



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Föräldrastöd inför första tiden med ett nyfött barn - en kvalitativ intervjustudie med arabiska icke-svensktalande kvinnor

Wendela Bendsorp Redestam och Sara Ghanem

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Januari 2017

Antal ord: 8593

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

Föräldrastöd inför första tiden med ett nyfött barn - en kvalitativ intervjustudie med arabiska icke-svensktalande kvinnor

Författare: Wendela Bendsorp Redestam och Sara Ghanem

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Januari 2017

Abstrakt

Bakgrund: Sverige är ett pluralistiskt land och andelen invandrare från icke-europeiska länder har under de senaste åren ökat. Mödrahälsovården utgör för många av immigranterna den första kontakten med svensk sjukvård men invandrargruppen deltar i mindre grad i föräldrastöd. Föräldrastöd ska ges efter individens behov för att främja kvinnan och barnets hälsa och det finns brister i den föräldrastödjande informationen som erbjuds.

Syfte: Belysa arabiska icke-svensktalande kvinnors upplevelse och behov av föräldrastöd inför de första tre månaderna efter barnets födelse.

Metod: Intervjuer med tolv arabisktalande kvinnor analyserades induktivt med innehållsanalys.

Resultat: upplevelsen av föräldrastöd inför de tre första månaderna kunde sammanfattas i ett övergripande tema: brist på information. Tre kategorier identifierades; *Ej erbjuden föräldragrupp, själv söka på nätet, okunskap kring barnet ger oro och rädsla* samt *okunskap om sjukvårdsystemet*. Kvinnorna upplevde en önskan om olika informationskanaler och praktisk information. De upplevde det svårt att veta om de gjorde rätt eller fel med barnet och att de var dåligt förberedda kring amning. Kvinnorna upplevde även att de inte visste var de skulle vända sig vid sjukdom och att de inte kunde göra som de var vana vid i det nya landet.

Konklusion: Resultatet visar att det finns behov av se över och individualisera föräldrastödet som ges till blivande föräldrar i Sverige. Det föreligger skillnader i föräldrastödet som erbjuds både på regional och lokal nivå och det behövs en övergripande tillsyn för ett likvärdigt och jämställt föräldrastöd.

Nyckelord

Föräldrastöd, invandrarkvinna, arabisktalande, upplevelse, behov, nyfött barn, barnmorska

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Föräldrastöd idag	5
Deltagande och informationsbehov i samband med föräldrastöd	6
Nyblivna mödrars behov inför nyföddhetsperioden	7
Barnmorskans roll i föräldrastödet	8
Mödravården i mötet med invandrarkvinnan	9
Invandrande kvinnors möte med vården i ett annat land	11
Teoretisk förankring	12
Syfte	12
Metod	12
Urval	13
Datainsamling	14
Analys av data	14
Forskningsetiska avvägningar	16
Resultat	17
Ej erbjuden föräldragrupp, själv söka på nätet	18
Önskan om olika informationsmetoder	18
Önskan om praktisk information och föräldragrupp	19
Okunskap kring barnet ger rädsla och oro	21
Att göra rätt eller fel	21
Dålig förberedelse om amning	22
Okunskap om sjukvårdssystemet	23
Vart vända sig?	23
Att inte kunna göra som man är van vid	24
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Val av metod	24
Urval	25
Analys	25
Förförståelse	26
Resultatdiskussion	27
Informationen dåligt anpassad till kvinnornas behov	27
Okunskap kring barnet ger rädsla och oro	29
Okunskap om sjukvårdssystemet	30
Konklusion och implikationer	31
Referenser	32
Bilaga 1 (2)	35

Introduktion

De nationella riktlinjerna för mödravård är att stödja den naturliga processen av graviditeten, men även att förebygga och hjälpa mödrar med medicinska, psykologiska och sociala behov och förberedelse inför föräldraskapet (Barimani, 2012). Barnmorskorna är de primära vårdgivarna för kvinnorna under graviditeten och vården bedrivs ofta i lokala mödravårdscentraler inom den offentliga primärvården (ibid). Specifika grupper som anses vara i extra behov ska erbjudas förstärkta insatser (Socialstyrelsen, 2015). Det kan gälla socioekonomiskt svaga grupper, unga föräldrar eller föräldrar med utländsk bakgrund. De olika verksamheterna inom mödra- och barnhälsovård uppger det vara särskilt svårt att nå föräldrar med utländsk bakgrund, nyanlända flyktingar och papperslösa. Det antas framför allt vara orsakade av språkliga problem eller kulturella hinder och det behövs fortsatta insatser för att skapa ett jämlikt och likvärdigt föräldrastöd för alla blivande föräldrar i Sverige (ibid).

Problemområde

Utvecklingen av föräldrastödet i Sverige har under senare delen av 1990- och 2000 talet inneburit större skillnader mellan olika landsting (SFOG, 2008) och det finns skillnader i vilket föräldrastöd olika individer erhåller.

I Sverige ses en ökning av flyktingar och det senaste året har det skett en dubbling av antalet asylsökande (Migrationsverket, 2015). I nuläget kommer den största flyktingströmmen från Syrien men även från andra delar av världen där arabiska är modersmålet (ibid). Många av de utlandsfödda föräldrarna har oftare ett mindre socialt nätverk och sämre möjligheter att påverka sin situation (Socialstyrelsen, 2015). Riktade insatser och stöd anses därmed vara av betydelse för att kunna stärka gruppens sociala situation och öka tron på sin förmåga (ibid). Oftast uppskattar föräldrarna föräldrastöd i grupper eftersom det involverar dem i ett socialt nätverk (Barimani, 2012). Däremot erbjuds det inte till alla blivande föräldrar. Mödrar kan uppleva föräldrarollen som en stressfull händelse och de behöver finna strategier för att kunna hantera den nya situationen (ibid). Det har visat sig att en del mödrar uttryckt rädsla och ångest över sin förändrade roll (Forster, McLahlan, Rayner, Yelland, Gold & Rayner, 2008) och det nya ansvaret över ett barn kan upplevas som omvälvande (Nyström & Ohrling, 2004).

Genom intervjuer med arabisktalande nyblivna mödrar om vad de hade upplevt och önskat för föräldrastöd inför den första tiden efter barnets födelse, vill författarna öka medvetandet och kunskaperna hos barnmorskor i mötet med den gruppen mödrar. Genom resultatet av studien vill författarna bidra till en ökad förståelse av vad som är av betydelse för arabisktalande mödrar för att barnmorskan ska kunna erbjuda föräldrastöd på ett optimalt sätt och således optimera moderns och barnets hälsa den första tiden efter förlossning.

Bakgrund

Föräldrastöd idag

Inom barn- och mödrahälsovård erbjuds föräldrastöd som en insats under graviditeten och barnets två första levnadsår (Barimani, 2016). Syftet är att stödja och stärka föräldrar i sitt föräldraskap. Tidigare benämndes detta som föräldrautbildning, men det är ett uttryck som har frångåtts. Föräldrastöd är ett bredare begrepp och innefattar det som erbjuds i form av stöd och information. Föräldrastödet kan ske genom enskilda möten eller grupper (ibid).

Enligt Robertson (2009) bör de blivande föräldrarna i föräldrastödsgrupper bo nära varandra och vara beräknade att föda vid ungefär samma tidpunkt. Det råder delade meningar om hur gruppkonstellationerna bör ser ut avseende ålder och social grupptillhörighet. Att blanda yrken och åldrar kan leda till att fördomar omvärderas genom att de blivande föräldrarna delar samma erfarenheter med personer som de annars inte hade umgåtts med. Däremot bör gruppkonstellationen vara sådan att inte en person eller ett par utmärker sig från en övrigt homogen grupp. Antalet träffar varierar från ett till tre tillfällen och brukar oftast ske i slutet av graviditeten. Att börja utbildningen i mitten av graviditeten ses som en fördel för främst förstföderskor som har ett stort behov av kunskap, dessutom är deltagarna mindre trötta och får en längre tid för att hinna bearbeta tankar och känslor innan förlossningen (ibid).

