fenomen som studeras. Antal medverkande i studien styrs också av syftet med studien, kvalitén på respondenterna och vald forskningsmetod. I denna studie ledde det till att ett bekvämlighetsurval användes. Bekvämlighetsurval innebär att forskaren efterfrågar individer som har erfarenhet i det ämne som studeras och att respondenterna därefter anmäler intresse för deltagande. Förfrågan om deltagande för den här studien lades ut via grupper på den sociala plattformen Facebook. De grupper som användes var "Prematurgruppen – Föräldrar och anhöriga till för tidigt födda barn", "Vi med prematurbarn", "Mammor United", "Liten & Stor", "Mammagrupp med högt i tak (original)" och "Amningshjälpens slutna grupp". Eftersom enkäten var webbaserad blev upptagningsområdet hela Sverige (jfr. Polit & Beck, 2016).

Inklusionskriterierna för deltagande var att respondenten skulle vara förälder till ett barn som är född i graviditetsvecka 32+0 - 36+6 och att barnet ska ha gått på BHV inom primärvården. Föräldrar till barn födda före graviditetsvecka 32+0 exkluderades ur studien. Anledningen till inklusionskriterierna var att det var stödet inom BHV kopplat till primärvården som avsågs undersökas, där specialistsjuksköterskor inom distrikt samt barn och ungdom arbetar, och inte stödet inom BHV kopplat till de neonatala barnmottagningarna på sjukhusen. Att de måttligt prematura barnen inkluderades var för att det är en grupp som det inte finns lika mycket forskning kring. De inkluderas inte heller i högriskgruppen men de är ändå en riskgrupp enligt forskningen (jfr. Polit & Beck, 2016).

Det sattes ingen tidsbegränsning för när kontakten med BHV skulle ha skett, eftersom det hade kunnat öka risken att antalet respondenter inte blev tillräckligt. Av 53 inkomna svar exkluderades sju stycken. Fyra exkluderades då deras barn var födda under vecka 31 och därmed hamnade utanför urvalskriterierna för studien. Tre stycken exkluderades då de enbart besvarade bakgrundsfrågorna (jfr. Polit & Beck, 2016).

## Framtagande av enkät och datainsamling

Vid utformningen av enkäten lades fokus på att formulera frågor som var lätta att förstå men ändå tillräckliga för att kunna svara till syftet. För att säkerställa att frågorna var enkla att förstå testades frågorna på två utomstående personer som inte arbetar inom sjukvård, men är föräldrar. Frågorna omformulerades därefter i samråd med handledaren, innan de testades ytterligare en gång på fyra utomstående personer med samma erfarenheter som tidigare. Den andra omgången gjordes inga förändringar. Enkäten inleddes med en beskrivning av de begrepp som används i studien för att ytterligare underlätta förståelsen av frågorna. Därefter följde fem bakgrundsfrågor samt två frågor kring det stöd som respondenterna upplevt på BHV (bilaga 1). Enkäten bestod av en fråga om erfarenheter av stöd och en fråga om avsaknad av stöd, för att

ge båda upplevelserna lika mycket utrymme och därigenom hålla det neutralt. För att få fram narrativ data användes formuleringen ”berätta om” i frågorna och öppna frågor användes för att ge respondenterna möjlighet att svara så fritt och utförligt som möjligt. För att ytterligare underlätta för respondenterna att svara på frågorna kring stöd användes följdfrågor (Polit & Beck, 2016).

Förfrågan om deltagande lades ut i grupper på den sociala plattformen Facebook. Till förfrågan lades en fil med vår forskningspersonsinformation (FPI) (bilaga 2) och längst ner i det dokumentet fanns en länk till en webbsida där enkäten kunde besvaras anonymt. Vi valde att använda enkättjänsten sv.surveymonkey.com som omnämns i litteraturen (Polit & Beck, 2016). Att följa länken till den webbaserade enkäten ansågs vara samtycke till att delta i studien. Vi valde att låta enkäten vara öppen mellan den 17 till och med den 25 september 2018. Analyseringen påbörjades direkt när svar började komma in. De första tre dagarna inkom 53 svar. Dagarna därefter inkom ytterligare tre svar. Dessa granskades för att se att datamättnad uppnåtts men inkluderades inte i studien då de inte tillförde något nytt. Materialet som analyserades bestod av 4166 ord.

## Dataanalys

Berättelserna från respondenterna analyserades genom manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Enligt författarna är de mest användbara analysenheterna observationsprotokoll, dagböcker eller intervjuer i deras helhet. Analysenheterna ska vara stora nog att anses ge en helhet, men små nog att kunna hållas i huvudet under hela analysprocessen. I vår analys har varje respondents berättelse bedömts som en analysenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen har skett abduktivt och inleddes genom att respondenternas svar induktivt lästs igenom upprepade gånger av båda författarna för att kunna skapa en uppfattning om innehållet i analysenheterna (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). Författarna har läst svaren både var för sig och gemensamt. Därefter har analysenheterna delats upp i meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet innebär ord, meningar eller stycken som har liknande innehåll eller kan sättas i liknande sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades genom att plocka ut text för att förkorta meningsenheterna, men samtidigt bevara meningen i det som skrevs. Efter kondensationen av meningsenheterna har vi gjort en tolkning av texten, som resulterat i olika teman med underliggande teman (Graneheim & Lundman, 2004). I bildandet av teman under den deduktiva delen av analysen har vi tagit hjälp av Plews et al. (2005) indelning av ordet stöd. Deras indelning av stöd har gett grund till våra benämningar av teman och underteman dock inte helt och fullt. Indelningen är inte fullständig utan har utvecklats i relation till vårt analysmaterial. När respondenterna beskrev att de upplevde en avsaknad av stöd har detta tolkats som att de var i behov av det stödet. Eftersom vissa respondenter upplevde det stöd som andra hade behov av hamnade dessa under samma tema och undertema i analysen. I tabell 1 visas ett utdrag ur analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av meningsbärande enhet	Undertema	Tema
Kände inget stöd, fick inte svar på mina frågor utan fick leta reda på bra information själv.	Fick inga svar på frågor, fick leta reda på information själv.	Respondenten upplevde ett behov av att specialistssk skulle ha kunskap för att kunna besvara hans frågor.	Tillit till specialistssk.	Att få stöd genom information.
Kände inget stöd, fick inte svar på mina frågor utan fick leta reda på bra information själv.	Fick inga svar på frågor, fick leta reda på information själv.	Respondenten upplevde ett behov av att specialistssk skulle ta fram den information som var nödvändig för att besvara hans frågor.	Att få hjälp med informationssökning.	Att få stöd genom åtgärd.
Hon var duktig på att ge mig självförtroende och att hela tiden lyfta det positiva med bebisens utveckling.	Ge självförtroende och lyfta det positiva.	Respondenten upplevde stöd då specialistssk gav bekräftelse och positiv feedback.	Att få bekräftelse i föräldraskapet.	Att få emotionellt stöd.

Tabell 1. Analysprocessen.

## Forskningsetiska överväganden

All forskning som avser människor och biologiskt material från människor ska enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) genomgå en etisk prövning för att säkerställa att forskningen sker med respekt för den enskilda människan. Det krävs dock inget tillstånd av etikprövningsnämnden vid forskning som sker inom ramen av högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå och denna studie har därför inte genomgått någon etisk prövning. Studiens författare har utformat en FPI där forskningsetiska överväganden gjorts i enlighet med de krav som framställs i lagen. Denna har granskats och godkänts av handledare som utsetts av Göteborgs universitet. Göteborgs universitet står som forskningshuvudman och är ansvarig för forskning som utförs vid högskolan. Vi följde lagen som säger att forskningspersonen före deltagande i en studie ska informeras om studiens syfte och övergripande plan genom att lägga upp vår FPI som respondenterna fick läsa igenom innan de kom vidare till enkäten. I FPI:n presenterades eventuella följder och risker som studien kunde medföra, vilka metoder som användes samt information kring samtycke och deltagande. Allt deltagande var frivilligt och forskningspersonerna hade rätt att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. Det som framkom under studien användes endast till det som forskningspersonen gett samtycke till och all data som framkom har behandlats konfidentiellt (SFS 2003:460).

