



Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa och perinatal omvårdnad
Kurs: HK-10

Föräldrars upplevelse av att få ett för tidigt fött barn

En litteraturstudie

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå) 2012

Författare:
Emma Fahlén
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Clara Liliequist
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Anna Hjelmstedt
Med. Dr.
Leg. Barnmorska

Examinator:
Erica Schytt
Med. Dr
Leg. Barnmorska



Department of women's and children's health
Division of reproductive and perinatal health
Course: HK-10

Parents' experience of having a prematurely born infant

A literature study

Degree of sexual, reproductive and perinatal health, 15 hp
(Advanced level), 2012

Authors:
Emma Fahlén
RN
Midwifery student

Clara Liliequist
RN
Midwifery student

Supervisor:
Anna Hjelmstedt
RN, RM
PhD

Examiner:
Erica Schytt
RN, RM
PhD

Sammanfattning

Bakgrund: Under graviditeten förbereder sig föräldrarna inför föräldraskapet, båda två på sitt sätt. När ett barn föds för tidigt avbryts den normala utvecklingsprocessen till att bli förälder. Föräldraskapet kommer tidigare än väntat. Föräldrarnas oro och stress över att ha barnet på en intensivvårdsavdelning kan medföra många olika känslor, så som hjälplöshet, ilska och sorg.

Syfte: Att beskriva föräldrars upplevelse av att få ett för tidigt fött barn.

Metod: En litteraturstudie baserad på 12 kvalitativa vetenskapliga artiklar utfördes.

Resultat: Föräldrarna var inte beredda på att föda barn så tidigt och upplevde en överklighetskänsla över att föräldraskapet kom så plötsligt. De första dagarna som mamma var traumatiska och inte alls som de hade föreställt sig. Kvinnorna saknade den första känslan av lycka av att få barn, då början på moderskapet inte blev som de hade tänkt sig. Den första tiden efter förlossningen oroade sig föräldrarna för att barnet skulle vara sjukt, eller i värsta fall inte överleva. De upplevde en känsla av verklighet första gången de höll sitt barn. Ju mer de fick vara nära sina barn, desto lättare blev övergången till föräldraskapet. När de blev mer aktiva i omvårdnaden kände de sig viktiga som föräldrar. För att kunna hantera alla svårigheter och utmaningar som föräldrar till för tidigt födda barn möter var det viktigt att få stöd från familj och sjukvårdspersonal.

Konklusion: Föräldrar till för tidigt födda barn behöver vara nära sitt barn och vara delaktiga i vården för att växa in i föräldraskapet.

Nyckelord: föräldrar, upplevelse, prematur.

Abstract

Background: During pregnancy, the parents prepare for parenthood, both in their own way. When a child is born prematurely the normal process of becoming a parent is interrupted. Parenthood comes sooner than expected. The stress of having the child in an intensive care unit may involve many emotions, such as helplessness, anger and sadness.

Aim: To describe parents' experience of having a prematurely born infant.

Method: A literature study based on 12 qualitative scientific studies was conducted.

Results: The parents were not prepared to give birth so early in pregnancy and experienced a sense of unreality when parenthood came so suddenly. The first days as a mother were traumatic, and not as they had imagined. They lacked the first feeling of happiness of having a baby, since the initial phase of motherhood did not turn out to be what they had in mind. In the beginning the parents worried that the child might be ill or not survive. They experienced a sense of reality the first time they held their child. The more time they spent being close to their child, the easier was the transition into parenthood. As they became more active in the baby's care, they felt important as parents. To manage the difficulties and challenges that parents of premature infants face, it was important to receive support from family and medical staff.

Conclusion: To be able to grow into parenthood, parents of premature infants need to be close to their child, and be involved in the care.

Keywords: parents, experience, premature.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Föräldraskap	1
Bindning och anknytning	2
Prematuritet.....	3
Definitioner	3
Orsaker till prematuritet.....	4
Prognos.....	4
Förlossningen.....	4
Neonatalvård	5
Kris och utveckling	7
Kommunikation	8
Problemformulering	8
Syfte.....	8
Metod.....	9
Datainsamling.....	9
Kvalitativa metoder	11
Etiska aspekter	12
Förförståelse	12
Resultat	12
Resan mot föräldraskap	20
Den första tiden	20
Känslomässig bindning till barnet.....	22
Delaktighet i vården.....	24
En positiv erfarenhet.....	25
Livet som pågår utanför sjukhuset.....	25
Kommunikation och information	26
Stöd.....	28
Sjukvårdspersonal	28
Familj	28
Diskussion	29

Resultatdiskussion.....	29
Metoddiskussion för de artiklar som ingår i litteraturstudien	33
Metoddiskussion för denna litteraturstudie	35
Datainsamling.....	35
Val av metod	35
Bearbetning.....	35
Överförbarhet.....	36
Förslag till vidare forskning.....	36
Förslag till intervention	37
Konklusion	37
Referenser	38

Introduktion

Vi har under vår verksamhetsförlagda utbildning inom förlossning och eftervård kommit i kontakt med föräldrapar som fått ett för tidigt fött barn. Under våra yrkesverksamma år som sjuksköterskor har vi även arbetat mycket med föräldrar som befinner sig i kris. Detta har gjort att vi önskar fördjupa oss mer i föräldrarnas upplevelse av att få ett för tidigt fött barn, för att på bästa sätt kunna stödja dem.

Bakgrund

Föräldraskap

Under graviditeten förbereder sig föräldrarna inför föräldraskapet, båda två på sitt sätt. De har föreställningar om barnet och om sig själva och sin partner som förälder. Ju längre fram i graviditeten de kommer, desto mer verkligt blir barnet och känslorna blandas ofta med oro för att barnet ska vara sjukt (Hedenbro, 2005). Graviditeten kan för modern delas upp i tre olika mognadsprocesser, som är relaterade till de tre trimesterna. Dessa processer kallas för fusionsfasen, differentieringsfasen och separationsfasen. Fusionsfasen är då kvinnan accepterar graviditeten och fostret som en del av sig själv. Hon skapar en bra miljö för fostret och är mån om barnets hälsa. Under differentieringsfasen börjar hon känna fosterrörelser och ser barnet som en egen individ. Hon har tankar och fantasier om sitt barn. Under separationsfasen förbereder sig kvinnan för förlossningen och den fysiska separationen (Raphael-Leff, 2001; Seimyr, 2011).

Att skapa sig en bild och fantisera om det väntade barnet under graviditeten är en naturlig del av föräldraskapet. Det är ett sätt att skapa emotionell förberedelse inför mamma- och papparollen. Den inre bilden av barnet påverkas av hur föräldern uppfattar barnet i magen. Hos kvinnan är det under graviditetsmånad sju som de inre bilderna av barnet sakta luckras upp som en förberedelse inför mötet med det verkliga barnet. Att de inre bilderna luckras upp kan bero på att mamman skyddar sig själv och barnet från att

det ska bli en alltför stor skillnad mellan fantasierna och det verkliga barnet. Om de två inte stämmer överens kan det bli svårt som förälder att släppa sin inre bild och möta det verkliga barnet (Hedenbro & Lidén, 2003).

När ett barn föds för tidigt avbryts den normala utvecklingsprocessen till att bli förälder. Föräldraskapet kommer tidigare än väntat. Föräldrarnas oro och stress över att ha barnet på en intensivvårdsavdelning medför många olika känslor, så som hjälplöshet, ilska och sorg. Kvinnan kan även känna ett visst misslyckande för att inte ha kunnat behålla barnet i livmodern (Kleberg, 2001). Mammor till för tidigt födda barn kommer senare in i rollen som mamma än de som fått ett fullgånget barn (Berg & Premberg, 2010).

Bindning och anknytning

Psykoanalytikern och barnpsykiatrikern John Bowlby utvecklade anknytningsteorin och menade att det finns en biologisk vilja hos föräldrarna att ge omvårdnad som svarar mot barnets ansträngningar att söka omvårdnad (Bowlby, 2010). Han beskrev begreppet anknytning som bandet som utvecklas mellan barn och föräldrar. Kollegan Mary Ainsworth ansåg att begreppen anknytning och bindning borde skiljas åt (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Bindning står för det emotionella band som finns mellan anknytningsperson och barn medan anknytning står för den relation barnet bildar till anknytningspersonen (Hwang & Nilsson, 1996). Det finns ett positivt samband mellan kvinnans bindning till barnet under graviditeten och mor- och barninteraktionen efter födelsen. Upplevelsen av det nyfödda barnet varierar mellan olika mammor. Vissa känner en känslomässig bindning direkt medan andra kan känna ångest och ha en viss distans. En förlossning som varit traumatisk och ångestladdad kan ge känslomässiga blockeringar inför barnet. En förlossning som däremot varit en positiv upplevelse kan få kvinnor att lättare känna en samhörighet med sitt barn (Berg & Premberg, 2010).

En basal förutsättning för överlevnad hos spädbarn är att det utvecklas en anknytningsrelation till föräldrarna, en omsorgsperson som tryggar barnets säkerhet. Det finns ett biologiskt inbyggt motiv för barnet att knyta an till sina föräldrar vare sig

de är varma och kärleksfulla eller kyliga och avståndstagande. En anknytning finns nästan undantagslöst om det finns kontinuerliga omsorgspersoner i barnets värld. För att samspelet mellan barnet och föräldern ska kunna utvecklas tryggt behöver barnet känna att föräldern är närvarande och kan avläsa dess signaler och behov. När barnet upplever detta utvecklas känslan av trygghet och tillit (Brodén, 2004). Om samspelet blir stört kan barnets känslomässiga utveckling bli påverkat (Brodén, 1999).