Inom mödrahälsovården utgör föräldrastöd ett betydande medel för att nå ut med information till blivande föräldrar (Robertson, 2009). Föräldrastöd ska ha både ett barn-och föräldraperspektiv (Socialstyrelsen, 2015). Föräldrastödet ska erbjudas till en bred målgrupp i ett hälsobefrämjande syfte och kan handla om förlossning, föräldraskap, anknytning amning, matning och parrelationen. Enligt Barimani (2016) önskar föräldrar lika mycket information

om graviditeten som tiden efter förlossningen. Föräldrar som erhållit föräldrastöd med fokus på transitionen till föräldraskapet, upplever mer välbefinnande, självförtroende och är mer nöjda med relationen till sin partner och barnet. En ökad kunskap om föräldraskapet kan minska depressioner hos nyblivna mödrar och minska oro under tidigt föräldraskap (ibid).

Deltagande och informationsbehov i samband med föräldrastöd

Enligt Hildingsson, Dalén, Sarenfelt & Ransjö-Arvidsson (2013) sågs ett högt deltagande på mödrahälsovårdens föräldrastöd i grupper, både bland blivande mödrar och fäder. Det var 81% av de blivande mödrarna som hade sin partner med sig på föräldratödstillfällena. Studien visade att 68% av de blivande mödrarna ansåg att grupper i föräldrastöd gav bra information inför förlossning, men endast 47% av de blivande mödrarna ansåg att föräldrastödet var bra inför den första tiden med ett nyfött barn. Omkring 10% av de blivande föräldrarna som ingick i studien var missnöjda med informationen som gavs kring förlossningen och den första tiden efter. Det var framför allt kvinnor och män med universitetsutbildning som ingick i den gruppen (ibid).

De flesta hade uppskattat en eller två gruppstillfällen med enbart män eller kvinnor (Hildingsson et al., 2013). De flesta män uttryckte missnöje över att innehållet på föräldratödgrupperna var densamma som vid de övriga besöken. De upplevde att barnmorskorna fokuserade på det medicinska istället för att lägga fokus på föräldrarnas perspektiv på förlossningen (ibid). Barnmorskan informerade om ämnen som berörde graviditeten, smärtlindring under förlossningen, relation till partner och amning (Hildingsson et al., 2013; Murphy, 2008). Deltagarna kände emellanåt att det uppstod långa diskussioner som gjorde att de kom ifrån den informativa biten (Andersson, Christensson & Hildingsson, 2012). Däremot upplevde de generellt en balans mellan information och diskussion. Obalans uppstod när barnmorskan gav information istället för att lyssna på deltagarnas behov (ibid). I efterhand uttryckte de flesta att de hade fått mycket information angående förlossningen men de hade önskat mer information angående de första veckorna med det nyfödda barnet (Andersson et al., 2012; Fabian, Sarkadi & Åhman, 2015; Young, 2008). De hade velat veta mer om hur de skulle ta hand om ett nyfött barn och föräldraskapet (Wedin, Molin & Crang Svalenius, 2008). Vid föräldrastöd i grupp tog barnmorskorna inte upp den enorma omställningen som föräldraskapet kunde innebära, trots att flera uttryckt önskan om detta

(Andersson et al., 2012). Många fäder hade önskat mer information om den postnatale perioden och saknade praktiska övningar kring hur de skulle ta hand om ett barn medan mödrarna hade en tendens att fokusera på information gällande förlossningen (ibid).

Forskningen av Fabian, Rådestad & Waldenström (2004) visade att faktorer som bidrog till att kvinnor i lägre grad deltog i föräldrastödsgupper var om de hade låg utbildning eller en oplanerad men välkommen graviditet. Lågt deltagande bland förstföderskor sågs bland annat hos kvinnor som rökte under graviditeten, var arbetslösa, övervägt abort, eller hade negativa tankar kring tidigt föräldraskap. Faktorer som påverkade omföderskors deltagande var ålder över 35 år, oro eller rädsla för förlossning samt förekomst av depressiva besvär. Att inte kunna det svenska språket gjorde att både förstföderskor och omföderskor valde att utebli från föräldrastödet (ibid).

Nyblivna mödrars behov inför nyföddhetsperioden

Den första tiden med ett nyfött barn, var den period som nyblivna mödrar uppfattade som allra mest påfrestande (Barimani, 2012). Det var en livsomvälvande händelse att bli mamma och många nyblivna mödrar upplevde en ökad sårbarhet efter förlossningen. Forskningen av Young (2008) där 11 mödrar i England intervjuades visade att många nyblivna mödrar kände sig oförberedda att omhänderta sitt nyfödda barn och att oron, stressen, tröttheten och omställningen kunde upplevas övermäktig. I en studie av Persson, Fridlund, Kvist & Dykes (2011) där 14 kvinnor i Sverige intervjuades framkom det att flera av dem ansåg det vara av betydelse att känna sig förberedda inför nyföddhetsperioden och att det var barnmorskornas ansvar att förbereda dem inför första tiden som nybliven förälder. Kvinnorna önskade att barnmorskorna vid föräldrastödet gick igenom problem och frågor som var vanliga den allra första tiden efter förlossningen. Att partnern involverades i föräldrastödet upplevdes vara av betydelse för de blivande mödrarna och även efter förlossningen så att mödrarna fick stöd och kände sig trygga. Kvinnorna uttryckte att de önskade att partnern kunde stanna hos dem och det nyfödda barnet och det upplevdes som en betydande faktor för att få avlastning och att kvinnorna skulle känna trygghet. Såväl muntlig som skriftlig information efterfrågades av mödrarna och även kunskap om vanliga problem som förekom den allra första tiden med ett nyfött barn eller förändringar i sin nyförlösta kropp (ibid). De önskade sig mer information antenatalt om omvårdnad, amning, barnets gråt och utveckling (Young, 2008). Nyblivna

mödrar upplevde stor trygghet när de kände att det fanns personal tillgänglig för dem och som lyssnade och hjälpte till, särskilt när kvinnorna upplevde något problem (Persson et al., 2011). Amningsstöd upplevdes särskilt betydelsefullt och när amningen kom igång och fungerade var det en stark faktor för välbefinnande. När de nyblivna mödrarna kom hem med sitt nyfödda barn, uttryckte de att det var väldigt betydelsefullt att veta var de kunde söka hjälp vid frågor eller problem dygnet runt (ibid). I forskningen av Young (2008) uttryckte mödrarna att de önskade sig vara bättre känslomässigt förberedda och ha bättre förståelse om partners roll och det ändrade förhållandet till partnern i och med föräldraskapet.

Barnmorskans roll i föräldrastödet

Barnmorskor uttryckte i en intervjustudie av Fabian et al., (2015) att de var i behov av samarbete med andra yrkesgrupper för att stödja föräldrarnas önskemål och barnmorskans personliga behov av ny kunskap. Samma fynd framkom i en studie av Ahlden, Göransson, Josefsson & Alehagen (2008). Om sådana faktorer saknades uttryckte barnmorskorna oro över att inte kunna uppnå målen med föräldrastöd (Fabian et al., 2015). Samarbete med andra yrkesgrupper bidrar inte enbart till att barnmorskan blir stärkt i sin roll utan det bidrar även till betydande innehåll och kunskap på föräldrastödet. Begränsningar med budgeten sågs som en orsak till att annan expertis inte togs med i föräldrastödet (ibid). Föräldrar som tidigare deltagit i föräldrastöd sågs som värdefulla eftersom de kunde dela med sig av sina tidigare erfarenheter (Andersson et al., 2012; Fabian et al., 2015, Murphy, 2008). Barnmorskor på familjecentraler värderade högt det slutna samarbetet som de hade med andra yrkesgrupper såsom barnsjuksköterskor och förskolelärare på öppen förskola (Fabian et al., 2015).