För att en studie ska kunna genomföras måste nyttan med studien vara större än de eventuella risker som forskningspersonen utsätts för (Polit & Beck, 2016). Studiens resultat kan bidra till en högre förståelse för de behov av stöd som föräldrar till måttligt prematura upplever i deras kontakt med BHV och vara en vägledning för utformning av stödet för dessa individer inom BHV. Vår förhoppning är att föräldrarna känt att deras upplevelser är ett viktigt bidrag och att det ska uppväga de eventuella känslomässiga obehag de kan ha upplevt i samband med ifyllandet av enkäten.

## Resultat

Av respondenterna var de flesta i ett parförhållande, endast 13 % levde ensamma, (diagram 1) och det var en jämn fördelning mellan graviditetsveckorna barnen föddes i (diagram 2). Av de 46 respondenterna var det första barnet för 31 (~67%) respondenter, för 5 (~11%) respondenter var det andra barnet, för 8 (~17%) var det tredje barnet och för 2 (~4%) var det sjunde barnet. Bland respondenterna hade 38 (~83 %) av barnen vårdats på neonatal avdelning i samband med förlossningen och 30 (~65 %) hade inga kvarvarande sjukvårdskontakter utöver BHV.

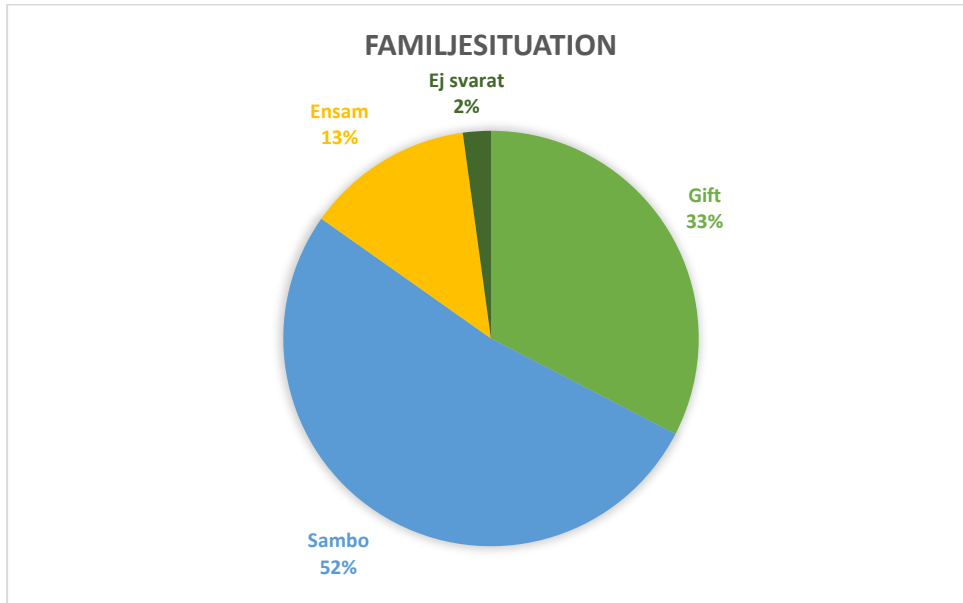


Diagram 1. Variation av familjesituation.

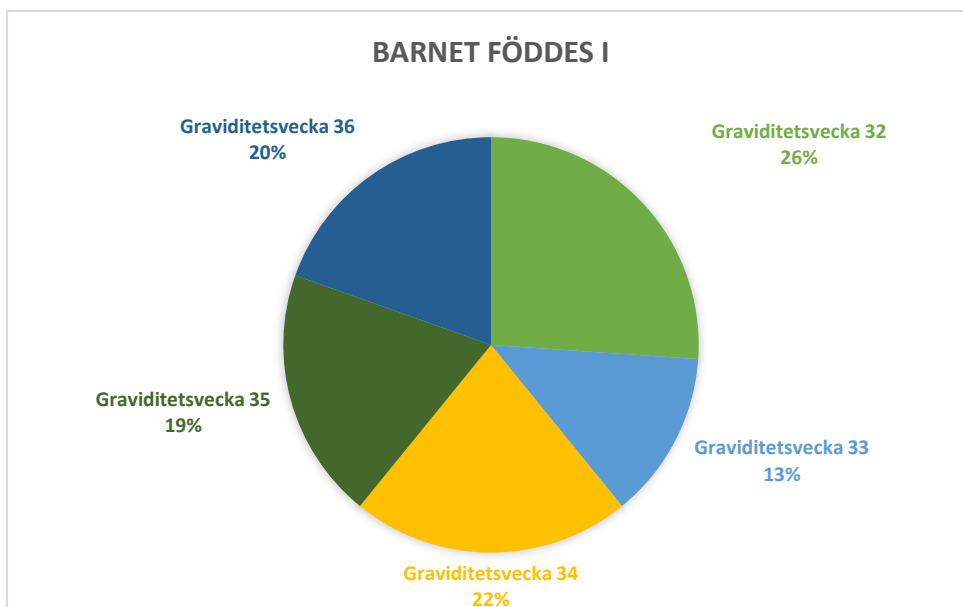


Diagram 2. Variation av födelseveckor.



I analysfasen av arbetet framkom tre olika teman av vad föräldrarna upplevde som stöd eller upplevde ett behov av (tabell 2).

Tema	Undertema
Att få stöd genom information	Tillit till specialistsjuksköterskan Behov av praktisk vägledning Ömsidigt utbyte av kunskap och erfarenheter
Att få stöd genom åtgärd	Att erhålla remiss Att få återkoppling Att få hjälp med informationsökning
Att få emotionellt stöd	Att få bekräftelse i föräldraskapet Att möta trygghet Individuellt bemötande från specialistsjuksköterskan

Tabell 2. Teman och underteman.

## Att få stöd genom information

### Tillit till specialistsjuksköterskan

Flera respondenter upplevde att det saknades kompetens kring prematura barn och att det fanns ett behov av mer kunskap kring prematuritet inom BHV. Specialistsjuksköterskorna inom BHV upplevdes som osäkra och efterfrågade vad respondenterna fått för information från den neonatala vården.

*Varje gång vi ställde en fråga blev det så här:*

*Vi : ställer en fråga*

*Bvc : vad säger neo?*

*Vi : inget för han är utskriven från neo*

*Bvc : men ... vad säger neo?*

*Vi : inget!*

*De vågade inte ta blodprov som läkare på neo ville ha så vi fick åka in till neo pga det Okunskap och rädsla är vad vi fått möta av bvc ssk.*

Respondenterna beskrev att BHV inte tog hänsyn till deras barns prematuritet med korrigerad ålder. De upplevde att deras barn utvecklades mer enligt korrigerad ålder än ålder enligt födelsedatum, men detta hörsammades inte av BHV när föräldrarna tog upp det. Den sena utvecklingen förklarades i vissa fall enbart med att alla barn är olika och utvecklas i sin egen takt. En respondent beskrev att hans barn fortfarande i skolåldern låg efter i talet och hen önskade att detta uppmärksammades på BHV för tidiga insatser.

Utöver kunskapsbrist direkt relaterad till prematuriteten nämnde respondenterna att de upplevde brist på kunskap vad gällde exempelvis amning, matning, förstoppning, tillväxt, vaccinationer och missnöjdhet hos barnet. Vissa beskrev att bristen på kunskap ledde till att de inte längre vände sig till BHV för stöd och rådgivning. Det upplevdes alltså att det fanns ett behov av bättre kunskap inom BHV angående prematuritet och de besvär som kunde uppstå relaterat till en måttligt prematur födsel.