Prematuritet

Definitioner

Definitionen på prematuritet är ett barn som föds före 37 fullgångna graviditetsveckor (Miall, Rudolf & Levene, 2004). I början av 1900-talet definierades det utifrån födelsevikt, och ett barn som vägde under 2500 gram klassificerades som prematurt. Fortfarande används detta som mått i länder där ultraljudsdatering av graviditetslängd inte är möjlig (Fellman, 2008). Prematuritet delas in i tre grupper efter gestationsålder. Barn födda före vecka 28 räknas som extremt prematura, mellan vecka 29 och 32 som mycket prematura och mellan vecka 33 och vecka 36 som måttligt prematura (Fellman, 2008). Omkring fyra till sex procent av alla barn föds för tidigt (Fellman, 2008; Miall, Rudolf & Levene, 2004) och av dem föds ca en procent före vecka 30 (Westgren, 2008).

Andra vanligt förekommande termer inom neonatologin är LBW, VLBW och ELBW. LBW (low birth weight) eller låg födelsevikt innebär en vikt under 2500 gram. VLBW (very low birth weight), mycket låg födelsevikt, innebär vikt under 1500 gram, och ELBW (extremely low birth weight), extremt låg födelsevikt definieras som födelsevikt under 1000 gram (Olhager, 2011).

Prematuritet är inte en sjukdom, utan en brist på anpassning till den extrauterina miljön. Det prematura barnet är mycket känsligare än det fullgångna, då det ej har gått igenom de nödvändiga förberedelserna inför förlossningen (Lagercrantz, 2007).

Orsaker till prematurförlossning

Det finns olika orsaker till att ett barn föds för tidigt. Exempel på detta är sjukdomar hos mamman så som diabetes, autoimmuna sjukdomar, blödningar, preeklampsi och rökning. Orsakerna kan även vara flerbörd, för tidig vattenavgång, maternell fetma, hög eller låg maternell ålder och perinatale infektioner (Olhager, 2011; Westgren, 2008). Även mammor som skattar depressiva symtom under graviditeten har en ökad risk att föda barn för tidigt (Fransson, Örténstrand & Hjelmstedt, 2011). 20 procent av alla prematura förlossningar är inducerade på grund av maternella eller fetala sjukdomstillstånd (Westgren, 2008).

Prognos

Prognosen för måttligt prematurfödda barn är med modern neonatalvård oftast god. Om inga övriga sjukdomar eller missbildningar finns är vården av barnet som regel komplikationsfri. För de extremt prematurfödda barnen däremot väntas en lång och krävande vårdtid och komplikationer är vanliga. På grund av omogna lungor behöver dessa barn andningshjälp. Numera kan övertrycksandning med hjälp av CPAP (continuous positive airway pressure) vara tillräckligt, men många barn behöver surfactantbehandling (läkemedel för att alveolerna i lungorna ska hållas utspända) och respiratorvård. Cirka 30 procent av dessa barn utvecklar på grund av detta en kronisk lungsjukdom – bronkopulmonell dysplasi (Fellman, 2008). Andra problem som kan drabba de prematurfödda barnen är öppenstående ductus, pulmonell hypertension, hjärnblödning, retinopati, hypoglykemi, nekrotiserande enterokolit och problem med temperaturreglering (Miall, Rudolf & Levene, 2004). Omkring 80 procent av barnen med en födelsevikt under 1000 gram överlever idag, att jämföra med 10 procent på 1960-talet. Av barn som föds med en vikt mellan 1000 och 1500 gram överlever 95 procent (Lagercrantz, 2007).

Förlossningen

På grund av den ofta mycket plötsliga förlossningen är föräldrarna oförberedda på händelsen, och det är då önskvärt om personalen som kommer att ta hand om barnet har

möjlighet att träffa föräldrarna och ge information före förlossningen. Om kvinnans tillstånd tillåter är det positivt om föräldrarna kan besöka neonatalavdelningen. I annat fall kan information om avdelningen ges genom någon form av informationspärm eller broschyr (Lundqvist & Kleberg, 2009).

Beroende på barnets tillstånd direkt efter förlossningen är det bra för bindningen och anknytningen om det kan få ligga hud mot hud med sin mor en stund. För extremt prematurfödda barn är detta sällan möjligt, och det är då viktigt att föräldrarna får se sitt barn innan transporten till neonatalavdelningen. Pappan/partnern bör tillfrågas om han vill följa med barnet till rummet där det initiala omhändertagandet sker, och sedan även till neonatalavdelningen. Om han väljer att avstå är det viktigt att personalen fortlöpande ger information till föräldrarna om vad som sker. Önskvärt är att mor och barn får vårdas tillsammans, men denna vårdform (samvård) finns endast på ett fåtal kliniker (Lundqvist & Kleberg, 2009). I en studie av Erlandsson och Fagerberg (2005) berättar mammorna att det var viktigt för dem att vårdas på samma avdelning som sitt barn då detta främjade samspelet mellan dem.

Neonatalvård

Inom neonatalvården är känguruvård en vanlig vårdform, vilket innebär att barnet hålls hud mot hud med föräldrarna. Känguruvård ger närhet mellan barn och föräldrar och främjar både anknytningen och amningen (Olhager, 2011). Vid närkontakt och beröring frisätts oxytocin som bidrar till att utveckla relationen och bindningen mellan förälder och barn. Oxytocinfrisättningen ger ett lugn och föräldrarnas stress minskar. Ju oftare denna frisättning sker, desto längre håller den lugnande effekten i sig. Oxytocin stimulerar även tillväxt och det har visat sig att en del för tidigt födda barn växer snabbare vid beröring. Andra positiva effekter av oxytocin är att det har en smärtlindrande effekt, påverkan på blodtryck och temperaturreglering, stimulerar sårhäkning samt ger effektivare matsmältning och bättre näringsupptag (Ulvnäs Moberg, 2000). I en studie berättar mammorna att känguruvård var ett fantastiskt sätt att lära känna sitt barn och de upplevde att barnen blev lugnare. De upplevde att de genom känguruvården lärde känna sig själva som förälder (Roller, 2005), de kände sig

kompetenta och viktiga som vårdgivare (Blomqvist & Nyqvist, 2010). Även mycket sjuka och små barn kan vårdas hud mot hud (Olhager, 2011). Redan första veckan kan ett barn som föds före 28 graviditetsveckor vårdas hud mot hud, såvida inga interventioner krävs (Lagercrantz, 2007).

NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) är en arbetsmodell för omvårdnad av prematura barn, vars mål är att stödja barnet i sin utveckling och underlätta anknytningsprocessen mellan föräldrar och barn. Inom NIDCAP ses föräldrarna som de viktigaste personerna för barnet och vården är, som namnet antyder, individuellt anpassad. Personalen stödjer föräldrarna i att lära känna sitt barns signaler, och på så sätt ökar föräldrarnas självförtroende (Lundqvist & Kleberg, 2009).

Barnsjuksköterskan Inger Hallström skriver i boken *Pediatrisk omvårdnad* (2009) om de behov föräldrar har i samband med att deras barn vårdas på sjukhus. Några av dessa punkter innefattar att känna trygghet i att sjukvårdspersonalen är kompetenta, att ha god kommunikation med personalen och få information om vad, hur och varför saker ska göras samt att ha kontroll över situationen. Föräldrarna har behov av att vara delaktiga i beslut som tas och när de ska ta över sysslor som personalen vanligtvis gör, är det personalens ansvar att se till så att föräldrarna har tillräckliga kunskaper för att känna sig trygga med detta (Erlandsson & Fagerberg, 2005; Hallström, 2009). Att passa in är viktigt för en del föräldrar, och de undviker ofta att säga sådant som kan tolkas som kritik mot personalen. Föräldrarna har även ett starkt behov av att få träffa övriga familjemedlemmar under sjukhusvistelsen. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen är lyhörd gentemot föräldrarna, då alla uttrycker sina behov på olika sätt. En del är tystlåtna och vill inte vara till besvär, medan andra ställer frågor ofta och så fort de uppstår (Hallström, 2009).

Kris och utveckling

”Ett psykiskt kristillstånd befinner man sig i då ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation som man råkat in i.” (Cullberg, sid 19, 2006).

Att bli förälder är en livssituation som kan betraktas från flera olika aspekter. Inom kristeorin talas det om livs- eller utvecklingskriser (Hedenbro, 2005). Ordet ”kris” kommer från grekiskans *krisis* som betyder vändpunkt eller plötslig förändring. Begreppet kris används ofta för att beskriva ett psykologiskt reaktionsmönster inför akuta svårigheter och problem (Cullberg, 2006).

Cullberg nämner i sin bok Kris och utveckling (2006) fyra aspekter som rör krissituationer:

1. Den utlösande faktorn, vilket antingen kan vara plötsliga och oväntade påfrestningar, eller omvälvande händelser som tillhör det normala livet, så som att få barn.
2. Vilken betydelse det inträffade har för den drabbade personen. Samma händelse kan ha olika innebörd för olika personer.
3. Den drabbade personens aktuella livsperiod, exempelvis åldersrelaterade utvecklings- och förändringsperioder.
4. Sociala förutsättningar, så som familje- och arbetssituation.
Första barnets födelse innebär en omstrukturering av roller och relationer. För att föräldrarelationen ska kunna utvecklas måste parrelationen genomgå en förändring (Hedenbro & Lidén, 2003).

För den som lever tillsammans med andra är varje kris en gemensam angelägenhet. Om en eller flera i familjen har problem drabbas alla på något sätt. I en välfungerande familj kan personerna stödja varandra medan det blir en ytterligare påfrestning för en icke välfungerande familj i en krissituation. När en familj drabbas av sorg ökar kraven på

samarbetet mellan föräldrarna. Det kan ofta uppstå tysta anklagelser mot en själv eller partnern av att ha orsakat det inträffade (Cullberg, 2006).