Att hålla i föräldrastödsgrupper ansågs vara krävande och barnmorskorna behövde ständig inblick för att få inspiration och hålla sig uppdaterade om föräldrarnas livssituation (Fabian et al., 2015). Barnmorskorna önskade även utbildning i gruppleaderskap och metoder för att få alla deltagare engagerade. En del barnmorskor kände en osäkerhet över att hålla i föräldrastödsgrupper och önskade att specifika barnmorskor skulle utbildas att hålla i grupperna för att förbättra kvalitén. De uttryckte även att de saknade resurser för att möta behoven hos unga blivande föräldrar och immigranter (ibid). Vidare ansåg de att samla föräldrar i grupp var ett bra tillfälle för de blivande föräldrarna att lära känna varandra och en

god grund för att bibehålla social kontakt (Andersson et al., 2012; Fabian et al., 2015; Petersson, Petersson, Håkansson, 2004).

Vid föräldrastödet strävade barnmorskorna efter att inte enbart prata om graviditet och förlossning utan även om föräldraskapet samt parrelationen för att skapa en realistisk bild (Fabian et al., 2015). De upplevde dock att förstföderskorna hade svårt att ta till sig informationen. Att ha andra yrkesverksamma med under föräldrastödet som till exempel barnsjusköterska, underlättade att lägga fokus på den postnatale perioden (ibid).

Mödravården i mötet med invandrarkvinnan

Sverige är ett mångkulturellt samhälle och många av invandrarkvinnorna som lever här kommer från Mellanöstern och Centralafrika (Ny, 2016). Mödrahälsovården utgör många gånger den första kontakten med den svenska sjukvården för flyktingar och i mötet med de nyanlända krävs det att barnmorskan är inlyssnande och förstående inför deras behov (Robertson, 2009). Samtidigt behövs en förmåga att förmedla den svenska vården och rättigheter när det gäller sexuell hälsa och reproduktion. Invandrarkvinnor har en ökad risk att drabbas av fysisk och psykisk ohälsa och det är av stor betydelse att barnmorskan möter kvinnan med öppenhet, jämlikhet och intresse för den människa hon är. Många av dessa kvinnorna har varit med om speciella och traumatiska händelser såsom flykt och krig och det påverkar dem som person (ibid). Känslan av utanförskap i det nya samhället kan bidra till isolering, psykosomatik och barnmorskan behöver ha med sig att många gravida kvinnor kan längta och sakna ett nätverk av andra kvinnor med kunskap och erfarenhet som kan bli mer behövligt under graviditet eller med ett nyfött barn (Ny, 2016). När kvinnan skiljs från sin kvinnogemenskap i hemlandet som vid utvandring, kan hon mista en betydelsefull kunskapsbas (ibid).

Det är av betydelse att mödrahälsovården specifikt identifierar familjer med större behov av stöd som exempelvis föräldrar som ännu inte hunnit integreras i det svenska samhället (SFOG., 2008). Kommunikationsproblem med anledning av annan kultur eller annat språk kräver extra uppmärksamhet för att kunna uppfylla mödravårdens mål om att förebygga och identifiera risker för ohälsa (ibid). För att kunna utveckla en relation mellan barnmorska och den icke-svensk talande kvinna är det av betydelse att använda sig av en professionell tolk för

att möjliggöra en kommunikation (Ny, 2016). Språkförbistring anses vara det största problemet för att kunna kommunicera och förstå varandra mellan vårdtagare och vårdgivare (Binder, Borné, Johnsdotter & Essén, 2012). Forskningen i samma studie visar även på hur betydelsefullt det är att ha tillgång till en professionell tolk (Binder et al., 2012; Green, Ngo-Metzger, Legedza, Massagli, Phillips, & Iezzoni, 2005), Samtidigt beskrivs en upplevelse av att inte vara säker på att tolkningen utförs korrekt och att medicinska termer och begrepp inte översätts helt adekvat (Binder et al., 2012). Tillgänglighet på tolk och tidsaspekten vid tolkning upplevdes också som ett problem. Vissa kvinnor litade inte på tolkarna (Herrel, Olevitch, DuBois, Terry, Thorp, Kind & Said, 2004) särskilt inte om kvinnan kom från en mindre social grupp där tolken kunde känna igen henne och kom från samma sammanhang (Binder et al., 2012). Forskningen i Carroll, Epstein, Fiscella, Gipson, Volpe & Jean-Pierre (2007) beskriver hur vårdgivare anser att kvinnorna föredrar att använda sig av kvinnlig tolk i kommunikationen (ibid). Vårdgivaren upplever att kvinnorna lättare kan uttrycka sig och samtala med en tolk av samma kön (Binder et al., 2012). Kvinnorna själva däremot uttrycker att tolkens kön inte spelar någon roll, utan det är tolkens kunskap i sammanhanget som känns betydande (ibid).

Barnmorskorna upplevde flera faktorer som hindrade blivande föräldrar från att delta i föräldrastödet, bland annat språkbarriär, tidspress och känsla av utanförskap (Fabian et al., 2015). Orsaken till att invandrare deltog i mindre utsträckning berodde inte enbart på språkbarriären utan även på kunskapsluckor kring hur det svenska sjukvårdssystemet fungerade. Att använda tolk under föräldrastödsgrupper upplevdes som tidskrävande, särskilt om det var flera deltagare med olika språk under samma tillfälle (ibid). Bristande närvaro sågs hos socialt utsatta (Murphy, 2008; Fabian et al, 2015) samt unga blivande föräldrar och barnmorskorna var oroliga över att de avstod på grund av att de kände sig socialt avvikande och därför inte skulle passa in (Fabian et al, 2015). Små grupper bildades för att möta par med särskilda behov, såsom tvillingföräldrar och utlandsfödda, vilket var väldigt uppskattat men var svårt att upprätthålla på en liten klinik. Barnmorskorna försökte uppmuntra par som inte talade svenska att delta i föräldrastödet genom att erbjuda tolk och information från andra yrkesgrupper. En strategi som kliniker med många invandrare i området använde sig av var att bjuda in till flera gruppträffar med olika teman tidigt i graviditeten. Nyanlända invandrande uppskattade detta, enligt barnmorskorna. Det var lättare att gruppera deltagarna utifrån liknande etnisk ursprung men det var inte alltid möjligheten fanns (ibid).

Deltagarnas närvaro ökade också om utbildningstillfället hölls på deltagarnas språk istället för att använda tolk (Fabian et al., 2015). Barnmorskan gav även information om olika ämnen särskilt noggrant under de övriga besöken till par som valde att avstå föräldrastödet. Binder et al., (2012) menar att en del vårdgivare upplevde att kvinnorna de mötte hade mer tillit till dem ifall de hade samma etniska ursprung eftersom de talade samma språk och de trodde att de skulle behandla dem väl utan diskriminering (ibid).

Invandrare kvinnors möte med vården i ett annat land

En studie som utförts i USA med 14 somaliska icke-engelsktalande flyktingar visade att kvinnorna önskade att sjukvårdspersonalen kunde sätta sig in i deras kultur för att förstå de kulturella skillnaderna bättre (Herrel et al., 2004). När det gäller gruppträffarna i föräldrastöd ville kvinnorna veta hur förlossningsrummet såg ut, olika alternativ för smärtlindring, varför prenatala besök behövdes och hur tolkar användes på sjukhuset. När det gällde olika informationsmetoder, var de mest valda alternativen videofilmer att ta med hem samt besök på förlossningen (ibid). Enligt Wojnar (2015) upplevde somaliska kvinnor som inte talade engelska sig sårbara, okunniga och missförstådda. De saknade respekt och acceptans från vården. Majoriteten kände sig otillräckligt informerade och önskade att mer tid spenderades åt att förklara saker. De flesta kvinnor ställde inga frågor eftersom de inte visste vad de skulle fråga om. De hoppades istället att vårdgivaren skulle förse dem med mycket information istället för att utgå från att de inte ställde frågor för att de redan hade svaren. Ofta förstod inte kvinnorna informationen som gavs, vilket gjorde att de missade information som var relevant för dem att känna till. Prenatal utbildning var uppskattad bland kvinnorna eftersom det fick dem att förstå graviditeten och förlossningsprocessen (ibid).