En del specialistsjuksköterskor inom BHV upplevdes ha goda kunskaper på området och detta var ett stort stöd för respondenterna i föräldraskapet. Föräldrarna upplevde att det kändes bra när informationen inte var påtvingad.

*Det som min bvc sköterska har varit väldigt noga med är att det är jag som bestämmer över mitt barn hon kan enbart råda. Det lyfter mig och gör att jag känner mig starkare i mitt föräldraskap. Det finns aldrig stress och hon lämnar alltid solklara svar när jag frågar om något.*

En del respondenter upplevde inget behov av stöd genom information från specialistsjuksköterskan inom BHV. Att behovet inte fanns kunde bero på att de hade goda kunskaper sedan tidigare, exempelvis genom att de var flerbarnsföräldrar eller utbildade inom hälso- och sjukvård. De kunde även få behovet av stöd uppfyllt via sin familj eller andra vårdkontakter. Det fanns dock respondenter som beskrev motsatsen, att vara flerbarnsförälder innebar inte att behovet av stöd automatiskt försvann då prematuriteten i sig var en ny upplevelse.

*Sonen var ju inte jättematur i v 34+5, men vi låg på neo i 5 nätter och han hade sond i 12 dagar. Inga jättestora grejer men efter två fullgångna barn så var det väldigt ovant ändå. Bvc har aldrig tagit någon hänsyn till hans tidiga födsel, ingen korrigerad åldersräkning.*

### **Behov av praktisk vägledning**

Respondenterna upplevde stöd eller ett behov av stöd genom praktisk vägledning. En del respondenter upplevde att de saknade stöd i form av konkreta råd när det kom till exempelvis amning och förstoppning medan en del respondenter upplevde att de fick bra stöd genom att specialistsjuksköterskan på BHV visade dem hur de skulle utföra ett visst moment. En respondent upplevde både ett behov av stöd samt stöd vid samma BHV men av olika specialistsjuksköterskor vilket kan exemplifieras med följande citat:

*Då min dotter föddes i vecka 32+2 har hon sedan hon började amma använt amningsnapp. Vid BVC besöket efterfrågade jag råd och tips kring att lära henne amma utan amningsnapp. Fick då svaret att jag kunde pröva att ta bort amningsnappen efter att jag ammat en stund för att se om det fungerade. Det fungerade inte alls och vid nästa besök på BVC träffade jag en annan BVC sköterska som gav tydliga och bra instruktioner kring hur jag skulle göra (ex: hud mot hud, lägga henne på bröstet så att hon själv fick söka efter bröstet, gnida in bröstet med lite bröstmjolk så att hon skulle förknippa det med mat). Hon informerade också om att det kunde ta ett tag innan hon lärde sig att amma utan amningsnappen. Jag hade önskat tydligare och bättre råd kring detta vid mitt första besök. Då jag tvivlade på mig själv när det inte fungerade att ta bort amningsnappen efter en stunds matning.*

En del respondenter upplevde ett gott stöd i föräldraskapet genom att de fick praktisk vägledning vid sondmatning. Att de själva kunde sköta sondmatningen med stöd från BHV beskrevs som en viktig del för att känna god självförmåga i föräldraskapet.

### **Ömsesidigt utbyte av kunskap och erfarenheter**

Respondenterna beskrev att de upplevde stöd när specialistsjuksköterskan på BHV var tydlig i sin rådgivning och förhörde sig hur föräldrarna uppfattade informationen. De upplevde ett stöd

när specialistsjuksköterskan var någon som de kunde bolla tankar och idéer med, att hen lyssnade på deras åsikter och utformade sin rådgivning i samråd med dem.

*Hon lyssna på mina förslag, uppmuntrade dessa och peppade. Hon frågade och sedan diskuterade vi, jag kom med förslag och dessa stöttade hon. Sen kom in med små förslag men oftast hade förslagen redan bakats in i diskussionen så de förslag jag föreslog var hennes egna från början.*

En del respondenter upplevde ett behov av stöd genom ömsesidigt utbyte med specialistsjuksköterskan. Det fanns tillfällen då de bad om stöd och råd, men inte fick något gensvar av hen alls. De upplevde att de inte blev tagna på allvar när de berättade för specialistsjuksköterskan inom BHV att deras barn var sjuka eller sena i utvecklingen etc. De kände sig då rådvilla, ledsna och arga. En del respondenter berättade att de gick vidare med att söka stöd eller vård från andra instanser, exempelvis akutsjukvården, privata läkare eller internet.

En annan del av stöd genom ömsesidigt utbyte som respondenterna upplevde ett behov av var föräldragrupper specifikt för de med prematurt födda barn. Detta för att de önskade en möjlighet att utbyta erfarenheter, kunskap och information med andra föräldrar i en liknande situation.

## Att få stöd genom åtgärd

### **Att erhålla remiss**

En del respondenter beskrev upplevelser av stöd genom att de fick remiss för till exempel samtalsstöd efter en tuff tid på förlossning och neonatal. Stödet via remittering handlade inte bara om föräldrarna utan även de måttligt prematura barnen, som exempelvis kunde ha behov av specialistläkare, sjukgymnast eller logoped. Respondenterna beskrev att det var viktigt att specialistsjuksköterskan ordnade en remiss till rätt instans när stödet inom BHV inte räckte till. Att få en remiss upplevdes som ett stöd oavsett om det ledde till en diagnos för barnet/förbättring för föräldern eller inte, vilket illustreras med följande citat:

*Hon hjälpte mig med kontakt med psykolog (som visserligen var kass) och gjorde vad hon kunde.*

Respondenterna beskrev att de kunde söka hjälp på flera olika instanser, som BHV, vårdcentraler och akutsjukvård, utan att de fick hjälp med de besvär eller symtom barnen uppvisade, exempelvis astmatisk hosta, talsvårigheter, magbesvär eller reflux, vilka skulle kunna härledas till prematuriteten. I vissa fall visade det sig att barnet hade en diagnos eller funktionsnedsättning som kunde upptäckts tidigare om föräldrarna, när de lyfte besväret eller symtomet, fick hjälp av specialistsjuksköterskan med remiss till rätt instans, antingen av hen eller av läkare inom BHV.

### **Att få återkoppling**

Respondenterna upplevde sig ha stöd i föräldraskapet från specialistsjuksköterskan inom BHV när hen ringde och följde upp givna råd. När det verkade som att hen ringde och frågade hur det gick av ren omtanke, gav vidare råd om något inte gick som det var tänkt eller bara visade intresse av respondenternas framgångar och motgångar så upplevde de stöd.

När specialistsjuksköterskan inom BHV inte följde upp givet råd och rådet inte fungerade upplevde respondenterna en osäkerhet och en känsla av misslyckande. De upplevde sig vara utan stöd genom åtgärd från BHV. Det fanns således ett behov av att specialistsjuksköterskan inom BHV följde upp givna råd alternativt fanns tillgänglig för vidare rådgivning och var möjlig att nå för respondenterna för att de skulle kunna känna ett stöd.

*...hon sa också stt hon alltid fanns tillgänglig för råd och stöd! Två dagar efter det besöket ringde hon mig bara för att kolla läget hur de var med mig och sonen!! Kände mig så sedd då! Det var fantastiskt!*

### **Att få hjälp med informationssökning**

Respondenterna upplevde ett behov av stöd i form av åtgärd genom att specialistsjuksköterskan inom BHV, de gånger hen inte visste svaret på respondentens fråga, tog reda på informationen som eftersöktes eller gav råd om vart respondenten kunde vända sig för svar. Flera respondenter berättade att de ibland lämnades ensamma utan svar på sina frågor och fick söka upp informationen själva via internet eller andra instanser.

*Ibland hade jag vissa frågor som rörde just att bebis för för tidigt född som bvc saknade kunskap kring. Jag hade velat ha möjlighet att fråga om specifika saker men eftersom man inte hade tillgång till neo blev man utan den typen av svar.*

När specialistsjuksköterskan däremot sökte upp svar på respondenternas frågor då hen inte kunde svaret direkt upplevde respondenterna att de fick gott stöd i föräldraskapet från deras BHV. Det kunde handla om att hen ringde rätt instans för att ta reda på informationen eller tog hjälp från kollegor.