Kommunikation

Kommunikation innebär en överföring av information och handlar både om verbalt uttryck och om kroppsspråk. Kommunikation är nödvändigt, och ibland även livsnödvändigt inom sjukvården (Fossum, 2007). Patienten befinner sig i ett underläge, då sjukvårdspersonalen sitter inne med all kunskap. En maktsituation är oundviklig, men det är viktigt med patientcentrerad kommunikation för att relationen ska bli mer jämlik (Vinhagen, 2007). Vid det första mötet läser patienten av beteendet hos sjukvårdspersonalen för att kunna avgöra om det går att känna sig trygg (Andersson, 2007). Orden är inte det som påverkar mest i ett möte mellan två personer. Röstens och kroppsspråket står för ungefär 90 procent i ett budskap (Enqvist, 2007).

Problemformulering

Föräldrar har många föreställningar om hur det kommer att vara att vara gravid och att bli förälder och de bygger upp en bild av sitt barn (Hedenbro & Lidén, 2003). När ett barn föds för tidigt avbryts den processen (Kleberg, 2001). Om en förlossning inte går som kvinnan hade förväntat sig kan de första känslorna för barnet bli påverkade (Brodén, 2004). Det är därför viktigt att utöka vårdpersonalens kunskap om detta och hur föräldrarna upplever tiden med ett för tidigt fött barn på neonatalavdelningen, för att bättre kunna stödja dem i sin föräldraroll.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva föräldrars upplevelse av att få ett för tidigt fött barn.

Metod

Arbetet är i form av en litteraturstudie, baserad på kvalitativa artiklar. Med litteraturstudie menas att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt område. En sammanställning och analys av resultat från kvalitativ forskning, från liknande ämnesområden med samma datainsamlings- och analysmetod, kallas metasyntes. I denna litteraturstudie har författarna använt sig av metoden som tillämpas i en metasyntes, det vill säga att finna meningsbärande enheter som kodas och sedan reduceras till gemensamma nämnare. Dessa gemensamma nämnare kallas kategorier eller subteman vilka sedan sorteras in under bredare teman (Forsberg & Wengström, 2008). Det var svårt att hitta ett tillräckligt stort material av studier genomförda med samma kvalitativa metod, vilket en fullständig metasyntes kräver. Därför gjordes en sammanställning av kvalitativa resultat från studier där man använt sig av olika metoder, men med samma metodik som vid en metasyntes.

Datainsamling

Kvalitativa studier söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Sökord som användes var: parents, mothers, fathers, experience, preterm, premature, neonatal. Inklusionskriterier innefattade studier på engelska, publicerade de senaste tio åren och att de fanns i fulltext i databasen på Karolinska Institutets bibliotek.

Sökord och sökvägar redovisas i tabell 1.

Tabell 1.

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Inkluderade
PubMed	Parents AND experience AND neonatal	Engelska, publicerade de senaste 10 åren	266	1
PubMed	Parents AND experience AND preterm	Engelska, publicerade de senaste 10 åren	80	2
PubMed	Parents AND experience AND preterm AND qualitative	Engelska, publicerade de senaste 10 åren	21	1
PubMed	Fathers' AND experience AND preterm	Engelska, publicerade de senaste 10 åren	11	2
Cinahl	Parents AND experience AND preterm	Publicerade de senaste 10 åren	43	1
Related articles				2
Manuell sökning i referenslistor				3

Av de träffar som kom upp vid sökningarna lästes de abstract igenom där titeln verkade stämma överrens med syftet, och på så sätt valdes artiklar ut för vidare granskning. Därefter lästes artiklarna i sin helhet och de som ej ansågs relevanta för studien exkluderades. 12 artiklar som motsvarade studiens syfte inkluderades. De inkluderade artiklarna lästes upprepade gånger. Artiklarna lästes först av författarna enskilt, sedan gjordes en gemensam genomgång. Artiklarna fördes in i en matris för att ge en överblick över deras innehåll, se tabell 2 och 3.

Då artiklarna lästs igenom plockades teman, diskurser (uttryck inom ett ämne utifrån ett visst perspektiv och sammanhang), kategorier och subteman från dessa ut och skrevs på separata post-it-lappar. Lapparna grupperades utifrån likheter i dess innehåll. Några få subteman och kategorier föll bort då dessa inte återkom i övriga studier. Polit och Beck (2011) förklarar att data bör bearbetas till mindre, mer hanterbara enheter för att lättare kunna granskas. Genom att identifiera nyckelord och begrepp reduceras data för att omfatta gemensamma nämnare (Forsberg & Wengström, 2008). Nya teman och kategorier bildades och de fick rubriker. På detta sätt blev materialet överskådligt och lättarbetat.

Kvalitativa metoder

I fem av studierna har fenomenologisk metod använts. Ordet fenomenologi betyder läran om fenomen som visar sig för medvetandet samt hur det tolkas. Metoden innebär att beskriva och förklara det som framträder, och på vilket sätt det sker. I en av studierna används en hermeneutisk fenomenologisk analysmetod. I denna metod kombineras fenomenologin med hermeneutiken. Denna kombination syftar till att fördjupa sig i strukturerna och processerna som leder till förståelse. Detta görs genom att identifiera koder och tecken i texten. En av artiklarna är skriven utifrån etnografisk metod. Författaren använder då ett kulturellt perspektiv för att förstå och tolka resultaten av den insamlade datan. Tolkningen kan inte separeras från tid, plats eller rum. Innehållsanalys användes som metod i tre av artiklarna. Grunden i metoden är att systematiskt klassificera data för att lättare kunna identifiera mönster och teman. Målet är att beskriva och kvantifiera fenomen. I en artikel användes grounded theory (konstant jämförande metod) som metod. Grounded theory är mer strukturerad än andra metoder och den inte bara beskriver fenomenen, utan har även för avsikt att förklara dessa. Datainsamling, analys och teoribildning pågår samtidigt (Forsberg & Wengström, 2008). Diskursanalys användes i en av artiklarna. I diskursteorin är språket det centrala och innebär att olika diskurser kommer fram genom samtal. Med diskurs menas ett bestämt sätt att tala om och förstå sammanhang. Dessa diskurser är bundna till en specifik kultur (exempelvis sjukhusmiljö) och varierar utifrån sammanhang (Willig, 2008).

Etiska aspekter

Avsikten var att enbart inkludera artiklar som granskats och godkänts av en etisk kommitté. I två av artiklarna framgår inte vilka etiska överväganden som gjorts, dock inkluderades dessa då de motsvarade studiens syfte. Samtliga artiklar som inkluderats redovisas, oavsett om resultatet motsvarade våra förväntningar eller ej (Forsberg & Wengström, 2008).

Förförståelse

Inom kvalitativ forskning poängteras vikten av att redovisa författarnas förförståelse inom ämnet (Forsberg & Wengström, 2008). Båda författarna till denna studie har arbetat med föräldrar och barn i sjukvården. En av författarna har arbetat på neonatalavdelning.

Resultat

Av de 12 artiklar som inkluderats var fem utförda i Sverige, tre i USA, en i Kanada, en i Australien, en i Skottland och en i Taiwan. Artiklarna är publicerade jämnt fördelat mellan åren 2001 och 2010 och har använt sig av sex olika kvalitativa metoder.

Artiklarna presenteras i en matris (tabell 2 och 3) i alfabetisk ordning efter författarna till artiklarna. Artiklarna är numrerade för att underlätta läsningen av matrisen. I matrisen har författarna till detta arbete valt att inte översätta teman, diskurser, kategorier och subteman då innebörden skulle kunna gå förlorad.

Tabell 2. Matris över de artiklar som ingår i litteraturstudien, utifrån relevans för studiens syfte.

	Författare & tidsskrift	Titel, land & år	Syfte	Kvalitativ metod	Datainsamlingsmetod	Deltagare
1	Arockiasamy, V. Holsti, L. Albersheim, S. Pediatrics.	Fathers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A search for control. Kanada, 2008	Få förståelse för pappors upplevelser av att ha mycket sjuka prematurfödda barn på en neonatalavdelning.	Innehållsanalys	Intervjuer	16 pappor
2	Chang Lee, S.-N Long, A. Boore, J. International Journal of Nursing Studies.	Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. Taiwan, 2009	Utforska taiwanesiska mammors upplevelser av föräldraskap då deras prematura barn vårdades på en neonatalavdelning.	Grounded theory	Intervjuer och observationer	26 mammor
3	Hurst, I. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing.	Mothers' strategies to meet their needs in the Newborn Intensive Care Unit USA, 2001	Undersöka mammors beskrivningar och tolkningar av sina egna behov på neonatalavdelning samt deras handlingar för att tillgodose dessa behov.	Etnografisk	Intervjuer och observationer	12 mammor
4	Jackson, K Ternstedt, B.-M. Schollin, J. Journal of Advanced Nursing.	From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. Sverige, 2003	Beskriva upplevelserna av föräldraskap över tid hos sju föräldrapar till för tidigt födda barn.	Fenomenologisk	Intervjuer	7 föräldrapar

5	Lindberg, B. Axelsson, K. Öhrling, K. Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. Sverige, 2008	Beskriva upplevelserna av att vara pappa till ett prematurfött barn.	Tematisk innehållsanalys	Intervjuer	8 pappor
6	Lindberg, B. Öhrling, K. International Journal of Circumpolar Health.	Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. Sverige, 2008	Beskriva mammors upplevelse av att få ett för tidigt fött barn, med fokus på själva förlossningen och tiden direkt efter.	Kvalitativ innehållsanalys	Intervjuer	6 mammor
7	Lundqvist, P. Jakobsson, L. Neonatal Network.	Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants. Sverige, 2003	Beskriva svenska mäns upplevelser av att bli pappor till för tidigt födda barn.	Manifest innehållsanalys	Frågeformulär och intervjuer	8 pappor
8	Lundquist, P. Westas, L. Hallström, I. Journal of Pediatric Nursing.	From distance toward proximity: Fathers' lived experience of caring for their preterm infants. Sverige, 2007	Belysa pappors upplevelse av att vårda sitt prematura barn.	Hermeneutisk fenomenologisk	Intervjuer	13 pappor