Generellt ansåg kvinnorna att professionalism och respekt är grundläggande delar i vården (Binder et al., 2012). Dessa egenskaper var mer betydelsefulla än att möta en vårdgivare med samma etniska ursprung. Samtidigt uttryckte en del kvinnor vikten av att möta en vårdgivare från samma kultur (ibid).

Teoretisk förankring

I forskningen av Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) beskrivs fem olika delar som ligger till grund för deras barnmorsketeori och som författarna beskriver är av signifikans för att kunna ge en god omvårdnad till kvinnan och hennes familj. Dessa fem delar är barnmorskans professionella omvårdnad, barnmorskans professionella vishet, barnmorskans professionella kompetens, barnmorskans förmåga till mellanmännsliga relationer och barnmorskans egna personliga/professionella utveckling och omhändertagande av sig själv. De fem delarna är av betydelse att som barnmorska ha med sig i sitt arbete. Författarna beskriver betydelsen av att förstå den stora påverkan som barnmorskan har i en kvinnas och hennes familjs liv för att vara en god barnmorska. Genom insikt, reflektion och utvärdering av sin roll som barnmorska och genom att använda sig av evidensbaserad kunskap och forskning, möjliggörs främjandet av psykisk och fysisk hälsa av såväl utlandsfödda mödrar som deras barn. Om kvinnan får uppleva trygghet, kunskap och tillit från barnmorskan möjliggörs därigenom ett föräldrastöd. Upplevelsen hos kvinnan av delaktighet och autonomi kan öka när barnmorskan visar på förmåga till mellanmännsliga relationer och kommunikation. När kvinnan upplever ett gott bemötande, empati och stöd visar barnmorskan på sin professionella kompetens. Genom ett individuellt bemötande, respekt och medvetenhet för olika kulturella aspekter avseende föräldraskap skapas en professionell och individuell omvårdnad där den utlandsfödda kvinnan får det föräldrastöd som just hon behöver (ibid).

Syfte

Syftet med studien är att belysa arabiska icke-svensktalande kvinnors upplevelse och behov av föräldrastöd inför de första tre månaderna efter barnets födelse.

Metod

En intervjustudie genomfördes och materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Detta innebär att texter som är baserade på berättelser om människors upplevelse analyseras enligt (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Enligt Polit & Beck (2006) är det en lämplig metod för att fånga människors upplevelser. Ett narrativt material är

berättelser ur människors liv som kommer att samlas in och som svarar på syftet. Inom kvalitativ forskning sker uppfattningen av sanningen i åskådarens ögon. Därmed ska en text som är underlag för en analys ses i sitt sammanhang. Med detta menas att intervjupersonernas berättelser ska tolkas med medvetenhet om gällande kultur som utgör intervjupersonernas egna historier och tillvaro (ibid).

Urval

I studien användes ett strategiskt urval som enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) innebär att det finns i förväg definierade kriterier som leder till att det blir ett avsiktligt urval. Inklusionskriterierna för att ingå i studien var att kvinnorna skulle vara över 18 år, arabiska icke-svensktalande, gått hela graviditeten på barnmorskemottagning i Sverige med eller utan att ha deltagit i föräldrastöd, fött ett barn som är minst en månad och senast tre månader gammalt. För att kunna nå de arabisktalande kvinnorna kontaktades sammanlagt fyra barnmorskemottagningar belägna i Skåne och Halland för att få hjälp med rekrytering av informanter. Informationsbrev om studien delades ut till verksamhetscheferna och barnmorskorna. Detta gjordes för att de skulle vara medvetna om vilka informanter som ansågs uppfylla studiens krav. Verksamhetscheferna/barnmorskorna på barnmorskemottagningen agerade mellanhand och informerade författarna om vilka tider kvinnorna skulle komma på efterkontroll. Således kunde författarna befinna sig på mottagningen när kvinnorna hade sin efterkontroll. I samband med efterkontrollen delade barnmorskorna ut informationsblad skrivet på arabiska om studien. Deltagarna fick möjlighet att läsa igenom informationsbladet i lugn och ro och sedan meddela barnmorskan om de önskade delta eller inte. I informationsbladet framkom det tydligt att deltagandet var frivilligt och att svaren kommer att anonymiseras/kodas för att inte kunna spåras till den enskilda informanten. Författarna satt i ett annat rum samtidigt för att ge deltagarna möjlighet att tänka igenom om de ville delta eller inte. Om deltagarna tackade ja till studien intervjuades de direkt på plats. Sammanlagt intervjuades 12 arabisktalande nyblivna mödrar. Deltagandet i studien kunde när som helst avbrytas utan ifrågasättande. Sammanlagt intervjuades sex deltagare på barnmorskemottagning medan de resterande sex intervjuades i sitt hem. Författarna hade då erhållit numren till dessa deltagarna från verksamhetscheferna och kunde ringa dem och fråga om de ville delta i studien.

Datainsamling

Godkännande för att få genomföra studien inhämtades från verksamhetscheferna.

För att fånga arabisktalande kvinnors upplevelse och behov av föräldrastöd inför den första tiden post partum användes narrativa intervjuer. Detta innebär att intervjupersonerna berättar om sin erfarenhet samt upplevelse av fenomenet som studeras (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna hade i förväg förberett en intervjuguide med frågor som gav deltagarna möjlighet att berätta mer om det studien berörde (bilaga 1). Det är fördelaktigt att använda narrativt material eftersom syftet med studien är att samla in människors personliga upplevelser och erfarenheter (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Deltagarnas berättelse bildar ett sammanhang som är en grund för förståelse. I samband med berättelsen ökar berättarens egna värderingar genom sättet händelsen eller händelseförloppet framställts på. Ett stort kvalitativt dataunderlag för analys av data är ett resultat av berättelseformen. Båda författarna var närvarande vid intervjutillfällena. Innan intervjun påbörjades fick deltagarna skriva under informerat samtycke och godkände därmed att intervjun spelades in. Ena författaren behärskar arabiska i tal och skrift och höll således i kommunikationen med deltagarna och översatte det som framkom till den andra författaren för att ge denne möjlighet att ställa följdfrågor i syfte att få datainsamlingen att bli så objektiv som möjligt. Intervjuerna inleddes med den öppna frågan ”*Vad upplever du att du har för behov av föräldraförberedelse inför första tiden efter förlossningen?*”. Intervjuerna som varade i mellan 14-45 minuter spelades in och skrevs ner och transkriberades på en lösenordsskyddad dator för att säkerställa konfidentialiteten.

Analys av data

Intervjuerna transkriberades och analyserades med manifest och latent innehållsanalys (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). De inspelade intervjuerna lyssnades igenom flera gånger av den ena författaren och översattes från arabiska till svenska samtidigt som det transkriberades. Därefter lästes intervjuerna igenom av författarna var för sig och tillsammans. Materialet lästes upp flera gånger för att uppnå helhetsbild över datamaterialets innehåll. Därefter identifierades meningsbärande enheter som samlades i en tabell för att sedan kondenserades till meningsenheter. Vidare identifierades koder från de kondenserade meningsenheterna. Koder kan vara ord men även delar av meningar som plockas ut ordagrant för att de ska vara nära originaldata (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Därefter

delades de in i kategorier för att uppnå en ökad överblick. Slutligen jämfördes koderna med varandra och originaldata för att hitta generella mönster som kunde binda ihop olika koder och kategorier (ibid).