*Vår BVC sköterska är bra och det hon inte vet tar hon reda på.*

### **Att få emotionellt stöd**

#### **Att få bekräftelse i föräldraskapet**

Respondenterna upplevde stöd då de fick bekräftelse om att de gjorde rätt, det kunde handla om flera olika situationer. Exempelvis när de kom till BHV för att väga och mäta och specialistsjuksköterskan bekräftade att barnet såg ut att må bra, växte och utvecklades som det skulle, då växte föräldrarna i sin känsla av självförmåga i föräldraskapet. Det kunde handla om att specialistsjuksköterskan inom BHV bekräftade att deras oro för barnet var normal även om den kanske inte var befogad i alla lägen. Att bekräfta och normalisera var ett behov som

respondenterna vid ett flertal tillfällen uppgav i sina svar. Detta behov av bekräftelse av föräldrarnas självförmåga kan visas genom följande svar:

*Min BVC sköterska uppmuntrade mig och gång på gång berättar att jag faktiskt är en otroligt bra mamma och berättar att jag inte har gjort eller gör något fel med min son. Jag kände en lättnad över att få höra det från henne, för hon ser ju ändå hur min son mår och ser då att det inte är något fel med honom. Jag litar på henne eftersom att hon är utbildad i detta. Efter detta så kunde jag slappna av mer, kunna njuta mer av att ha blivit mamma. Och det kommer jag alltid vara otroligt tacksam över.*

### **Att möta trygghet**

Det fanns ett behov hos respondenterna att specialistsjuksköterskan inom BHV skulle inge trygghet, skapa ett lugn och inte ha någon stress under besöken för att de skulle kunna känna stöd. En del respondenter berättade att de i början kunde få ett utökat antal besök när de kom hem så att de skulle kunna känna en trygghet i att det fanns någon att rådgöra med vid behov när allt var nytt och osäkert. Detta upplevdes som ett gott stöd för respondenterna. De beskrev ett behov av att få extra stöd då de fick en tuff start in i föräldraskapet och därför fanns ett ökat behov av trygghet vid hemkomst från förlossning/neonatal.

*Var mycket trygg i hennes händer och hon fick oss att känna oss som de bästa föräldrarna åt vår dotter!*

I resultatet framkom att det kunde uppstå en osäkerhet hos respondenterna när de inte fick tydliga besked om vart de kunde vända sig när olika problem uppstod. En respondent beskrev att BHV hänvisade dem till barnmottagningen, men då de vände sig dit hänvisade de i sin tur tillbaka till BHV. Det kunde vara förvirrande när de upplevde att de fick olika besked från olika vårdgivare. En respondent berättade att specialistsjuksköterskan och läkaren hade olika åsikter och diskuterade detta öppet då respondenten satt med i rummet. För att de skulle kunna känna trygghet beskrevs tydlighet och kontinuitet som viktiga delar inom BHV. När det var olika specialistsjuksköterskor vid deras besök upplevdes det stressande.

*Vissa saker var enbart upp till mig och som första gångsförälder var det svårt att veta vilket ledde till osäkerhet hos mig. Jag fick barn under semestern vilket ledde till att det inte enbart var samma personal i början, det var också stressande.*

### **Individuellt bemötande från specialistsjuksköterskan**

Många respondenter upplevde stöd som stärkte deras självförmåga i föräldraskapet då specialistsjuksköterskan inom BHV mötte familjen där de var. Många upplevde exempelvis att amning var något som förordades av vårdpersonal både på sjukhuset och inom BHV och att det var normen. När de då möttes av en specialistsjuksköterska som lugnade dem i att det var

viktigare att barnet fick mat snarare än amrades, när amningen inte fungerade, så kände de ett stöd där de var och fick tillit till sin självförmåga i föräldraskapet.

*Jag låg på annan avdelning så amningen kom liksom aldrig igång. På neo hade sköterskorna varit väldigt på att jag skulle amma och allt kändes jobbigt. Hade mycket ångest över att vi var tvungna att ge ersättning då det kändes som att man "skulle" amma. När vi kom hem efter en vecka och när vår sköterska på bvc kom på hembesök sa hon att det viktigaste var att vår son fick mat, oavsett om det var från bröst eller flaska. Min ångest släppte omedelbart och jag är så tacksam för det hon sa.*

Det framkom situationer i respondenternas berättelser där de upplevde en önskan om mer stöd i amningen då den krånglade. I vissa fall uppfattade inte specialistsjuksköterskan detta utan framhävde istället att de borde ge ersättning och således upplevde inte respondenterna att de blev mötta där de var och fick det stöd som de hade behov av. Respondenterna upplevde även i andra situationer ett behov av att specialistsjuksköterskan inom BHV visade intresse för familjen som individer och gav individuellt utformat stöd i frågor såsom exempelvis förlängd föräldraledighet och samsövning. Vissa respondenter upplevde att stödet som gavs enbart var enligt böcker och riktlinjer, det blev då inget stöd för dem i deras situation och föräldraskap.

En del respondenter beskrev upplevelser där de berättade för specialistsjuksköterskan inom BHV att de var oroliga och blev tagna på allvar. Upplevelsen av att de blev lyssnade på och respekterade var ett gott stöd för ett flertal respondenter. Respondenterna som inte blev lyssnade på upplevde ett behov av stöd som inte blev tillgodosett. Ibland kanske inte själva åtgärden var det som var det viktiga utan bara att de kände sig sedda och att specialistsjuksköterskan inom BHV fångade upp föräldrarnas oro. Frustrationen av att de inte blev sedda och uppfångade av BHV beskrivs i följande citat:

*Jag önskar att BVC hade fångat upp mig bättre och gett mig en samtals stöd så att jag kunde få bearbeta allt jag gått igenom. Jag berättade min historia för BVC men det hände inget mer än så. Jag blev väldigt ledsen och besviken på att man blev så lämnad själv med alla känslor och tankar. Där önskar jag att någon fångat upp mig och hjälpt mig bearbeta min traumatiska förlossning och första tid med bäbisen.*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva föräldrarnas upplevelse av stöd eller behov av stöd i föräldraskapet från BHV relaterat till måttligt prematura barn. Eftersom studien ämnar beskriva en upplevelse har kvalitativ metod ansetts bäst lämpad att använda (Polit & Beck, 2016). Abduktiv metod användes eftersom författarna först försökt att granska datan induktivt och

förutsättningslöst för att inte missa någon del av resultatet i analysprocessen. Datan har därefter analyserats deduktivt med begreppet stöd för att kunna svara bättre till syftet (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017).

Metoden för insamling av data var en webbaserad enkät och upptagningsområdet har således varit hela Sverige vilket i sig är en styrka eftersom svaren troligen kommer från många olika områden, både lantligt och stadsområde. Respondenterna har haft möjlighet att besvara enkäten i lugn och ro i hemmet, vid en tidpunkt som passar dem och kunnat känna sig trygga med att enkäten är helt och hållet anonym. Dock kan nackdelar med att använda sig av webbaserade enkäter vara att det är svårt att få en uppfattning om bortfallet och var i landet de som faktiskt har besvarat enkäten bor. Vi vet endast vilka som valt att besvara enkäten utifrån de bakgrundsfrågor som vi valt, men inte vilka som valt att avstå. För att inte få för få respondenter sattes ingen tidsbegränsning för när kontakten med BHV skulle ha skett, vilket skulle kunna ha påverkat resultatet om respondenternas minne av händelserna förändrats med tiden. Det kan vara svårt att få ett utförligt svar eller tolka svaren i de enkäter som samlats in, eftersom det saknades möjlighet att ställa uppföljningsfrågor. Detta har vi försökt att undvika genom de följdfrågor vi ställt under de övergripande frågorna i enkäten. Fördelar är att det är en billig metod och att det är möjligt att på kort tid nå ut till många. För respondenterna är det lätt att medverka och besvara enkäten, särskilt om de har lite datorvana (Polit & Beck, 2016).