9	Lupton, D. Fenwick, J. Social Science and Medicine	'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practicing motherhood in special care nurseries. Australien, 2001	Undersöka hur mammor till nyfödda barn, inlagda på sjukhus, utvecklar sitt moderskap.	Diskursanalys	Intervjuer, observationer och informella samtal	31 mammor
10	Pohlman, S. Advances in Neonatal Care.	The primacy of work and fathering preterm infants: Findings from an interpretive phenomenological study. USA, 2005	Förbättra förståelsen för pappor till prematura barn genom att undersöka betydelsen för, och effekten av arbetet på den tidiga övergången till faderskap.	Fenomenologisk	Intervjuer	9 pappor
11	Schenk, L. Kelley, J.H Advances in Neonatal Care.	Mothering an extremely low birth- weight infant – a phenomenological study. USA, 2010	Undersöka mammors erfarenheter kring födelsen av ett extremt lågviktigt barn och upplevelserna av vistelsen på neonatalavdelning.	Fenomenologisk	Intervjuer	9 mammor
12	Watson, G. Journal of Clinical Nursing.	Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. Skottland, 2010	Utforska de tidiga upplevelserna hos föräldrar som har ett mycket för tidigt fött barn.	Fenomenologisk	Intervjuer	20 föräldrar

Tabell 3. Resultattabell för de artiklar som ingår i litteraturstudien.

	Författare	Teman/diskurser	Kategorier/subteman	Konklusion
1	Arockiasamy, V. Holsti, L. Albersheim, S.	Lack of control	-World View -Information -Communication -Roles -External activities	Pappor upplevde en brist på kontroll när de hade ett mycket för tidigt fött barn på neonatalavdelning. Med information och kommunikation återfick de kontroll. Genom att förstå detta kan sjukvårdspersonal erbjuda individuellt anpassat stöd till papporna.
2	Chang Lee, S.-N Long, A. Boore, J.	A new lived reality Barriers to parenting Support systems Creating connections Loving relationships	-Environmental conditions -Maternal factors -The infant -Cultural barriers -Support from health professionals -Support from family members -Support from other parents in the NICU -Religious or spiritual believes -Establishing physical interactions -Creating emotional connections	Genom att minimera barriärerna, och utöka stödet främjas mamma- barnrelationen och mamman kan utvecklas i sin föräldraroll.
3	Hurst, I.	Mothers' informational and interactional needs Emotional safety in the NICU	-Securing meaningful moments -The mothers' expert knowledge	Förhållandena på neonatalavdelningen gjorde att mammorna kände ett behov av att förhandla med personalen, ifrågasätta handlingar och söka stöd hos en högre ansvarig för att inte vården av deras barn skulle bli påverkad.

4	Jackson, K Ternstedt, B.-M. Schollin, J.	Ailienation	-Ambivalence -Concern for the baby -Need for participation in and control of the care -Unreality -Delegation of care to the staff	Det finns både likheter och skillnader i hur mammor och pappor beskriver föräldraskapet. Detta beror på deras förväntningar inför föräldraskapet, barnets hälsotillstånd och sjukhusmiljön.
5	Lindberg, B. Axelsson, K. Öhrling, K.	Takes time to feel like a real father Gains from the stressful situation	-Getting to know the infant -Growing emotions for the infant -Becoming more confident as a father -Going through change as a person -Strengthening the relationship by undergoing strain -Feeling fortunate despite all	Det tar tid att känna sig som en riktig pappa efter att ha fått ett för tidigt fött barn. Dock har de större möjlighet att vara tillsammans med sitt barn och uppfattar själva att de därför lär känna sitt barn bättre när de jämför sig med pappor till fullgångna barn.
6	Lindberg, B. Öhrling, K.		-Being a mother without being prepared. -Being in a situation filled with anxiety. -Struggling to feel close to the infant. -Effects on family life. -Being able to handle the situation.	Stöd från partner och sjukvårdspersonal, samt kunskap om barnet gjorde det möjligt för mammor att hantera att få ett för tidigt fött barn.
7	Lundqvist, P. Jakobsson, L.		-Concern -Stress -Helplessness -Security -Support -Happiness	Genom stöd och delaktighet upprätthöll papporna en känsla av kontroll, vilket hjälpte dem att hantera situationen att få ett för tidigt fött barn. De hade en önskan om att delta i gruppsamtal med andra män i liknande situation.
8	Lundquist, P. Westas, L. Hallström, I.	Feelings of distance Feelings of proximity	-Living beside reality -Becoming an outsider -Living with worry -Returning to reality -Becoming a family -Facing the future	Genom att belysa pappornas erfarenheter av att få ett för tidigt fött barn kan sjukvårdspersonalen utveckla rutiner för att bli mer lyhörda för pappornas roll som beskyddare över familjen.

9	Lupton, D. Fenwick, J.	Establishing connection and striving to become a “real mother”.		En bra relation mellan mamma och sjukvårdspersonal leder till en mer förberedd och självständig mamma vid utskrivning. De mammor som hade en bra relation med sjukvårdspersonalen kände en större samhörighet med sina barn.
10	Pohlman, S.	The primacy of work	-Work after birth: a renewed sense of fervor -From expert to novice -Juggling work and the outside world	Pappor kan reagera annorlunda än mammor på upplevelsen av att få ett för tidigt fött barn. Deras källa till stress ligger oftast utanför neonatalavdelningen och därmed osynliga för sjukvårdspersonalen.
11	Schenk, L. Kelley, J.H	Being the mother Making connections	-Being worried and scared -Exhaustion -Obligations at home -Touching and holding the infant -Admiration for the infant -Mothering tasks -Accepting help from family and community -Prayer -Relationship with the doctors and nurses	Då ett extremt underviktigt barn föds, omkullkastar det mammornas värld. För att klara av denna situation byggde dessa kvinnor upp nödvändiga band och ”blev” mamma under den långa vistelsen på neonatalavdelningen.
12	Watson, G.	Crisis Uncertainty Powerlessness		Föräldrar till mycket för tidigt födda barn upplever flera kriser, osäkerhet och maktlöshet i övergången till föräldraskap.

Resultatet redovisas i löpande text med citat som förstärker de teman och kategorier som framkom i analysen av artiklarna. Författarna till arbetet har själva översatt citaten från artiklarna till svenska.

Under arbetet framträdde fyra teman med sex underliggande kategorier:

Resan mot föräldraskap

- Den första tiden
- Känslomässig bindning till barnet
- Delaktighet i vården
- En positiv erfarenhet

Livet som pågår utanför sjukhuset

Kommunikation och information

Stöd

- Sjukvårdspersonal
- Familj

Resan mot föräldraskap

Den första tiden

I en studie av Watson (2010) beskrivs beskedet om en hotande prematurförlossning som en första kris. Föräldrarna informerades om att barnet kunde vara i fara och dess överlevnad kunde inte garanteras. För de föräldrar som hade möjlighet, var ett besök på neonatalavdelningen före förlossningen av stor betydelse. På så sätt fick de bekanta sig med miljön och situationen kändes lite mindre skrämmande (Jackson, Ternestedt & Schollin, 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003). En kvinna berättade om stunden då hon fick veta att förlossningen var igång, och på grund av stressen och chocken kunde hon inte ta in allt som sades utan tänkte bara på riskerna (Watson, 2010). Andra studier beskriver en prematurförlossning som en chockartad upplevelse. Föräldrarna var inte beredda på att föda barn så tidigt och upplevde en överklighetskänsla över att föräldraskapet kom så plötsligt (Jackson, et al., 2003; Lindberg & Öhrling, 2008;

Lupton & Fenwick, 2001). Mammorna kände sig ”bestulna” och besvikna över att inte kunna fullfölja graviditeten (Lindberg & Öhrling, 2008). De beskrev förlossningen som oväntad och en känsla av att inte vara delaktig i den (Jackson, et al., 2003). Två artiklar som handlar om mäns upplevelser av att få ett för tidigt fött barn beskriver hur papporna kände sig utanför då de inte hade varit närvarande vid förlossningen på grund av att det skedde akut med kejsarsnitt (Jackson, et al., 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003).

”... de kom och sa 'Här är din dotter'... som om jag inte hade någonting med det att göra, jag var inte med ... så det kunde vara någon annans barn...” (Lundqvist & Jakobsson, sid 27, 2003).

Under graviditeten hade mammorna byggt upp en föreställning om hur barnet skulle se ut efter förlossningen, vilket inte stämde överens med barnet de fick (Lindberg & Öhrling, 2008).

”... jag hade föreställt mig bebisen i mitt huvud sedan jag fått veta att jag var gravid... undrade om det är en pojke eller flicka, vem han eller hon kommer att vara lik... Jag trodde aldrig jag skulle få en pytteliten bebis som inte var i närheten av vad jag hade visualiserat mig...” (Chang Lee, Long & Boore, sid 329, 2009).

De första dagarna som mamma var traumatiska och inte alls så rosaskimrande som de hade föreställt sig. Livet vändes upp och ner (Chang Lee, et al., 2009). Kvinnorna saknade den första känslan av lycka av att få barn, då moderskapet inte blev som de hade tänkt sig (Lindberg & Öhrling, 2008; Lupton & Fenwick, 2001). De kände en viss ambivalens över att å ena sidan glädja sig åt sitt barn och å andra sidan sörja över den för tidiga förlossningen (Jackson, et al., 2003). Kvinnorna var tvungna att acceptera skillnaderna mellan deras förväntningar av hur det skulle vara att bli förälder till ett friskt barn och verkligheten, att deras barn fötts för tidigt. Trots all oro, sorg och rädsla var de tvungna att gå vidare och acceptera att deras barn behövde sin mamma (Chang Lee, et al., 2009).