Tabell 1. Analys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
*"Jag fick inga böcker eller skriftlig information om den första tiden med det nyfödda barnet. Jag blev heller inte erbjuden föräldrastöd i grupp"	Inga böcker eller skriftlig information. Blev heller inte erbjuden föräldragrupp	Blev inte erbjuden föräldragrupp	*Ej erbjuden föräldragrupp, själv söka på nätet	Informationen dåligt anpassad till kvinnornas behov
* "De borde ha hämtat en docka och visat på den att så bär man ett spädbarn, den här positionen är rätt vid amning, den här positionen är rätt för mamman".	Borde ha hämtat en docka och visat på den	Visa på docka	*Önskan om praktisk information och föräldragrupp	
* "Den informationen kände jag inte till och hade inte fått innan och så fort hon grät blev jag rädd för jag trodde det var något fel på henne. Jag var väldigt rädd ofta. Flera gånger när hon grät blev jag väldigt rädd"	Så fort hon grät blev jag rädd för jag trodde det var något fel på henne	Så fort hon grät blev jag rätt	*Att göra rätt eller fel	Okunskap ger oro och rädsla kring barnet

* ”Jag visste inte att amning kunde vara en sådan utmaning, de borde ha informerat om det”. De borde även informera om hur ofta man ska amma”	Jag visste inte att amning var en utmaning	Jag visste inte	*Dålig förberedelse om amning	
* ”I och med att jag redan har erfarenhet med två barn sedan tidigare så var jag inte i så stort behov av att veta så mycket om föräldrskapet. Däremot ville jag veta hur systemet fungerar här”	Däremot ville jag veta hur systemet fungerar här	Information om systemet	*Vart vända sig? *Om sjukvårdssystemet	Okunskap om sjukvårdssystemet
*”Det är svårt att det inte finns läkemedel. Det är omöjligt att de skriver ut läkemedel här, allting ska vara naturligt och med vatten”	Det är svårt att de inte skriver ut läkemedel här, allting ska vara naturligt	Det är svårt att de inte skriver ut läkemedel	*Att inte kunna göra som man är van vid	

Forskningsetiska avvägningar

Omvårdnadsforskning ska vägledas av de etiska principerna som autonomiprincipen, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (Olsson & Sörensen, 2011). Autonomiprincipen innebär varje människas rätt till självbestämmande och forskningen ska säkerställa principen genom att respektera människans frivillighet, integritet

och sårbarhet. Principen att göra gott medför att forskningen ska potentiellt gagna omvårdnaden av gruppen som forskningen avser. Att förebygga skada och minimera lidande omfattar principen om att inte skada och forskningen ska inte innebära en skadlig påverkan på deltagarna i studien. Principen om rättvisa ska ligga som grund att alla människor ska behandlas lika, har samma värde och allas lika rätt till vård. Principen innebär en strävan från forskarna att minska på sociala skillnader i samhället genom att motverka lidande och hälsorisker (ibid).

Vetenskapsrådet beskriver i sin rapport om forskningsetiska principer som syftar till att vara som en vägvisare för hur förhållandet mellan forskare och undersökningsdeltagare ska vara (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa fyra grundläggande krav är informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Detta innebär att syftet med vår studie, fördelar och möjliga risker måste vara tydliga och därför gavs informationen både muntligt och skriftligt. Författarna vill att studien ska öka medvetandet och kunskaperna hos barnmorskor om vad arabisktalande mödrar önskar för föräldrastöd inför den första tiden med sitt nyfödda barn men viljan om detta får aldrig gå före de enskilda mödrarnas integritet och rättigheter. Således var deltagandet i forskningen helt frivillig och deltagaren kunde när som helst denne önskade, och utan förklaring, säga nej eller avbryta sitt deltagande i forskningsprojektet. Deltagarnas identitet och anonymitet ska värnas om och samtliga uppgifter som framkom under intervjuerna behandlades kodat så att resultaten inte går att härleda till enskilda informanter. Intervjustudien utfördes efter prövning och rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet. Dnr: 37-16.

Resultat

Då latent analys användes kunde beskrivning av upplevelsen och behovet av föräldrastöd inför de tre första månaderna, sammanfattas i ett övergripande tema: brist på information. Det var återkommande hos deltagarna att de under graviditeten erhållit för lite information om den första tiden med det nyfödda barnet och hade önskat mer specifik information om det på olika sätt.

Temat baseras på tre kategorier med vardera två underkategorier (tabell 1)

Informationen dåligt anpassad till kvinnornas behov, Okunskap ger oro och rädsla, Okunskap om sjukvårdssystemet.

Tabell 2. Resultat

Kategori	Underkategori
Ej erbjuden föräldragrupp, själv söka på nätet	Önskan om olika informationsmetoder
	Önskan om praktisk information och föräldragrupp
Okunskap kring barnet ger rädsla och oro	Att göra rätt eller fel
	Dålig förberedelse om amning
Okunskap om sjukvårdssystemet	Vart vända sig?
	Att inte kunna göra som man är van vid

Informationen dåligt anpassad

I resultatet framkom det att deltagarna hade önskat att den skriftliga informationen de erhöll erbjudits på annat sätt samt att fokus lades mer på nyföddhetsperioden. Genom olika informationsmetoder hade de enklare kunnat ta till sig informationen.

Ej erbjuden föräldragrupp, själv söka på nätet

Resultatet visar att informationen de fick från barnmorskemottagningen bestod av skriftlig information och väldigt lite muntligt, vilket gav svårigheter att diskutera och ställa frågor. Några av kvinnorna fick informationen på svenska, medan andra fick den på arabiska. Informationen handlade om själva graviditeten, fosterfysiologi och förlossningen men däremot inte om den första perioden med det nyfödda barnet.

“Jag fick ingen information under graviditeten om den första tiden med det nyfödda barnet, utan fokus var mest på graviditeten. Jag fick böcker på arabiska men det handlade om perioden innan förlossningen och självaste förlossningsvärkarna, men jag kommer inte ihåg att det stod något om det nyfödda barnet” (Informant 9).

När det kommer till föräldrastöd i grupp var det enbart en kvinna som blev erbjuden att delta. Majoriteten av dem hade inte hört talas om föräldrastödsgrupp men uttryckte att de gärna hade deltagit om de hade blivit erbjudna.

“ Jag fick inga böcker eller skriftlig information om den första tiden med det nyfödda barnet. Jag blev heller inte erbjuden föräldrastöd i grupp. Alla samtal skedde med hjälp av tolk och fokus på besöken var graviditeten och inte den första tiden hemma” (Informant 10).

Ett återkommande ämne i resultatet var att de sökte föräldrastödjande kunskap och information på internet och Youtube. Vissa kvinnor uttryckte att detta berodde på att de inte deltog i någon föräldrastödsgrupp, andra använde internet som ett komplement till den skriftliga informationen. Några uttryckte behovet av internet eftersom de kände sig svaga i det svenska språket.

” I början var allting nytt för oss och det var en utmaning men vi tänkte att det är varje förälders ansvar att söka kunskap för att kunna ta hand om det nyfödda barnet. Vi läste mycket på internet och tittade och tittar fortfarande på klipp på Youtube. Det finns en läkare från Jordanien som håller i ett program om hur man tar hand om ett nyfött barn. Vi brukar gå in och titta en del på det. För vi blev inte erbjudna någon föräldragrupp”
(Informant 8).

Önskan om praktisk information och föräldragrupp

I resultatet framkom att många önskade andra föräldrastödjande informationskanaler än enbart via skriftligt material. Vissa uttryckte svårigheter att ta till sig skriftlig information och särskilt förstföderskorna uttryckte att de regelbundet hade velat delta i föräldrastödjande gruppsträffar och möta andra blivande föräldrapar.

”Ja, det är det bästa att samla till exempel 10 mammor och lära dem hur de ska bada barnet, hur man ska göra om barnet kräks. När de ammat barnet lägga upp på axlarna och klappa för att få ut luften. Det är nödvändigt” (Informant 6).

Andra uttryckte ett önskemål om att få se en film då de ansåg att de lär sig bäst genom att få se och höra medan vissa kvinnor hade önskat att barnmorskan hade visat på en docka amningspositioner, hur ett nyfött barn ska bäras eller badas.

“ Det bästa är om man kan få se en film om det nyfödda barnet och olika tillstånd. Om barnet gråter hur ska man göra med barnet? Hur bör man bära barnet för att ryggen är fortfarande mjuk så att man inte skadar barnet genom att bära fel” (Informant 5).