Vid framtagning av enkätfrågorna har målet varit att få fram enkla och öppna frågor som är lätta att förstå för respondenterna men samtidigt besvarar syftet med studien. Det finns ändå alltid en risk att frågorna misstolkas vilket kan vara en nackdel med enkät. Anledningen till att öppna frågor använts är för att respondenterna ska ges möjlighet att svara på frågorna så utförligt och berättande som möjligt. När frågor för enkäter ska tas fram diskuteras innehållsvaliditet och frågorna bör helst prövas innan de används i en studie för att se om de faktiskt undersöker det som forskaren ämnar undersöka. Med tanke på tiden som funnits tillgänglig för att göra studien har en grundlig undersökning kring innehållsvaliditeten i våra frågor inte kunnat göras, dock har frågorna testats på personer som inte jobbar inom sjukvården för att säkerställa att de är lätta att förstå. Frågorna har även diskuterats tillsammans med handledare. Om mer tid funnits hade det varit intressant att testa frågorna grundligare och se om de hade kunnat göras bättre. I studien har frågorna besvarats både utförligt och grundligt av en del respondenter, medan vissa har lämnat mycket korta svar som har varit svåra att tolka (Polit & Beck, 2016).

Som tidigare beskrivet kan det vara svårt med enkäter att få utförliga svar och möjligheten att ställa uppföljningsfrågor saknas, det hade därför kunnat vara intressant att utföra studien i form av intervjustudie. En intervjustudie hade möjligen kunnat erbjuda ett rikare material med mer djupgående svar från respondenterna. Dock skulle det ha kunnat leda till färre deltagare och ett mer begränsat urval. Det kan tänkas att det finns skillnad i svaren beroende på om studien utförs i glesbygd där möjligheten till kontakt med specialistvård är mer begränsad jämfört med om studien utförs i en storstad där specialistvården finns mer nära till hands. I en framtida studie

hade det varit intressant att ta reda på om de som besvarar enkäten bor i storstad eller glesbygd (jfr. Polit & Beck, 2016).

Det har varit ett aktivt val från författarnas sida att inte fråga deltagarna i studien om könstillhörighet, ålder eller relation till barnet. Stödet från BHV har ansetts vara något som ska ges till alla föräldrar oavsett kön eller ålder och bedömas utifrån deras individuella situation. Vi valde att inte efterfråga respondenternas relation till barnet då vår bedömning var att det var viktigt att inkludera alla föräldrar inte bara de biologiska. Det kan dock vara en svaghet att inte veta om det är uteslutande kvinnor eller män som har besvarat enkäten eftersom variationen i datamaterialet blir mer osynlig. Enkäten har även lagts ut i grupper där det finns fler kvinnor än män då författarna inte hittade någon motsvarande grupp specifikt riktad mot pappor. Studien har därför troligen genererat fler svar från kvinnor än män. I en framtida studie hade det varit intressant att fråga om könstillhörighet och relationer för att kunna se om det kan innebära olika behov av stöd.

För att säkra trovärdighet i studien har författarna så långt det är möjligt försökt använda en metod som besvarar syftet, ger möjlighet till variation/stor spridning bland respondenterna och ger en så rik data som möjligt. Analysprocessen i studien har noggrant följts av vår handledare som har fått ta del av de analysenheter som använts till studiens resultat och kommit med input i bildandet av teman och underteman (Graneheim & Lundman, 2004). Dessutom har analysenheterna lästs igenom av båda författarna flera gånger både enskilt och gemensamt för att inget tema eller undertema ska förbises i analysen och inga onödiga data ska komma med i resultatet. Författarna har valt att använda sig av citat i resultatet för att öka trovärdigheten och läsarna själva ska kunna bilda sig en uppfattning om djupet av analysen som gjorts i resultatet (Graneheim et al., 2017). En studies pålitlighet handlar om att forskaren är konsekvent i sina metoder genom datainsamling och analysprocess. Alla respondenter har fått exakt samma enkät med frågor och datainsamlingen har således varit konsekvent. För att vara konsekventa i analysprocessen har vi använt oss av stöd eller behov av stöd för att tolka alla meningsenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Pålitligheten har även försökt uppnås genom att författarna i metoddiskussionen här nedan beskriver sin förförståelse (Graneheim et al., 2017). Överförbarhet av en studies resultat till andra sammanhang är upp till läsaren att avgöra, även om författarna kan ge förslag på överförbarhet. Denna process underlättas genom att resultatet är detaljerat beskrivet och att trovärdighet samt pålitlighet har uppnåtts i studien. Författarna till studien har försökt presentera resultatet på ett sätt som möjliggör för läsaren att göra egna tolkningar vilket är ett sätt att öka trovärdigheten i en kvalitativ studie (Graneheim & Lundman, 2004).

I analysprocessen användes Graneheims och Lundmans (2004) indelning i form av meningsbärande enheter, kondensering, tolkning, undertema och tema. Författarna valde tolkning av den skrivna texten istället för kodning för att verkligen få fram den underliggande meningen i texten i relation till syftet och begreppet stöd. Vi tror inte att kodning eller kategorisering av resultatet skulle tillföra något nytt utan använder teman som mer svarar på



innehörden av och beskriver den röda tråden i resultatet. Graneheim och Lundman beskriver att det finns en risk om meningsenheterna i analysprocessen är för stora att de kan placeras under mer än ett tema, men om de istället är för korta så kan materialet splittras och förlora sin innebörd. Viktig information kan gå förlorad i båda exemplen. Vissa av meningsenheterna i vår analys har kunnat tolkas åt två håll, men det har ändå inte funnits någon naturlig uppdelning i dessa enheter utan att de har förlorat sitt innehåll. Dessa meningsenheter har då skrivits ner två gånger med två olika tolkningar för att inte gå miste om viktig information (Graneheim & Lundman, 2004).

Båda författarna har tidigare arbetat som legitimerade sjuksköterskor, men inte inom barnhälsovården. Ena författaren har enbart arbetat inom slutenvården och den andra har arbetat inom både slutenvård och primärvård, men inte med premature barn. Under utbildningen har vi haft verksamhetsförlagd utbildning inom BHV. Vi är båda föräldrar, dock inte till premature barn, men det finns premature barn i vår bekantskapskrets. Författarna har gått in i arbetet med en förförståelse kring begreppet stöd och behovet av stöd inom vården, däremot ingen förförståelse kring arbetet med premature barn inom barnhälsovården. Förförståelsen kring stöd har antagligen påverkat resultatet, detta i viss mån medvetet då studien delvis utförts med deduktiv ansats och begreppet stöd har använts för att analysera resultatet.

## Resultatdiskussion

I resultatet framkom att föräldrar till måttligt premature barn upplevde stöd eller hade behov av stöd genom information, åtgärder och emotionellt stöd. Det framkom att en del av respondenterna önskade att specialistsjuksköterskorna inom BHV skulle ha en större kunskap om de måttligt premature barnen och de åkommor som kunde uppstå i relation till prematuriteten. Currie et al. (2018) beskriver att vissa specialistsjuksköterskor inom primärvården också önskade större kunskap och faktiskt upplevde det svårt att bemöta de föräldrar till måttligt premature barn som kom till BHV. Det som däremot är spännande med resultatet är att de gånger som respondenterna upplevde att specialistsjuksköterskan saknade kunskap upplevdes det ändå som ett stöd då hen kollade upp informationen som fattades. Specialistsjuksköterskan måste alltså inte sitta inne med information men ha en vilja att möta familjen/individerna i den kunskap som de eftersöker och gemensamt söka upp ett evidensbaserat svar som gör att föräldrarna känner sig trygga i deras föräldraroll.