Den första tiden efter förlossningen präglades av oro för barnet. Föräldrarna oroade sig för att barnet skulle vara sjukt, eller i värsta fall inte överleva (Lindberg & Öhrling, 2008; Lundqvist, Westas & Hallström, 2007). Oron gav sig i uttryck att de hela tiden föreställde sig det värsta (Schenk & Kelley, 2010). Ovissheten av att barnets tillstånd kunde förändras när som helst och att föräldrarna inte skulle vara närvarande då var andra källor till oro (Lindberg & Öhrling, 2008; Watson, 2010).

Flera studier beskriver att pappornas första prioritet till en början var deras partner. Att hjälpa henne att acceptera den nya situationen och utvecklas till mamma var det som de lade mest energi på (Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al., 2007).

”... se till så att mamman mår bra. För barnet tar de ju hand om här ändå. Och jag tror att de första dagarna är det viktigare att mamman mår bra ... att de koncentrerar sig på det...” (Lundqvist & Jakobsson, sid 27, 2003).

Känslomässig bindning till barnet

Att inte få hålla sitt barn efter förlossningen var svårt. Separationen från barnet var bland det mest påfrestande med att få ett för tidigt fött barn. Att bara få hålla eller se sitt barn en kort stund gjorde stor skillnad (Lindberg & Öhrling, 2008). För vissa mammor blev den första kontakten försenad på grund av sjukdom hos modern eller kejsarsnitt då mor och barn blir separerade (Chang Lee, et al., 2009).

”Jag fick inte se henne innan hon förflyttades till neonatalavdelningen. Hon blev snabbt överflyttad till neonatalavdelningen av personalen och jag var fortfarande nedsövd. Jag var ensam på uppvaket när jag vaknade...”
(Chang Lee, et al., sid 330, 2009).

Att ha ett foto på sitt barn var värdefullt då mamman hade svårt att träffa barnet (Lindberg & Öhrling, 2008).

Föräldrarna upplevde en känsla av verklighet första gången de höll sitt barn eller bara fick ögonkontakt med det. De beskrev denna stund som det ögonblick då de först

förstod att det var på riktigt och att barnet var deras. De kände lycka över och samhörighet med sitt barn (Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al., 2007; Schenk & Kelley, 2010).

Ju mer föräldrarna fick vara nära sina barn, desto lättare blev övergången till föräldraskapet (Lindberg & Öhrling, 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003). I en artikel beskriver alla pappor en svårighet med att knyta an till sitt barn, men att en vändpunkt var då de kände sig mogna att hålla och ha ögonkontakt med barnet (Jackson, et al., 2003).

”Det var första gången jag kände att jag kunde vara pappa snarare än sjukvårdspersonal; innan det kände jag mig bara som ytterligare en av alla doktorer och sjuksköterskor där, som bara såg till så att hon överlevde.”
(Arockiasamy, Holsti & Albertsheim, sid 219, 2008).

Vissa föräldrar uttryckte en rädsla för att skada sitt barn då de upplevde dem som ömtåliga (Chang Lee, et al., 2009). En mamma förklarade att även om hon tyckte att det var underbart att hålla sitt barn första gången, ville hon lägga tillbaka honom så fort han rörde på sig då hon blev rädd (Schenk & Kelley, 2010). En pappa berättade om rädslan för att röra vid sitt barn på grund av oron över att dra ut respiratorn och andra slangar (Lundqvist, et al., 2007). En annan pappa beskrev det så här:

”... I början var jag extremt försiktig, jag rörde vid barnet som om han var gjord av kristall.” (Lindberg, Axelsson & Öhrling, sid 81, 2008).

Föräldrarna upplevde känguruvård (hud-mot-hud) som mycket viktigt (Lindberg & Öhrling, 2007; Lundqvist & Jakobsson, 2003). Även på neonatalavdelningar med begränsade besökstider praktiserades denna vårdform (Chang Lee, et al., 2009). En pappa uttryckte sig så här:

”... jag öppnade min skjorta och han kunde ligga på mitt bröst... det är speciellt att känna hans kroppsvärme och andetag, och banden blir starkare direkt...” (Lundqvist & Jakobsson, sid 28, 2003).

Delaktighet i vården

Sakta men säkert mognade mammorna och papporna i sina roller som föräldrar (Lundqvist, et al., 2007) och med tiden förväntades de ta mer ansvar för sina barn (Lindberg, et al., 2008). I studien av Lundqvist et al. (2007) beskrev männen att de kände sig som pappor när de kunde ta hand om sitt barn. När de kände sig viktiga som föräldrar blev de mer aktiva i omvårdnaden. Ansvaret för barnet ökade och de började ta egna initiativ, vilket gav dem mer självförtroende i sin föräldraroll.

Mammorna kände ett behov av att ta hand om sitt barn så mycket som möjligt och vara delaktiga i vården (Hurst, 2001; Jackson, et al., 2003; Lindberg & Öhrling, 2008). Det gav dem en känsla av tillhörighet (Schenk & Kelley, 2010).

”Jämfört med tidigare känner jag mig nu mer trygg med att ta hand om mitt barn... Jag har övat... det är bra, för nu känner jag att alla de där småsakerna jag gör, gör mig till en mamma.” (Chang Lee, et al., sid 333, 2009).

Det var viktigt för dem att själva bestämma hur involverade de ville vara i sitt barns vård. När de behövde be om tillåtelse för att ta hand om sitt barn fick de en känsla av att barnet tillhörde sjukvårdspersonalen (Lindberg & Öhrling, 2008). Även i en annan studie tas detta problem upp. Vissa av mammorna upplevde det som att sjukvårdspersonalen ansåg att barnet tillhörde dem, och att mammorna inkräktade på deras område (Jackson, et al., 2003). Föräldrarna upplevde det även som påfrestande att hela tiden känna sig övervakade av personalen. Miljön på sjukhuset erbjöd inget privatliv då det alltid fanns personal runt omkring dem (Hurst, 2001; Jackson et al., 2003; Lundqvist, et al., 2007; Lupton & Fenwick, 2001). I två studier (Hurst, 2001; Lupton & Fenwick, 2001) berättade mammorna att de blev fråntagna glädjen av att ta hand om sitt eget barn, då personalen lade sig i och ville komma med råd utan att föräldrarna efterfrågat det.

Med tiden lärde föräldrarna känna sitt barn mer och mer. Så småningom upplevde de att de kände sitt barn bäst och att de kunde delge personalen sina åsikter rörande barnets omvårdnad (Hurst, 2001; Lundqvist, et al., 2007; Lupton & Fenwick, 2001).

En positiv erfarenhet

Trots allt de gått igenom tyckte föräldrarna att tiden på neonatalavdelningen var en positiv erfarenhet (Lindberg & Öhrling, 2008). Att få ett för tidigt fött barn gjorde det möjligt för papporna att tillbringa mer tid med sina barn och vara delaktiga i vården. De jämförde sig med vänner som hade fått fullgångna barn och ansåg själva att de kände sina barn bättre och var mer uppmärksamma på barnets utveckling (Lindberg, et al., 2008).

Mammorna uttryckte en stolthet över sina barn, att de kunnat hantera alla svårigheter som mött dem. Barnen var överlevare och mammorna kände en stark samhörighet med dem (Schenk & Kelley, 2010).

Innan barnen skulle skrivas ut från sjukhuset kände mammorna att de hade utvecklat en förståelse för sitt barn (Chang Lee, et al., 2009). När papporna kände att barnets behov av sjukhusvård började närma sig ett slut kunde de se ljuset på framtiden. När de fick komma hem med sitt barn kunde de äntligen känna att det var så det skulle vara att bli pappa (Lundqvist, et al., 2007).

Livet som pågår utanför sjukhuset

Många föräldrar upplevde tiden på neonatalavdelningen som stressande på grund av olika faktorer utanför sjukhuset, så som eventuella syskon till barnet, ansvar för hemmet, arbete och vänner (Chang Lee, et al., 2009; Jackson, et al., 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al., 2007; Pohlman, 2005).

Papporna i studien av Lundqvist et al. (2007) berättade att de planerade sina dagar så att de kunde vara hos sina barn så mycket som möjligt. När de var hemma kände de att de

slösade bort tid som de hade velat tillbringa med sin familj (Lundqvist & Jakobsson, 2003). De längtade efter sina barn när de inte var där och ville komma tillbaka till sjukhuset så snabbt som möjligt (Lindberg, et al., 2008). De kände sig splittrade då de samtidigt hade förpliktelser hemma som de tog på sig ansvaret för, så som övriga barn, husdjur och hushållssysslor (Lundqvist & Jakobsson, 2003; Pohlman, 2005). Många pappor var även tvungna att arbeta (Jackson, et al, 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Pohlman, 2005). För dessa pappor var arbetet ett måste. De såg det som sitt ansvar att vara familjeförsörjaren (Arockiasamy, et al., 2008; Pohlman, 2005). De besökte neonatalavdelningen efter arbetet för att se sitt barn och stötta sin partner, men kände inte att de bidrog med något (Pohlman, 2005).

Även om många pappor hade en önskan om att vara så mycket som möjligt hos sina barn (Arockiasamy, et al., 2008; Lundqvist, et al., 2007) fanns det även de som kände att de behövde komma bort från sjukhuset. Dels för att de inte kunde göra något praktiskt för sina barn på avdelningen, men även för att samla krafter och få en stund för sig själva (Arockiasamy, et al., 2008).