Kvinnorna i studien upplevde att de hade blivit lyssnade på av barnmorskorna och att de alltid hade fått svar på ställda frågor. Engagemang, omsorg, trygghet och närhet upplevdes i relationen från barnmorskan och en tydlig välvilja att hjälpa till vid språksvårigheter och frågor. Flera av kvinnorna beskrev ett positivt bemötande och att närheten i relationen till barnmorskan öppnade upp för samtal och dialog.

“Här i Sverige är barnmorskorna engagerade och de lugnade mig med information och jag upplevde inte att de nonchalerade ett problem hos mig (Informant 12).

Det som kunde upplevas som hämmande i informationsprocessen var olika situationer med tolk. Kvinnorna upplevde att tolken inte alltid var tillgänglig eller att de inte alltid hade adekvat kunskap för att översätta allt som sades.

”Vid två till tre tillfällen har tolken inte kunnat förmedla informationen på ett bra sätt eller uteblivit. Tolken bör tolka allt som sägs men jag har märkt ibland att tolken har struntat i att säga vissa grejer som barnmorskan sagt till mig”(Informant 1)

Kvinnorna beskrev att de särskilt uppskattade att få se praktiskt handlag kring skötsel och omhändertagande av ett nyfött barn. Det kändes tryggt att få se praktiskt förfarande och ta till sig information på sitt hemspråk av för dem kända experter.

”Självklart var informationen vi fick härifrån bra men samtidigt hjälpte internet oss genom att vi fick se hur de gjorde. Men här är det bara information genom att läsa. På Youtube söker jag och tittar på ett klipp där jag vet att det är en känd läkare som talar. Jag öppnar så får

jag en massa information. För det finns grejer som vi inte tänkte på under graviditeten men så småningom kom de frågorna när barnet var fött” (Informant 4)

Okunskap kring barnet ger rädsla och oro

Resultatet visar att kvinnorna hade behövt mer information och kunskap för att känna sig trygga med det nyfödda barnet och hade önskat att de känt sig mer förberedda för den nya situationen.

Att göra rätt eller fel

Det framkom i resultatet att flera kvinnor uttryckte oro och stress inför den nya uppgiften som förälder. Detta upplevdes som väldigt påfrestande av kvinnorna och om de hade fått möjligheten till föräldrastödjande information innan förlossningen, hade det kunnat hjälpa dem att vara bättre förberedda och minskat på stress och rädsla. Bakomliggande orsaker till ökad risk för spädbarnsdödlighet och det lilla barnets dygnsrytm togs upp av kvinnorna.

“...hon sa till mig att detta är normalt men den informationen kände jag inte till och hade inte fått innan och så fort hon grät blev jag rädd för jag trodde det var något fel på henne. Jag var väldigt rädd ofta. Flera gånger när hon grät blev jag väldigt rädd” (Informant 7).

Några av kvinnorna upplevde svårigheter med att ta hand om det nyfödda barnet. De kände rädsla för ansvaret samt rädsla på grund av osäkerhet kring om de gjorde rätt eller fel. Samtliga kvinnor tog upp navelstumpen som en faktor som skapade oro. De uttryckte bland annat rädsla över dess utseende och skötsel. En kvinna uttryckte att hon inte kunde känna sig lugn förrän navelstumpen hade trillat medan en annan sa att hon kände oro när det kom blod från området. Information angående hantering och skötsel av barn som fått ”häxmjolk” önskades. Att bada barnet upplevdes som svårt och många kände sig osäkra med det. En kvinna uppgav att hon inte badade barnet själv på en hel månad och fick till slut hjälp med detta från en erfaren granne.

“Jag vågade inte lägga vatten på huvudet och närma mig ansiktet för jag var rädd att hon skulle kvävas” (Informant 9).

Feber och andra sjukdomstecken hos barnet den första nyföddhetstiden skapade mycket oro hos informanterna då de inte visste hur de skulle hantera det. Kvinnorna visste inte hur de skulle administrera febernedsättande läkemedel eller i vilken dosering det skulle göras.

“Jag tycker det är svårt med feber när barnet är så litet och veta vad man ska göra”
(Informant 11)

Det framkom att det svenska klimatet och kylan skapade en osäkerhet kring klädsel av barnet och att kvinnorna inte visste hur de skulle bedöma om barnet var för varmt eller kallt klädd. Vissa kvinnor upplevde även tveksamheter kring hur barnet skulle var klätt inomhus.

”De borde ha informerat mig om kläder och om att jag skulle ta ut henne för att vänja henne vid Sveriges väder så att hon blir van vid kylan och att hon inte behövde ha mössa hemma”
(Informant 7).

Dålig förberedelse om amning

Resultatet visar att kvinnorna upplevde svårigheter med amning och hade önskat mer förberedande information kring detta. Kvinnorna beskrev att de var oförberedda på hur krävande amning kunde vara. De hade inte heller kunskap att amning kunde vara smärtsamt och att sår på bröstvårtorna kunde bildas.

“Jag visste inte att amning kunde vara en sån utmaning, de borde ha informerat om det. De borde även informera om hur ofta man ska amma” (Informant 10).

Kvinnorna i studien hade önskat information om var de kunde få hjälp vid eventuella amningssvårigheter. De hade velat vara mer förberedda på amning och ha större kunskap om mjölkproduktion, amningspositioner och fri amning. De visste heller inte vad sår på bröstvårtorna beror på. Sår på bröstvårtorna upplevdes så svårt av en av informanterna att hon inte klarade av att amma under en hel natt och sökte hjälp på akutmottagningen mot sina

besvär nästa dag. Kvinnorna som gav mjölkersättning önskade information om hur de skulle dosera och vilken mjölkersättning som var bäst vid kolik.

Okunskap om sjukvårdssystemet

Resultatet visar att det fanns skillnad i tillgängligheten av vård i Sverige jämfört med hemlandet, och att informationen om vart man skulle vända sig inte alltid var given.

Vart vända sig?

I hemlandet visste kvinnorna tydligt hur man går tillväga om barnet blir sjukt och här var det inte självklart att kvinnorna visste vart de skulle vända sig med barnet när det blev sjukt och detta skapade oro. Kvinnorna uttryckte att de hade velat ha information om hur sjukvårdssystemet i Sverige fungerar. De upplevde att sjukvårdssystemet här, skiljer sig mycket från systemet i hemländerna vilket medförde att många frågor väcktes.

”I och med att jag redan har erfarenhet med två barn sedan tidigare så var jag inte i så stort behov av att veta så mycket om föräldraskapet. Däremot ville jag veta hur systemet fungerar här. (Informant 1).

”Det var en helg, en lördag, jag visste inte var jag skulle ta henne. Det finns skillnad i tillgänglighet. I Syrien har läkarna öppet hela tiden och det är bara att ta barnet dit direkt om det skulle vara någonting. Men här är de lediga på helgen och man blir begränsad av det” (Informant 3).

Samtidigt hade några av kvinnorna fått tillräckligt med information från sin barnmorskemottagning, BB-avdelning eller barnavårdscentral och visste var de skulle vända sig när det uppstod problem eller sjukdom.

“Jag fick den informationen muntligt och skriftligt på arabiska under graviditeten, att jag skulle ringa 1177 eller 112 vid sjukdom och olycka” (Informant 2).

Att inte kunna göra som man är van vid

Kvinnorna var vana att egenvårdsbehandla olika sjukdomar och åkommor med örter och läkemedel i hemlandet, vilket de saknade i Sverige. Kvinnorna upplevde att det fanns en skillnad i synen kring läkemedel och tillgängligheten av det. De var vana vid att läkemedel var mer lättillgängliga från hemlandet och upplevde en större försiktighet med läkemedel här i Sverige.