Vissa respondenter beskrev att deras BHV inte följde barnet enligt korrigerad åldersräkning vilket vi fann förvånande. Rikshandboken förordar att korrigerad åldersräkning ska användas för premature barn upp till två år efter födelse (Rikshandboken Barnhälsovård, 2017a). Det är viktigt att barnen som är måttligt prematurt födda får en rättvis bedömning utifrån sin utvecklingsnivå och får remiss till rätt instans vid behov. Forskning idag visar på att de måttligt premature barnen har en ökad risk för funktionsnedsättningar och det är därför viktigt att BHV upptäcker dessa barn och att insatser sätts in tidigt (Allen, 2008; Crockett et al., 2017; Engle, Tomashek, & Wallman, 2007; Petrini et al., 2009). Det skulle vara intressant att veta utifrån ett specialistsjuksköterskeperspektiv men också ett organisatoriskt perspektiv vad det kan bero på

att vissa inte räknar efter korrigerad åldersräkning. Detta eftersom det är baserat på evidensbaserad kunskap som BHV ska arbeta utifrån enligt Rikshandboken Barnhälsovård (2017a). Det går att diskutera om det beror på dålig struktur för användning av evidensbaserad kunskap på arbetsplatsen, avsaknad av stöd från organisationen, tidsbrist eller en kultur bland sjuksköterskor att inte använda sig av evidensbaserad kunskap vilket diskuteras i studien av Bennasar-Veny, Gonzalez-Torrente, De Pedro-Gomez, Morales-Asencio och Pericas-Beltran (2016).

Flera respondenter lyfte olika situationer där de både upplevt stöd och ett behov av stöd vad gäller amning och matning. Forskning visar att detta är områden där de måttligt prematura barnen har lätt att stöta på problem eftersom de är omogna och har nedsatt ork (Radtke, 2011). Det är även ett område som är ångestskapande hos föräldrarna (Brandon et al., 2011) och har en negativ inverkan på deras känsla av självförmåga i föräldraskapet när det inte fungerar (Premji et al., 2017). Detta styrker att det är mycket viktigt att ge föräldrarna stöd på denna punkt. Forskning har lyft att både mödrar till måttligt prematura barn och mödrar till fullgångna barn initialt i föräldraskapet har en oro kring matningen av sitt barn. Mödrar till måttligt prematura barn har dock främst en oro kring spädbarnets förmåga att äta och tillgodogöra sig näringen, medan mödrar till fullgångna barn istället oroar sig över sin egen förmåga att exempelvis tolka sitt barns signaler och producera mjölk. Oron mödrarna till fullgångna barn upplevde var i de flesta fall snabbt övergående, medan oron hos mödrarna till måttligt prematura barn höll i sig under en längre period (Brandon et al., 2011). Detta är en aspekt som specialistsjuksköterskorna kan ha i åtanke när de möter mödrar till måttligt prematura barn i sitt dagliga arbete.

I resultatet framkom en önskan om att det skulle finnas riktade föräldragrupper i relation till prematura barn tillgängligt som stöd via BHV. Det finns annan forskning som stödjer att riktade familjegrupper hjälper föräldrar att känna god självförmåga i sitt föräldraskap. För att föräldrarna skulle känna god självförmåga fanns ett behov av att diskutera föräldraskapet och deras barns utveckling med föräldrar i liknande situation snarare än att bara diskutera det med specialistsjuksköterskorna på BHV (Nolan et al., 2012). Rikshandboken Barnhälsovård (2014) förordar riktade grupper som stöd för föräldrar i olika utsatta situationer. Det kan däremot vara svårt att ordna en riktad grupp beroende på hur stort antal deltagare som finns och om det finns möjlighet för flera instanser att samarbeta för att få ihop tillräckligt med deltagare. Rekommendationen för riktade grupper är att 3-6 familjer ska delta för att möjliggöra plats för diskussion men att gruppen inte ska bli för liten om en familj blir sjuk eller av andra orsaker inte kan delta någon gång (Rikshandboken Barnhälsovård, 2014).

I resultatet framkom att det fanns ett behov av stöd genom att specialistsjuksköterskan var tillgänglig för exempelvis råd, återkoppling och uppföljning av givna råd. Det framkom också att kontinuitet i vissa fall upplevdes viktigt då det blev rörigt när de fick olika råd från olika vårdgivare. Socialstyrelsen förordar tillgänglighet och kontinuitet som en viktig del av föräldrastödet inom BHV (Socialstyrelsen, 2014). I den nationella målbeskrivningen för

sjuuskötersketjänstgöring inom barnhälsovården ska arbetet inom BHV organiseras så att största möjliga tillgänglighet och kontinuitet i vården kan uppnås och det är verksamhetschefens uppgift att se till att det fungerar tillfredsställande (Rikshandboken Barnhälsovård, 2015a). Verksamhetschefen kan dock inte alltid hållas ansvarig och det finns en medvetenhet om bristen på tillgänglighet och kontinuitet i vården idag bland Sveriges politiker. Det görs politiska satsningar på tillgänglighet inom BHV och även satsningar på en ökad digitalisering för att effektivisera vården och skapa rum för tillgänglighet (SKL, 2017). Om det lyckas och införs på ett tillfredsställande vis så vore det ett gott bidrag till föräldrastödet via BHV.

Bekräftelse och uppmuntran i föräldraskapet lyftes som viktiga delar i det emotionella stödet av respondenterna i vår studie. I forskning av Premji et al. (2018) framkom att föräldrarna upplevde att det försämrade deras självförmåga när specialistsjuusköterskan endast påpekade vad de gjorde fel och när de gav information utan att ta hänsyn till föräldrarnas tankar och åsikter. Detta stärker vårt resultat att respondenterna upplevde det viktigt att få en bekräftelse att de gjort rätt i sitt föräldraskap. Respondenterna ville inte heller bli påtvingande information utan rådgivningen skulle hellre ske i samråd med dem. Forskning visar att föräldrarna inte nödvändigtvis upplevde att specialistsjuusköterskorna kom med felaktig information och råd, men när det endast framfördes som kritik upplevdes det kränkande och gjorde dem ledsna (Premji et al., 2018). Det handlar i mångt och mycket om att behandla varandra med respekt, att lyssna och se varandra och mötas på ett ömsesidigt plan. Även om rådgivningen ska vara evidensbaserad och ske enligt riktlinjer, så är det viktigt att det sker genom ett ömsesidigt utbyte med föräldern och att föräldern känner delaktighet i omhändertagandet av sitt barn. Detta kan ses i distriktsköterskans kompetensbeskrivning där hen ska ha fördjupade kunskaper inom omvårdnad för att kunna stödja individen eller familjen med respekt för deras val och livsvärld (Svensk Sjuusköterskeförening, 2008).

Att bli förälder till ett måttligt prematurt barn kan vara en omtumlande upplevelse. Flera av våra respondenter lyfte ett behov av emotionellt stöd och någon att prata med eftersom deras start in i föräldraskapet upplevts traumatiskt. Det finns enligt forskningen flera aspekter som bidrar till att mödrar till måttligt prematura barn upplever större psykiska påfrestningar än mödrar till fullgångna barn. Några av dessa aspekter är oro kring vad som orsakat den för tidiga födseln, oro kring hälsan hos antingen barnet eller modern själv, att de inte var redo för barnets ankomst varken mentalt eller med förberedelser i hemmet och att bli separerad från barnet i nyföddhetsperioden. Den psykiska påfrestningen hos modern stod inte heller alltid i förhållande till allvarlighetsgraden av den prematura förlossningen. Trots att allt gått bra och både barn och moder mådde förhållandevis bra efteråt så upplevde mödrarna en större psykisk påfrestning än mödrar till fullgångna barn. Denna ökade psykiska påfrestning var kvarstående en månad efter förlossningen (Brandon et al., 2011). Detta stärker att det är viktigt att föräldrar till måttligt prematura barn ges möjlighet att få samtala kring sina upplevelser, men även att det finns ett ökat behov av remittering för samtalsstöd. Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska alla mödrar genomgå en screening för depression när barnet är omkring 6-8 veckor gammalt. I samband med detta gör specialistsjuusköterskan en bedömning om det finns ett behov av extra stöd eller

insatser för modern. Denna screening kan vid behov användas för nyblivna pappor eller icke-födande föräldrar om de uppvisar tecken på stress, oro eller depression (Rikshandboken Barnhälsovård, 2016). Specialistsjuksköterskan bör vara uppmärksam på föräldrarnas mående när de besöker BHV vid andra tillfällen, eftersom föräldrar till måttligt prematura barn kan ha en mer kvarstående psykisk påfrestning än föräldrar till fullgångna barn (Brandon et al., 2011; Rikshandboken Barnhälsovård, 2016).