Mammorna i några av studierna pratade mer om sina inre konflikter mellan barnet på neonatalavdelningen och de övriga barnen som behöver henne hemma. Detta resulterade ofta i att de inte tillbringade så mycket tid på sjukhuset som de hade önskat (Chang Lee, et al., 2009; Schenk & Kelley, 2010). Familjelivet blev påverkat då de inte kunde tillbringa tid tillsammans. Mammorna som var mycket på neonatalavdelningen kände sig ensamma och längtade efter resten av familjen. Det var svårt att vara borta från de andra barnen och de i sin tur kunde inte alltid förstå varför mamma inte var hemma (Lindberg & Öhrling, 2008).

Kommunikation och information

God kommunikation mellan föräldrar och vårdpersonal var viktigt för att föräldrarna skulle känna sig trygga och ha kontroll (Arockiasamy, et al., 2008; Lindberg & Öhrling, 2008; Schenk & Kelley, 2010). De efterfrågade en läkare och sjuksköterska som var ansvariga för deras barns vård och som de kunde vända sig till med sina frågor

(Arockiasamy, et al., 2008). Det var viktigt för föräldrarna att det var ett öppet klimat där det vara tillåtet att ställa vilka frågor som helst (Hurst, 2001). Många föräldrar ringde ofta till sjukhuset då de inte kunde vara där för att få höra hur deras barn mårde. Att få ett bra bemötande och den information de efterfrågade gjorde att föräldrarna kände sig delaktiga och trygga trots att de var ifrån sitt barn (Chang Lee, et al., 2009; Hurst, 2001; Lupton & Fenwick, 2001; Schenk & Kelley, 2010). Ett dåligt bemötande ökade föräldrarnas oro och de hade svårt att slappna av. De kände sig sårade och maktlösa och kunde inte längre lita på personalen, i vilkas händer de behövde lägga sitt barns liv. De vågade heller inte ringa tillbaka på grund av rädslan för att vara till ytterligare besvär och på så sätt äventyra barnets vård (Hurst, 2001).

Information om barnets tillstånd inhämtades på olika sätt. Att ha regelbundna samtal med läkare var av stor vikt (Arockiasamy, et al., 2008; Lupton & Fenwick, 2001; Schenk & Kelley, 2010). Några föräldrar efterfrågade skriftlig information om olika åkommor (Arockiasamy, et al., 2008) och andra sökte litteratur på egen hand (Lindberg & Öhrling, 2008; Chang Lee, et al., 2009). En pappa kände sig inte tillräckligt informerad om sitt barns tillstånd, medan en annan såg det som sitt ansvar att själv aktivt söka ytterligare information och på så sätt kunna vara mer delaktig i vården (Arockiasamy, et al., 2008). I artikeln av Lundqvist et al. (2007) beskriver en pappa att han upplevde att första tiden bestod av envägskommunikation, där läkarna informerade, men att han inte kunde förstå informationen tillräckligt för att kunna vara med och fatta beslut. Även i studien av Arockiasamy et al. (2008) tas samma ämne upp, där papporna menade att information var avgörande för att de skulle kunna vara med och ta beslut, vilket gav dem en känsla av kontroll.

En annan strategi för att uppnå en känsla av kontroll var att lära sig hur den medicinsktekniska utrustningen fungerade. Att veta hur utrustningen fungerade gjorde att de kände sig som bra föräldrar (Arockiasamy, et al., 2008; Chang Lee, et al., 2009; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lupton & Fenwick, 2001). Flera pappor beskrev att de försökte hålla koll på siffror och mätvärden för att på så sätt veta hur deras barn mårde (Arockiasamy, et al., 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003).

Stöd

Sjukvårdspersonal

För att kunna hantera alla svårigheter och utmaningar som föräldrar till för tidigt födda barn mötte var det viktigt att få stöd från olika håll (Chang Lee, et al., 2009). Tiden på neonatalavdelningen medförde många olika känslor. En mamma beskrev det som en känslomässig berg- och dalbana (Watson, 2010). Föräldrarna pendlade mellan ilska, oro, sorg, skuld, hjälplöshet, glädje, kärlek och lycka, och de var mycket känslomässigt utsatta (Hurst, 2001; Watson, 2010). Föräldrarna uppskattade att sjukvårdspersonalen lade tid på att hjälpa dem att förstå och handskas med sina kaotiska känslor och uppmuntrade dem att försöka leva i nuet (Lundqvist, et al., 2007).

I studierna av Lindberg och Öhrling (2008) och Schenk och Kelley (2010) menade mammorna att det var viktigt att ha stöd från sjukvårdspersonalen och möjlighet att prata med dem, då detta fick mammorna att känna sig mindre oroliga. En god kontakt med sjukvårdspersonalen gav dem en trygghet i att barnen var i goda händer. Papporna i studien av Lundqvist et al. (2007) beskrev vikten av att känna personalen för att kunna känna sig trygg. En pappa berättade att han inte vågade störa personalen med sina funderingar då han såg hur upptagna de var. I en annan studie (Hurst, 2001) hade mammorna uppfattningen av att vara i vägen och inte välkomna av personalen. De beskrev att det kunde ta lång tid innan personalen hälsade på dem och de kunde utläsa missnöje i deras ansiktsuttryck då de kom in på avdelningen. Föräldrarna ville inte vara till besvär för personalen, då de var rädda att vården av deras barn skulle påverkas. Många föräldrar i studien av Lupton och Fenwick (2001) insåg efter ett tag att det bästa var att hålla låg profil och inte komma med synpunkter eller klagomål för att bibehålla en god relation.

Familj

I majoriteten av studierna talades det om vikten av stöd även från familj och vänner (Arockiasamy, et al., 2008; Chang Lee, et al., 2009; Hurst, 2001; Lindberg & Öhrling, 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al., 2007; Schenk & Kelley, 2010).

Kontakten med andra föräldrar i samma situation gav dem även ett viktigt stöd, då de gått igenom samma erfarenheter (Arockiasamy, et al., 2008; Chang Lee, et al., 2009; Hurst, 2001; Lindberg & Öhrling, 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003).

”De flesta kan inte förstå vår upplevelse, bara de som har sett sitt barn på neonatalavdelning kan förstå hur det är... det är bara de som kan förstå fullt ut...” (Chang Lee, et al., sid 331, 2009).

En del pappor efterfrågade samtalsgrupper för detta ändamål. De önskade separata grupper för mammor och pappor, och med en gruppledare som kunde svara på frågor som kom upp (Arockiasamy, et al., 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003). Dock var det en pappa som menade att då andra föräldrars barn blev sjuka ökade även den egna stressen (Arockiasamy, et al., 2008).

Många föräldrar ansåg att stödet från partnern var det absolut viktigaste (Arockiasamy, et al., 2008; Chang Lee, et al., 2009; Lindberg, et al., 2008; Lindberg & Öhrling, 2008). När föräldrarna stöttade varandra genom tiden på sjukhuset stärktes deras relation och de kunde lättare hantera den glädje och sorg som de mötte (Lindberg, et al., 2008).

Diskussion

Diskussionen presenteras i en resultatdiskussion och en metoddiskussion.

Metoddiskussionen är i sin tur uppdelad under två rubriker; en där artiklarnas metoder diskuteras och en där metoden för denna litteraturstudie diskuteras.

Resultatdiskussion

Föräldrar i flera av studierna uttryckte att det mest påfrestande i början var att ingenting blev som de hade föreställt sig att graviditet och förlossning skulle vara. Graviditeten avbröts för tidigt, innan de var redo, och barnet som föddes motsvarade inte deras inre

bilder och förhoppningar. De kände en förlust av ”det perfekta barnet” (Chang Lee, et al., 2009; Jackson, et al., 2003; Lindberg & Öhrling, 2008; Lupton & Fenwick, 2001). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen har i åtanke att den första tiden med ett för tidigt fött barn kan vara mycket turbulent och föräldrarna behöver mycket stöd i detta. Förlusten av ”det perfekta barnet” kan göra att föräldrarna har svårt att ta till sig och glädja sig över barnet. De behöver få hjälp att se det fina i sitt barn och uppmärksamma det som är positivt.

Oron för barnets tillstånd och det faktum att de skulle kunna mista det var ytterligare en påfrestning för föräldrarna. De föreställde sig det värsta och var rädda att inte vara närvarande om något skulle hända (Lindberg & Öhrling, 2008; Lundqvist, et al., 2007; Schenk & Kelley, 2010; Watson, 2010). Föräldrarna måste kunna lita på att sjukvårdspersonalen hör av sig om barnets tillstånd skulle förändras, så att de vågar lämna avdelningen om de behöver göra det. Ibland kan det till och med behövas att sjukvårdspersonalen uppmuntrar föräldrarna till att komma bort från avdelningen en stund. Föräldrar till barn på sjukhus tenderar att glömma bort sig själva. För att orka vara förälder och ett stöd för sitt barn måste de få pauser ibland utan att de känner skuld över detta.