”Jag hade velat veta mer om läkemedel, till exempel så gav jag honom Baby calm för att få bort koliken och få honom att somna. Det här finns inte att ge i Sverige, vilket är svårt. Det är svårt att det inte finns läkemedel. Det är omöjligt att de skriver ut läkemedel här, allting ska vara naturligt och med vatten” (Informant 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Val av metod

I studien användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats då det ansågs vara en lämplig metod för att identifiera människors upplevelse. Begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet används inom den kvalitativa innehållsanalysen för att beskriva resultatets trovärdighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Genom att välja en lämplig metod för studien stärks tillförlitligheten (ibid). Det kan ses som en svaghet att pilotintervjuer inte utfördes då det hade kunnat förbättra den använda intervjutekniken (Bell & Waters, 2016). Intervjuerna utfördes individuellt med deltagarna och inte i fokusgrupp eftersom det finns risk för att vissa personer tar över intervjun och leder till att andra inte får möjligheten att uttrycka sig (ibid). Fördelen med individuella intervjuer är att deltagarna kan uppleva miljön som mer avslappnad (Kvale & Brinkmann, 2014). För att minska risken för att intervjuerna svävar ut från syftet användes en färdig intervjuguide med fyra frågor (bilaga 1), vilket kan ses som en styrka. Intervjuerna varade i mellan 14-45 minuter, däremot var det enbart en intervju som varade i 14 minuter medan de andra varade i 23-45 minuter.

Urval

När kvalitativa studier utförs med intervjuer bör mellan fem till femton intervjuer utföras (Kvale & Brinkmann, 2014). Totalt intervjuades 12 kvinnor och studien utfördes på fyra olika barnmorskemottagningar i Halland och Skåne, vilket skapade en heterogen grupp av respondenter och detta kan ses som en styrka. Det fanns även en variation i deltagarnas ålder samt antalet födda barn. Genom ålderskillnaden och de olika upptagningsområdena anses resultatets överförbarhet öka i studien (Lundman & Hällgren-Granheim, 2012). På grund av tidsbrist och stor risk för att inte få något svar från de tillfrågade deltagarna, om informationsbrev hade skickats hem till dem med posten, togs hjälp av barnmorskorna på de olika barnmorskemottagningarna som agerade mellanhand. I samband med efterkontrollen delade barnmorskorna ut informationsbrev till de tillfrågade deltagarna som fick möjlighet att på plats bestämma om de ville delta eller inte. Det anses vara en styrka att författarna befann sig i ett annat rum för att inte påverka de tillfrågade deltagarnas beslut samtidigt som det kan ses som en svaghet att de inte fick längre tid på sig att fundera över beslutet. Däremot valde alla de tillfrågade att delta i studien. Det fanns enbart ett bortfall som uteblev från efterkontrollen när författarna åkt ut till barnmorskemottagningen. Det kan ses som en svaghet att det enbart var en av författarna som kunde hålla i intervjun då de hölls på arabiska, däremot försökte denne tolka det som sagts till den andra för att ge denne möjlighet till delaktighet och att ställa följdfrågor. Även om det enbart var den ena författaren som talade arabiska utfördes intervjuade tillsammans för att minska risken för subjektiva tolkningar och få intervjuerna så objektiva som möjligt, vilket kan öka trovärdigheten i resultatet. Samtidigt menar Graneheim & Hällgren-Graneheim (2009) att upplevelsen av verkligheten sker genom subjektiva bedömningar och därmed behöver inte bristande överensstämmelse i bedömningar mellan olika forskare leda till att resultatet inte blir giltigt.

Analys

Den ena arabisktalande författaren lyssnade på intervjuerna flera gånger och transkriberade intervjuerna, samtidigt som de översattes till svenska, vilket kan ses som en svaghet med risk för subjektiv bedömning. Däremot läste författarna intervjuerna var för sig och tillsammans,

vilket kan öka tillförlitligheten. Vidare genomfördes resten av analysprocessen tillsammans där de plockade ut meningsbärande enheter, kondenserade, kodade och kom fram till underkategorier samt kategorier, vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. En manifest analys valdes medvetet då avsikten hela tiden var att hålla sig nära den ursprungliga texten. Graneheim och Hällgren-Graneheim (2009) menar däremot att det finns risk för att helheten går förlorad när forskaren genom hela analysprocessen arbetar alltför textnära och utför en detaljerad kodning. För att uppnå ett begripligt och meningsfullt resultat krävs en viss grad av abstraktion och tolkning. I resultatet valdes att ha med citat i form av ord och fraser som deltagarna uppgett vilket anses öka trovärdigheten i studien (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Genom att latent analys har använts har ett tema kommit fram, vilket innebär att författarna läst mellan raderna bland det transkiberade materialet för att identifiera meningsfull information. Detta bidrar till en övergripande förtåelse över resultatet.

Förförståelse

Författarna har under sina studier på barnmorskeprogrammet varit ute på verksamhetsförlagd utbildning med placering på barnmorskemottagningar där de mött arabiska icke-svensktalande kvinnor under graviditet och efterkontroll. Detta medför en viss förförståelse i ämnet. Den ena författaren är väl förtrogen med det arabiska språket, sedvänjor och normer genom sitt arabiska ursprung och anses därmed ha en förförståelse till mycket av den arabiska kulturen. Båda är mödrar och har personlig erfarenhet av föräldrastöd vilket också innebär förförståelse om föräldrastöd inför första tiden med ett nyfött barn. För att undvika att förförståelsen skulle påverka resultatet diskuterade författarna förförståelsen innan forskningsprocessen startade. Genom att medvetandegöra förförståelsen hos författarna strävade de efter att inte färga resultatet med redan inneboende erfarenheter och kunskaper. Författarna använde sig av en färdig intervjuguide och försökte förhålla sig neutrala under intervjuprocessen för att inte påverka resultatet.

Resultatdiskussion

I föreliggande studies resultat har arabiska icke-svensktalande kvinnor delat med sig av sina upplevelser och behov vad gäller föräldrastöd inför första tiden med ett nyfött barn. Med utgångspunkt från resultatets tre huvudkategorier, kommer författarna diskutera det som framkommit.

Informationen dåligt anpassad till kvinnornas behov

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att den föräldrastödjande informationen var dåligt anpassad till deras behov. Det framkom att det främst var skriftlig information som erbjöds från barnmorskemottagningarna, och lite muntlig föräldrastödjande information. Detta är tidigare beskrivet i studien av Persson et al. (2011) som undersökte faktorer som påverkade mödrars känsla av trygghet de första veckorna post partum. Där framkom det att blivande föräldrar önskar få såväl skriftlig som muntlig information. Majoriteten av kvinnorna i resultatet blev heller inte erbjuden föräldrastöd i form av föräldragrupp. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) betonar vikten av att ha en inlyssnande roll för att kunna ge individuellt anpassad information och omvårdnad. Föräldrastödet ska enligt Ny (2016) föras fram i varje möte med föräldrarna i form av enskilda möten och föräldragrupper, men konstaterar samtidigt att det finns stora skillnader mellan Sveriges landsting och regioner. Blivande föräldrar önskar träffa andra föräldrar för att utbyta erfarenheter och tankar (ibid).

Det framkom även att den informationen som kvinnorna fick, framför allt fokuserade på graviditet och förlossning, snarare än på den första tiden med ett nyfött barn. Detta överensstämmer med forskningen av Andersson et al. (2012) och Fabian et al. (2015) som beskriver att föräldrapar önskat mer information om den första tiden hemma med ett litet barn. Enligt Ny (2016) visar ett flertal studier på att föräldrar önskar lika mycket information om tiden före förlossningen, som första tiden efter. Resultatet visade vidare att kvinnorna kompletterade den skriftliga informationen de erhöll från barnmorskemottagningarna genom att söka information på internet och Youtube. Det upplevdes som tryggt att ta del av kunskap från i hemlandet erkända barnexperter. I forskningen av Binder et al. (2012) där syftet var att titta på immigranternas möte med den obstetriska vården och tolkens roll, framkom liknande resultat hur kvinnor uttryckte hur betydelsefullt det var att möta en vårdgivare från samma kulturella grupp. Att söka kunskap på nätet gjordes även av deltagarna på grund av att de inte

kunde det svenska språket och Binder et al. (2012) menar att det är just språkproblem som utgör det största hindret för att skapa en tillräcklig kommunikation mellan kvinnor och deras vårdgivare. Det kan vara av betydelse hos vissa grupper med låg socioekonomisk status att använda internet som informationskälla enligt Sarkadi & Bremberg (2005).