För att kunna utveckla resultatet i den här studien hade det varit intressant att göra en intervjustudie med samma syfte för att ha större möjlighet till mer djupgående svar. Det kan vara betydelsefullt att belysa ämnet ur andra synvinklar, som exempelvis att få specialistsjuksköterskans syn på stödet till föräldrarna med måttligt prematura barn och hur de upplever att det är att möta dessa familjer inom BHV i Sverige. Detta för att få en förståelse för vad specialistsjuksköterskorna behöver för vägledning och fortbildning inom området för att omvårdnaden av föräldrarna med måttligt prematura barn ska kunna ges på lika villkor nationellt.

## **Slutsats**

Genom den webbaserade enkäten har vi kommit fram till att föräldrar till måttligt prematura barn upplever stöd eller ett behov av stöd genom:

- Information
- Åtgärder
- Emotionellt stöd

Resultatet i den här studien kan användas för att ge specialistsjuksköterskor inom BHV en djupare förståelse för hur föräldrar upplever stödet eller vad de har för behov av stöd i relation till att de fått ett måttligt prematurt barn. Föräldrarna upplever att det finns för lite kunskap i relation till omvårdnad avseende prematuritet inom BHV. Avsaknaden av kunskap kan tolkas som att utbildning inom området behövs eller att organisationen behöver ge stöd till specialistsjuksköterskorna för att de ska kunna använda Rikshandboken på ett tillfredsställande sätt. Studiens resultat kan även användas av specialistsjuksköterskor inom BHV som vägledning i bemötandet av föräldrar till måttligt prematura barn.

## Referenslista

- Allen, M. C. (2008). Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology*, 21(2), 123-128. doi:10.1097/WCO.0b013e3282f88bb4
- Ayton, J., Hansen, E., Quinn, S., & Nelson, M. (2012). Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 16-21. doi:10.1186/1746-4358-7-16
- Bennasar-Veny, M., Gonzalez-Torrente, S., De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J. M., & Pericas-Beltran, J. (2016). Using knowledge as the basis for evidence-based practice in primary care nurses. *International Nursing Review*, 63(2), 250-258. doi:10.1111/inr.12263
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., & Bremberg, S. (Red.). (2013). *Barnhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcolm, W. F., Murtha, A. P., Turner, B. S., & Holditch-Davis, D. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(6), 719-731. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01290.x
- Cheng, E. R., Kotelchuck, M., Gerstein, E. D., Taveras, E. M., & Poehlmann-Tynan, J. (2016). Postnatal Depressive Symptoms Among Mothers and Fathers of Infants Born Preterm: Prevalence and Impacts on Children's Early Cognitive Function. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(1), 33-42. doi:10.1097/dbp.0000000000000233
- Chyi, L. J., Lee, H. C., Hintz, S. R., Gould, J. B., & Sutcliffe, T. L. (2008). School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *The Journal of Pediatrics*, 153(1), 25-31. doi:10.1016/j.jpeds.2008.01.027
- Crockett, L., Brownell, M., Heaman, M., Ruth, C., & Prior, H. (2017). Examining Early Childhood Health Outcomes of Children Born Late Preterm in Urban Manitoba. *Maternal and Child Health Journal*, 21(12), 2141-2148. doi:10.1007/s10995-017-2329-5
- Currie, G., Dosani, A., Premji, S. S., Reilly, S. M., Lodha, A. K., & Young, M. (2018). Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences. *BMC Nursing*, 17(1), 16-23. doi:10.1186/s12912-018-0286-y
- Engle, W. A., Tomashek, K. M., & Wallman, C. (2007). "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics*, 120(6), 1390-1401. doi:10.1542/peds.2007-2952
- Forsythe, E. S., & Allen, P. J. (2013). Health risks associated with late-preterm infants: implications for newborn primary care. *Pediatric Nursing*, 39(4), 197-201.
- Gianni, M. L., Bezze, E., Sannino, P., Stori, E., Plevani, L., Roggero, P., . . . Mosca, F. (2016). Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatrics*, 16(1), 179-186. doi:10.1186/s12887-016-0722-7
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Gurka, M. J., LoCasale-Crouch, J., & Blackman, J. A. (2010). Long-term cognition, achievement, socioemotional, and behavioral development of healthy late-preterm infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(6), 525-532. doi:10.1001/archpediatrics.2010.83
- Hagelin, E., Blennow, M., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2016). *Barnhälsovård*. 6:e uppl. Stockholm: Liber.
- Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R., & Vohr, B. (2016). Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics, 179*, 61-67. doi:10.1016/j.jpeds.2016.07.008
- Kelly, C., Cheong, J., Gabra Fam, L., Leemans, A., Seal, M., Doyle, L., . . . Thompson, D. (2016). Moderate and late preterm infants exhibit widespread brain white matter microstructure alterations at term-equivalent age relative to term-born controls. *Brain Imaging and Behavior, 10*(1), 41-49. doi:10.1007/s11682-015-9361-0
- Kirkegaard, I., Obel, C., Hedegaard, M., & Henriksen, T. B. (2006). Gestational age and birth weight in relation to school performance of 10-year-old children: a follow-up study of children born after 32 completed weeks. *Pediatrics, 118*(4), 1600-1606. doi:10.1542/peds.2005-2700
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing, 50*(5), 479-488. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x
- Lindberg, B., & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health, 67*(5), 461-471.
- Lotterman, J. H., Lorenz, J. M., & Bonanno, G. A. (2018). You Can't Take Your Baby Home Yet: A Longitudinal Study of Psychological Symptoms in Mothers of Infants Hospitalized in the NICU. *Journal of clinical psychology in medical settings*. doi:10.1007/s10880-018-9570-y
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). HOW INDIVIDUALS, ENVIRONMENTS, AND HEALTH BEHAVIORS INTERACT Social Cognitive Theory. In B. K. Rimer, K. Viswanath, & K. Glanz (Eds.), *Health behavior and health education theory, research, and practice* (4 ed., pp. 169-188). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Moreira, R. S., Magalhaes, L. C., & Alves, C. R. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *Jornal de Pediatria, 90*(2), 119-134. doi:10.1016/j.jpeds.2013.05.010
- Nolan, M. L., Mason, V., Snow, S., Messenger, W., Catling, J., & Upton, P. (2012). Making friends at antenatal classes: a qualitative exploration of friendship across the transition to motherhood. *The Journal of Perinatal Education, 21*(3), 178-185. doi:10.1891/1058-1243.21.3.178
- Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The Journal of Pediatrics, 154*(2), 169-176. doi:10.1016/j.jpeds.2008.08.020
- Plews, C., Bryar, R., & Closs, J. (2005). Clients' perceptions of support received from health visitors during home visits. *Journal of Clinical Nursing, 14*(7), 789-797. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01122.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Premji, S. S., Currie, G., Reilly, S., Dosani, A., Oliver, L. M., Lodha, A. K., & Young, M. (2017). A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their experiences of