Många mammor separeras från sina barn direkt efter förlossningen på grund av barnets eller mammans tillstånd. Vid kejsarsnitt är mamman ibland nedsövd och vaknar upp först på uppvakningsavdelningen. Även vid icke akuta kejsarsnitt där mamman är vaken under ingreppet separeras hon från sitt barn på grund av förflyttningen till uppvakningsavdelningen. I två av studierna beskrev mammorna hur viktigt det var att få se sitt barn direkt efter förlossningen, även om det bara blev för en kort stund. Att få ha ett foto på sitt barn under tiden av separation var värdefullt för dem (Chang Lee, et al., 2009; Lindberg & Öhrling, 2008). För att minimera tiden av separation måste personalen på neonatalavdelningen, förlossningen och uppvakningsavdelningen samarbeta. Kommunikation och information mellan avdelningarna är viktigt. Om det inte är absolut nödvändigt att flytta barnet till neonatalavdelningen direkt kan det vara av stor betydelse för mamman och barnet att få hud mot hud-tid före separationen. I flera studier berättade föräldrarna att det var först då de höll sitt barn för första gången som de kände sig som föräldrar (Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al., 2007;

Schenk & Kelley, 2010). Om det då finns möjlighet att låta mamman hålla sitt barn en kort stund direkt efter förlossningen kanske den känslomässiga bindningen växer fram snabbare. Vid alla former av separation, exempelvis vid vård på uppvakningsavdelning, BB-avdelning eller vistelse i hemmet, är det önskvärt om föräldrarna får fortlöpande information om sitt barn. På så sätt skapas tillit, trygghet och kontroll och föräldrarna känner sig delaktiga även om de är ifrån sitt barn.

I studien gjord i Taiwan (Chang Lee et al., 2008) beskrivs det att neonatalavdelningen hade besökstider vid två tillfällen per dag, 30 minuter vardera gången. Många av dessa mammor uttryckte en önskan om att få vara med sitt barn mer och att det kunde vara ett problem att komma till sjukhuset en bestämd tid. Denna separation leder självklart till svårigheter med bindning och anknytning samt exempelvis amning. Detta är en stor kontrast till länder som har fri besökstid och på många platser möjlighet för föräldrarna att sova över på sjukhuset.

Många föräldrar i studierna uttryckte att sjukhusmiljön var ett hinder för dem att komma nära sitt barn. Den medicintekniska utrustningen var skrämmande, barnen små och sköra och de kände att de saknade kontroll över situationen. De kände sig ständigt övervakade då de tog hand om sitt barn och upplevde det som att barnet inte tillhörde dem. De kände sig inte som barnets primära vårdgivare (Chang Lee, et al., 2008; Hurst, 2001; Jackson, et al., 2003; Lindberg & Öhring, 2008; Lundqvist, et al., 2007; Lupton & Fenwick, 2001). Detta visar på vikten av stöd och god kommunikation mellan föräldrar och sjukvårdspersonal. Om föräldrarna får tillräckligt med information om den medicinska utrustningen känner de sig troligen mindre rädda för de slangar och sladdar som finns och vågar på så sätt röra vid sitt barn mer. En förälder med otillräcklig information om utrustningen kan kanske uppfatta all utrustning som livsuppehållande och kan därmed vara rädd för att någon sladd ska lossna om han eller hon förflyttar sitt barn. För att stärka föräldrarnas självförtroende och därigenom främja relationen till barnet måste de få känna sig delaktiga och viktiga i sitt barns vård. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att vara lyhörd och involvera föräldrarna i vården så tidigt som möjligt, så att de redan i början av vårdtiden vågar ta egna initiativ och ”vara förälder”.

I majoriteten av de svenska studierna hade papporna en hög närvaro på neonatalavdelningen. De hade ett behov av att känna sig delaktiga i vården av sitt barn. Möjligheten att vara närvarande kan ha funnits på grund av att båda föräldrarna i Sverige kan ta ut tillfällig föräldrapenning för vård av svårt sjukt barn och på så sätt få 80 procent av inkomsten utbetald under den tiden ("Tillfällig föräldrapenning, 2011). Detta skiljer sig från studien av Pohlman (2005) där papporna nästan genast efter förlossningen kände sig tvungna att gå tillbaka till arbetet. Genom att trygga ekonomin kände de att de var ett stöd för familjen. Då föräldrar i USA endast har rätt till obetald föräldraledighet ("Leave Benefits", 2010) är det därför troligt att dessa pappor går tillbaka till arbetet tidigare. Dessa pappor besökte avdelningen efter arbetet, men kände då att de inte bidrog med något (Pohlman, 2005). I studien av Lindberg et al. (2008) jämförde sig papporna med vänner som fått barn i fullgången tid, och de ansåg att de kände sitt barn bättre då de tillbringat mer tid med dem. En slutsats kan kanske därför vara att pappor som arbetat under den första tiden med ett för tidigt fött barn inte utvecklar samma samhörighet med barnet som om de hade haft möjlighet till föräldraledighet.

Föräldrarna kan känna sig splittrade mellan sjukhuset och hemmet där eventuella syskon finns (Chang Lee, et al., 2009; Lindberg & Öhrling, 2008; Schenk & Kelley, 2010). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen är förstående och inte lägger någon värdering i att föräldrarna kan behöva vara hemma med de övriga barnen ibland. Genom att underlätta för dem kanske de skuldbelägger sig själva mindre. Att involvera syskonen i vården av det för tidigt födda barnet kan kanske hjälpa dem att förstå varför föräldrarna inte alltid kan vara hemma. Precis som föräldrarna inte känner sig som föräldrar innan de får hålla och sköta om sitt barn, måste syskon ha svårt att förstå att de blivit storasyster eller storebror om de inte får se och träffa barnet.

Föräldrarna önskade ett öppet klimat där frågor och funderingar var välkomna (Hurst, 2001). För att de ska kunna vara trygga med vården av sina barn måste de våga ställa frågor till sjukvårdspersonalen utan att känna att de stör och är i vägen. Sjukvårdspersonalens kroppsspråk är av stor vikt då det kan signalera dolda budskap som inte framförs genom det verbala språket, och missförstånd kan uppstå.

Flera föräldrar efterfrågade samtalsgrupper där föräldrar i samma situation kunde dela med sig av positiva och negativa erfarenheter (Arockiasamy, et al., 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003). Föräldraföreningar besöker ibland sjukhusen och informerar om sin verksamhet ("Föräldrafika på sjukhusen", 2011). Möjligheten till sådana stödgrupper borde finnas på alla sjukhus. Att träffa andra människor i samma situation är ett bra stöd då ingen annan kan förstå den situation de befinner sig i. Detta stöd behövs under sjukhusvistelsen, men kanske framför allt efteråt. Först efter att familjen kommit hem och den mest akuta tiden är över kanske behovet av stöd från andra blir mer tydligt. Dock finns det de som upplever att stressen ökar då andra föräldrar delar med sig av sina problem och då deras barn blir sjuka (Arockiasamy, et al., 2008). Många föräldrar har säkert fullt upp med sitt eget och en del kanske inte orkar vara ett stöd för andra i sådana typer av föräldragrupper. Det är viktigt att fånga upp dessa föräldrar så att de får det stöd de behöver ändå, av exempelvis kurator eller psykolog.

Det viktigaste stödet upplevde föräldrarna att de fick av sin partner (Arockiasamy, et al., 2008; Chang Lee, et al., 2009; Lindberg, et al., 2008; Lindberg & Öhrling, 2008). De två går igenom upplevelsen tillsammans och delar de sorg- och glädjeämnen som det nya barnet innebär. Föräldrarna i en studie menade att relationen stärktes (Lindberg, et al., 2008). Samtidigt är det mycket slitsamt att ha ett barn på sjukhus. Har de dessutom barn hemma kan påfrestningen på relationen öka då föräldrarna inte träffar varandra så mycket som de skulle behöva och vilja. Återigen är det viktigt att sjukvårdspersonalen uppmärksammar detta och underlättar för föräldrarna att få ett så normalt familjeliv som möjligt.

Metoddiskussion för de artiklar som ingår i litteraturstudien

Enligt Forsberg och Wengström (2008) ska de artiklar som ingår i en litteraturstudie värderas genom kritisk granskning för att på så sätt bedöma deras kvalitet. I denna uppsats har författarna valt att värdera studiernas metoder, teman och kategorier, urval, exklusions- och inklusionskriterier samt etiska granskning.

Sex olika kvalitativa metoder har använts i studierna. Metoderna var tydligt beskrivna och ansågs relevanta för studiernas syften. De teman och kategorier som tagits fram i artiklarna var relevanta för syftet, sammanfattade resultatet väl och belystes och förstärktes med citat från de intervjuade. Urvalet i studierna var varierande mellan 6 och 31 intervjuade. Det finns ingen regel för storleken på urvalet inom kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012). Det var god spridning gällande exempelvis åldrar och socioekonomisk bakgrund. I samtliga artiklar var exklusions- och inklusionskriterier noggrant beskrivna. I de flesta artiklarna hade författarna uttryckligen skrivit i metoden att de endast inkluderade de föräldrar som behärskade språket som författarna talade (Arockiasamy, et al. 2008; Chang Lee, et al. 2009; Hurst, 2001; Jackson, et al. 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al. 2007; Pohlman, 2005; Schenk & Kelley, 2010). Samtliga artiklar hade kriterier för barnets gestationsålder. Hälften av studierna krävde att barnet inte skulle ha några medfödda missbildningar (Chang Lee, et al. 2009; Hurst, 2001; Jackson, et al. 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al. 2007; Pohlman, 2005) och i en studie hade de även en lägsta gräns för Apgar-poäng vid fem minuters ålder (Lundqvist & Jakobsson, 2003), troligen för att exkludera barn med förlossningsskador. En artikel hade som krav att föräldrarna inte skulle vara ensamstående (Chang Lee, et al. 2009), och några hade även en nedre åldersgräns på föräldrarna (Chang Lee, et al. 2009; Hurst, 2001; Pohlman, 2005; Schenk & Kelley, 2010). I samtliga artiklar framgick det att de intervjuade hade fått informationen att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande. I två av de 12 artiklarna som inkluderats i detta arbete framgår inte om de har fått studien godkänd av en etisk kommitté (Hurst, 2001; Lupton & Fenwick, 2001). Dock är båda dessa artiklar publicerade och den ena (Lupton & Fenwick, 2001) är ofta förekommande som referens i andra vetenskapliga artiklar. Vi har inte heller funnit några etiska problem och därför har dessa inkluderats i arbetet.