- community-based care. *PLoS One*, 12(3), e0174419.  
doi:10.1371/journal.pone.0174419
- Premji, S. S., Pana, G., Currie, G., Dosani, A., Reilly, S., Young, M., . . . Lodha, A. K. (2018). Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1120-e1133.  
doi:10.1111/jocn.14190
- Radtke, J. V. (2011). The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(1), 9-24.  
doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01211.x
- Regeringskansliet. (2009). Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd. Hämtad 2018-09-10, från  
<https://www.regeringen.se/contentassets/65737a08c78f4c3cbc5818b2a4c29490/nationell-strategi-for-ett-for-ett-utvecklat-foraldrastod---en-vinst-for-alla-s2013.010>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2014). Form och metod - föräldrastöd i grupp. Hämtad 2018-10-10, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Foraldrastod-i-grupp/Form-och-metod/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2015a). Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. Hämtad 2018-10-11, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2015b). Underburna barn. Hämtad 2018-10-12, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/For-tidigt-fodda-barn/Underburna-barn/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2016). Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS. Hämtad 2018-10-12, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Metoder-och-riktlinjer/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2017a). Motorisk förmåga hos för tidigt födda barn. Hämtad 2018-10-10, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Motorisk-utveckling/Motorisk-formaga-hos-for-tidigt-fodda-barn/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2017b). Vad är Rikshandboken i barnhälsovård? Hämtad 2018-10-11, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Om-Rikshandboken1/vad-ar-rikshandboken/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2018a). Barnhälsovårdens nationella program. Hämtad 2018-09-06, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Metoder-och-riktlinjer/Barnhalsovardens-nationella-program/>
- Rikshandboken Barnhälsovård. (2018b). Enskilda föräldrasamtal. Hämtad 2018-09-06, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Metoder-och-riktlinjer/Enskilda-foraldrasamtal-/>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SKL. (2017). Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. Hämtad 2018-10-12, från <https://skl.se/download/18.54afeeef160d56f5ddb4ac33/1515682730156/22%20-17-05957-Meddelande-fr-styr-OK-Barnhalsovard-WEBB.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). Vägledning för barnhälsovården. Hämtad 2018-09-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4->
- Socialstyrelsen. (2016). Graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad 2018-09-06, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>

- Stoltz, P., Andersson, E. P., & Willman, A. (2007). Support in nursing--an evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1478-1489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.014
- Svenska Prematurförbundet. (2013). Om prematuritet. Hämtad 2018-09-12, från <http://prematuorforbundet.se/om-prematuritet/om-prematuritet/>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Hämtad 2018-09-14, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x



# Bilagor

## Bilaga 1

### Frågor till webbaserad enkät

Med stöd i föräldraskapet syftar vi på stöd som har gjort dig trygg och säker i din roll som förälder och gjort att du litar på din egen förmåga. Med barnhälsovården (BHV) menar vi barnvårdscentraler (BVC), familjecentraler och liknande instanser. Vissa föräldrar har fler än ett barn som är fött mellan vecka 32-37, dock önskar vi att ni enbart fyller i för ett barn i taget eftersom det kan innebära skillnad beroende på vilket barn i ordningen det är. Fyll i ja när ni läst och förstått texten.

Hur ser din familjesituation ut?

a) Gift b) Sambo c) Särbo d) Ensamstående

I vilken vecka föddes ditt barn?

Vilket barn i ordningen är det? (Första barnet, andra, tredje osv.)

Behövde barnet vårdas på neonatal vårdavdelning i samband med förlossningen?

Har barnet några andra vårdkontakter utöver BVC?

Berätta om en situation eller situationer där du upplevt att BVC-sjuksköterskan bidrog till att du kände att du vågade lita på ditt föräldraskap? Utveckla gärna så mycket du kan.  
(Vad hände? Vad gjorde hen? Vad ledde det till? Vad tänkte du? Vad kände du?)

Berätta om en situation eller situationer där du kände dig osäker i ditt föräldraskap och där du saknade stöd från BVC-sjuksköterskan? Utveckla gärna så mycket du kan.  
(Vad hände? Vad gjorde hen? Vad ledde det till? Vad tänkte du? Vad kände du? Vad hade du önskat?)

## Bilaga 2

### Forskningspersonsinformation

## Information om forskningsstudie

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildningen med inriktning mot distriktsköterska vid Göteborgs Universitet och just nu skriver vi vårt examensarbete. Ämnet för vårt arbete handlar om att bli förälder till ett för tidigt fött barn. Vi har valt detta ämne eftersom forskningen har visat att föräldrar till för tidigt födda barn kan uppleva olika svårigheter och ha en ökad oro i sitt föräldraskap jämfört med föräldrar till fullgångna barn. Barnhälsovården (BHV), där barnavårdscentralerna (BVC) är en del av verksamheten, har i uppdrag att erbjuda råd och stöd i föräldrarollen och särskilt viktigt är det om föräldrarna upplever oro/osäkerhet. Syftet med vårt arbete är att beskriva föräldrarnas upplevelse av stöd eller behov av stöd i föräldraskapet från BVC i samband med att ha blivit föräldrar till ett för tidigt fött barn.

Vi vänder oss till dig som har ett barn som fötts mellan vecka 32+0 till 36+6 och har eller har haft kontakt med BVC. Vi skulle vilja ta del av din berättelse om hur du har upplevt stödet i ditt föräldraskap på BVC.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

### Hur går studien till?

Studien genomförs som en webbaserad enkät som beräknas ta omkring 15-20 minuter att fylla i. Du kan nå enkäten via länk längst ner i detta dokumentet. I enkäten kommer du att få besvara lite bakgrundsfrågor och därefter två öppna frågor där vi ber dig berätta om situationer där du upplevt oro i din föräldraroll och antingen fått stöd eller saknat stöd från din BVC-sjuksköterska. Till din hjälp kommer du få lite följdfrågor för att du lättare ska kunna besvara våra frågor.

Vi beräknar få in svar från ett tjugotal föräldrar. Dina svar kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Resultatet kommer att analyseras och presenteras som generella kategorier i en uppsats vid Göteborgs universitet. I det färdiga resultatet kommer det inte att vara möjligt att identifiera enskilda personer.

### Möjliga följder och risker med att delta i studien.

Att skriva ner minnen som kan innebära roliga, bra och tråkiga händelser kan medföra känslomässiga reaktioner. Det finns risk att visa minnen leder till negativa känslor. Självklart kan man avbryta sitt deltagande närsomhelst under processen, utan att behöva berätta varför man vill avbryta sitt deltagande.

Fördelar med att delta i studien kan å andra sidan vara att få möjlighet att reflektera över sina erfarenheter samt att resultatet kan hjälpa BVC-sjuksköterskor i sitt arbete/utveckling mot bästa möjliga omhändertagande av föräldrar med för tidigt födda barn.

## **Vad händer med mina uppgifter?**

Studien kommer att samla in och registrera information om dig samt ditt/dina barn. All insamlade data kommer att hanteras konfidentiellt. Allt råmaterial kommer att förvaras och behandlas så att obehöriga ej kan ta del utav dem. All data kommer vara avidentifierat och i studien kommer inga personliga bakgrundsdata att presenteras. Dina personuppgifter hanteras enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation, GDPR (EU 2016/679), och ansvarig för dina uppgifter är Göteborgs universitet. När examensarbetet är godkänt kommer allt råmaterial att tas bort.

## **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Vill du ta del av resultatet vänligen kontakta någon av oss, se kontaktuppgifter nedan.

## **Ersättning**

Ingen ersättning utgår för deltagandet i vår studie.

## **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvariga för studien (se nedan).

## **Länk till enkäten**

<https://sv.surveymonkey.com/r/ZJHWVQD>

## **Ansvariga för studien**

Theresé Johansson

Telefonnummer: 0738-397405

E-mail: gusjohthba@student.gu.se

AnnaLisa Ask

Telefonnummer: 0702-368627

E-mail: gusannalas@student.gu.se

Handledare vid Göteborgs Universitet:

Eva Lidén, Docent i vårdvetenskap

Telefonnummer: 031-7866427

E-mail: eva.liden@gu.se