Metoddiskussion för denna litteraturstudie

Datainsamling

Olika sökord kombinerades i två databaser för att finna relevanta artiklar som motsvarade syftet för denna studie. Flera av artiklarna återkom vid de olika sökningarna. Endast artiklar som fanns på Karolinska Institutets databas eller som papperskopia på biblioteket användes. Andra artiklar som motsvarade syftet kan därigenom ha gått förlorade. Endast artiklar med kvalitativ metod valdes.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt publicerade inom en tioårsperiod, mellan 2001 och 2011. Samtliga artiklar svarade mot dessa kriterier, dock var datainsamlingen i fyra av artiklarna utförd något tidigare (Hurst, 2001; Jackson, et al. 2003; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lupton & Fenwick, 2001).

Val av metod

Efter beslutet av ämnesval och då de första sökningarna i databaserna gjordes fann vi att en hel del forskning fanns inom området. Vi valde då att sammanställa en del av denna forskning för att finna likheter i resultaten. En kvalitativ metod lämpade sig bäst för detta ändamål då syftet var att beskriva föräldrars upplevelse av att få ett för tidigt fött barn. Det var på denna nivå inte möjligt att använda artiklar med samma kvalitativa metod, och därigenom göra en renodlad metasyntes.

Bearbetning

Artiklarna lästes igenom av författarna var och en för sig och sedan gjordes en gemensam genomgång. I två av artiklarna hade både föräldrar och sjuksköterskor intervjuats (Lupton & Fenwick, 2001; Watson, 2010). Det framkom tydligt vad i texten som var sjuksköterskornas åsikter och det var därför lätt att sortera bort detta. I artikeln av Jackson et al. (2003) hade intervjuer gjorts med föräldrarna upp till 18 månader efter barnets födelse. Det som handlade om tiden efter hemgång kunde lätt uteslutas. Två av artiklarna hade inkluderat ett fåtal fullgångna barn som vårdats på neonatalavdelning (Arockisamy, et al. 2008; Lupton & Fenwick, 2001). Då det var tydligt vilka

kommentarer som tillhörde föräldrar till fullgångna barn togs dessa åsikter bort. I de fall då barnets gestationsålder inte framgått kan åsikter av föräldrar till fullgångna barn ha kommit med i resultatet. Dock anser vi att detta inte bör ha påverkat resultatet då åsikterna från alla föräldrar var överensstämmande.

Citat som hämtats från artiklarna har vi själva översatt från engelska till svenska. I en del fall har citaten från början översatts från de intervjuades modersmål till engelska. Trots noggrannhet i översättningen kan feltolkningar ha uppstått.

Överförbarhet

Fem av studierna är utförda i Sverige (Jackson, et al. 2003; Lindberg & Öhrling, 2008; Lindberg, et al. 2008; Lundqvist & Jakobsson, 2003; Lundqvist, et al. 2007). Neonatalvården i Sverige är framstående och detta är troligen en bidragande orsak till att mycket forskning görs här. På grund av olika förutsättningar kan studier från exempelvis Sverige inte alltid appliceras i andra länder. Detta kan även gälla i förhållandet mellan höginkomstländer och låginkomstländer. Samtliga av dessa studier var utförda i västerländska kulturer utom en (Chang Lee, et al. 2008). Trots de kulturella skillnaderna, då de i Taiwan även utövar kinesisk medicin, var resultaten i samtliga artiklar samstämmiga. Sjukvården och kulturen kan variera mellan studierna, men upplevelserna av att få ett för tidigt fött barn var desamma.

Förslag till vidare forskning

Genom detta arbete har vi sett att det kan vara svårt att utöva sjukvård baserad enbart på västerländsk forskning i länder med starka kulturella vanor. I Taiwan utövas kinesisk medicin vilket för dessa mödrar bland annat innebär att de förväntas vila första månaden efter förlossningen (Zuo Yue Zi), för att förhindra framtida hälsoproblem (Chang Lee, et al. 2008). Detta innebär att de inte kan besöka sina barn på sjukhuset i samma utsträckning som mammor i andra kulturer och västerländsk forskning kan därför inte helt appliceras i dessa länder. Det är därför nödvändigt att fortsätta forska på detta område i icke västerländska länder.

Förslag till intervention

Då det finns så pass mycket forskning som pekar på samma slutsats är det viktigt att börja informera sjukvårdspersonalen om dessa resultat, för att få en bättre förståelse för hur föräldrarna tänker och känner. Genom att öka sjukvårdspersonalens medvetenhet kan de på bättre sätt stödja föräldrarna genom den första tiden av föräldraskap.

Konklusion

Föräldrarna i studierna var inte redo för föräldraskapet då barnet föddes för tidigt. De behövde mycket stöd och hjälp för att känna sig trygga. Ju mer de fick vara nära sitt barn och vara delaktiga i vården, desto snabbare kunde de växa in i sin roll som förälder, och slutligen känna att de var de som kände sitt barn bäst.

Referenser

Andersson, Sven-Olof (2007). Mötet och samtalet. I B. Fossum (red), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 101-134). Lund: Studentlitteratur.

Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albertsheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. 121(2), e215-222.

Berg, Marie, & Premberg, Åsa (2010) Att bli förälder. I M. Berg & I. Lundgren (red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2. uppl.) (s. 69-83). Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, Y., & Nyqvist, K. (2010). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1472-1480.

Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. (2. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjlighet: en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur & Kultur.

Brodén, Margareta (1999) Tidigt samspel – förutsättningen för utveckling. I P. Hwang (red.) (1999). *Spädbarnets psykologi*. (2. uppl.) (s. 131-158). Stockholm: Natur och kultur.

Chang Lee, S., Long, A., & Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 326-336.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Enqvist, Björn (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I B. Fossum (red), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 409-424). Lund: Studentlitteratur.

Erlandsson, K., & Fagerberg, I. (2005). Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery*, 21(2), 131-138.

Fellman, Vineta (2008). Det för tidigt födda barnet. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, M. Norman. (red), *Neonatologi* (s. 89-98). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fossum, Björn (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (red), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 23-39). Lund: Studentlitteratur.

Fransson, E., Örténstrand, A., & Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(1), 10-16.

Föräldrafika på sjukhusen i Stockholmsområdet. (2011). Hämtad den 19 december, 2011, från:
<http://www.prematur.nu/cms/index.php/foeraeldrafika>

Hallström, Inger (2009). Barn i hälso- och sjukvården. I I. Hallström, & T. Lindberg. (red.) *Pediatrisk omvårdnad*. (1. uppl.) (s. 21-27). Stockholm: Liber.

Hedenbro, Monica (2005). Den tidiga interaktionen mellan barn och föräldrar. I B. Sjögren. (Red), *Psykosocial obstetrik: kropp och själ och barnafödande*. (s. 217-224). Lund: Studentlitteratur.

Hedenbro, M. & Lidén, A. (2003). *Att bygga en familj*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Hurst, I. (2001). Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 15(2), 65-82.

Hwang, P. & Nilsson, B. (1996). *Utvecklingspsykologi: från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och kultur.

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

Kleberg, Agneta (2001). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I L. Wallin. (Red), *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. (s. 24-71). Lund: Studentlitteratur.

Lagercrantz, Hugo. (2007) Neonatologi. I T. Lindberg. & H. Lagercrantz, H. (red.) (2006). *Barnmedicin*. (3. uppl.) (s. 400-433). Lund: Studentlitteratur.

Leave benefits – family and medical leave. (2010). Hämtad 13 december, 2011, från: <http://www.dol.gov/dol/topic/benefits-leave/fmla.htm>

Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 79-85.

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

Lundqvist, P., & Jakobsson, L. (2003). Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants. *Neonatal Network*, 22(6), 25-31.

Lundqvist, Pia & Kleberg, Agneta (2009). För tidigt födda eller fullgångna barn som behöver neonatal vård. I I. Hallström, & T. Lindberg. (red.) *Pediatrisk omvårdnad*. (1. uppl.) (s. 287-295). Stockholm: Liber

Lundqvist, P., Westas, L., & Hallström, I. (2007). From distance toward proximity: fathers' lived experience of caring for their preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 490-497.

Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine*, 53(8), 1011-1021.

Miall, L., Rudolf, M. & Levene, M.I. (red.) (2004). *Barnmedicin i ett nötskal* (s. 172-174). Lund: Studentlitteratur.

Olhager, Elisabeth (2011). Neonatologi. I C, Moëll & J, Gustafsson. (red) *Pediatrik*. (1. uppl.) (s. 108-143) Stockholm: Liber.

Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in Neonatal Care (Elsevier Science)*, 5(4), 204-216.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: the inside story*. (2nd ed.) London: Karnac.

Roller, C. (2005). Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), 210-217.

Schenk, L., & Kelley, J. (2010). Mothering an extremely low birth-weight infant: a phenomenological study. *Advances in Neonatal Care*, 10(2), 88-97.

Seimyr, L. (2011). *Depressiva reaktioner hos blivande och nyblivna mödrar: kvinnors och mäns upplevelser av föräldraskap första året efter barnets födelse*.

Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa: Enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad.

Tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn. (2011). Hämtad 8 december, 2011, från:

http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Publikationer/Faktablad/ff_tfp_4089c_tillfallig_foraldrapenning_vid_vard_av_allvarligt_sjukt_barn.pdf

Uvnäs Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring: oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Axelsons gymnastiska institut.

Vinthagen, Stellan (2007). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (red), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 61-97). Lund: Studentlitteratur.

Watson, G. (2011). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1462-1471.

Westgren, Magnus (2008). Obstetrisk handläggning vid hotande förtidsbörd. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, M. Norman. (red), *Neonatologi* (s. 49-54). Lund: Studentlitteratur.

Willig, C. (2008) *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Berkshire: McGraw-Hill Education.