Resultatet i föreliggande studie visade att kvinnorna önskade alternativt föräldrastöd i form av föräldragrupp eller genom att se film. De ville få möjligheten att träffa andra blivande föräldrar och kunna utbyta erfarenheter. De hade även velat att barnmorskan visade praktiskt handlag i det specifika omhändertagandet av ett nyfött barn. I studien av Herrel et al (2004) där syftet var att belysa somaliska kvinnornas omvårdnadsbehov under graviditet och förlossning, uttryckte majoriteten av deltagarna också att de hade velat se filminspelningar som ett sätt att få föräldrastöd. I forskningen av Young (2008), där syftet var att identifiera var förbättringar kan göras för att förbereda föräldrar inför deras nya roll genom att uppmuntra till mer realistiska förväntningar och stöd, framkom det att mödrarna önskade sig mer information om omvårdnad, amning, barnets gråt och utveckling. De uttryckte även att de kände sig oförberedda att omhänderta sitt nyfödda barn. Samma resultat framkom i föreliggande studie.

I forskningen av Binder et al (2012) framkom vikten av att ha tillgång till en professionell tolk då de upplevde att vissa tolkar inte tolkade allt som sades på ett helt adekvat sätt. Samma fynd framkommer i forskningen av Herrel et al (2004). De beskrev även att tillgängligheten på tolk och tidsaspekten vid tolkning var ett problem (Binder et al, 2012). Forskningen överensstämmer med resultatet i föreliggande resultat där deltagarna upplevde att tolken inte alltid var tillgänglig eller att de inte alltid hade adekvat kunskap för att översätta det som sades. Kvinnor som inte talar svenska, blir beroende av att utomstående vid vårdbesök tolkar (Ny, 2016) och det är viktigt att använda sig av en auktoriserad tolk som kan förmedla medicinsk terminologi och informationen för övrigt.

Det framkom av föreliggande studies resultat att kvinnorna upplevde gott stöd från barnmorskorna, vilket var betydelsefullt. Kvinnorna beskrev att barnmorskorna var engagerade, omsorgsfulla och förmedlade trygghet. En välvilja att finnas till hands, svara på frågor och hjälpa till vid språksvårigheter upplevdes. Detta formade en öppenhet mellan barnmorskan och kvinnan och skapade på så sätt ett föräldrastöd. Ny (2016) beskriver hur betydelsefull relationen och tillgängligheten är till kvinnans barnmorska, oberoende av

kvinnans bakgrund, och att det är just detta som ligger till grund för trygghet, stöd och information. En inställning präglad av förståelse och vänlighet var den främsta faktorn i främjandet av god hälsa hos den utlandsfödda kvinnan. En igenkännande kommunikation skapar en plattform för kvinnan att vara sig själv och hur det därigenom skapas en miljö med upplevelsen av stöd. Detta skapar trygghet (ibid). Motsatsen upplevdes i forskningen av Herrel et al. (2004) där utlandsfödda kvinnor som inte talade det nya landets språk, upplevde att sjukvårdspersonalen diskriminerade dem och visade liten lyhördhet för deras behov. Kvinnorna i samma studie upplevde att de behandlades annorlunda då de inte kunde nya landets språk och önskade att personalen ansträngt sig att förstå deras kultur och de skillnader som upplevdes. På liknande vis upplevde de utlandsfödda kvinnorna i forskningen av Wojnar (2015), där syftet var att undersöka somaliska pars upplevelse av den perinatale omvårdnaden, att de kände sig utsatta, sårbara och missförstådda på grund av att de inte behärskade det nya landets språk och saknade respekt och acceptans i mötet med vården. I Halldorsdottirs & Karlsdottir (2011) barnmorsketeori beskrivs hur barnmorskan visar på professionell kompetens när empati, stöd och ett gott bemötande ges till kvinnan. I föreliggande studies resultat ses kopplingen till hur ett positivt bemötande från barnmorskan kan påverka och stärka föräldrastödet.

Okunskap kring barnet ger rädsla och oro

Den första tiden med ett nyfött barn upplevs av nyblivna mödrar som den mest påfrestande perioden visar forskningen av Barimani (2012) där syftet med avhandling var att undersöka yrkesverksamma och mödrar uppfattning om stöd och kontinuitet i vårdkedjan för blivande och nyblivna mödrar. Mödrarna beskriver upplevelsen av en ökad sårbarhet och att det är en livsomvälvande händelse att bli förälder. Forskningen av Young (2008) visar hur nyblivna mödrar känner sig oförberedda att omhänderta sitt nyfödda barn och upplever övermäktiga känslor av trötthet, stress och oro. Resultatet i föreliggande studie stämmer väl överens med resultatet som visar att deltagarna upplever oro och stress i sin nya roll som förälder. De upplevde att de hade behövt mer information och kunskap för att känna sig trygga med det nyfödda barnet. Deltagarna hade önskat specifik information om vanliga frågor och problem som förekommer den första tiden såsom information om spädbarnsdödlighet, barnets dygnsrytm, feber, skötsel av navel och badning. Även frågor kring det svenska klimatet, kyla och klädsel nämndes. I forskningen av Persson et al (2011) samt Andersson et al (2012)

framkom det också att kvinnorna ville känna sig mer förberedda och önskade erhålla information om vanliga problem som kan förekomma under den första tiden med det nyfödda barnet. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) betonar vikten av att stärka kvinnan. Trygghet, kunskap och tillit från barnmorskan möjliggör förutsättningar för föräldrastöd till kvinnan.

Kvinnorna i föreliggande resultat upplevde svårigheter med amning och kände sig oförberedda på att amning kunde vara kopplat till smärta och såriga bröstvårtor. Kvinnorna hade önskat mer föräldrastöd kring amning och önskat få kunskap i vart de kunde vända sig om amningsproblem uppstod. Ökade kunskaper om mjölkproduktion, amningspositioner och fri amning efterfrågades. Detta bekräftades i forskningen av Persson et al. (2011) där amningsstöd uppgavs som särskilt viktigt och när amningen väl kom igång och fungerade så skapade det starkt välbefinnande. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) betonar att med insikt, reflektion och användning av evidensbaserad kunskap och forskning, så kan barnmorskan skapa förutsättningar och främja hälsa för såväl moder som barn.

Okunskap om sjukvårdssystemet

Det framkom av föreliggande resultat att deltagarna upplevde skillnad i tillgänglighet i vården i Sverige jämfört med sitt hemland. Några av kvinnorna visste vart de skulle vända sig vid sjukdom då de erhöll information från barnmorskemottagningen, BB eller baronavårdscentralen om 1177 och 112. Majoriteten av kvinnorna visste dock inte var de skulle vända sig när barnet blev sjukt, på grund av okunskap kring hur sjukvårdssystemet fungerar i Sverige. Att inte veta var de skulle vända sig när barnet blev sjukt skapade oro. I SFOGs rapport (2008) nämns det att det är av betydelse att barnmorskemottagningen identifierar familjer med större behov av stöd som exempelvis föräldrar som ännu inte hunnit integrera sig i det svenska samhället.

Det framkom även att deltagarna upplevde att det finns skillnad i synen kring läkemedel på så sätt att det uppfattades som svårt att få tillgång till läkemedel och att mycket i Sverige i första hand skulle behandlas utan medicinska insatser. De var även vana vid att egenvårdsbehandla sjukdomar/åkommor exempelvis med örter i hemlandet. Enligt Ny (2016) bör vårdgivaren i Sverige vara medveten om att många kvinnor från andra kulturer har med sig normer från sitt

hemland som kan krocka med det nya landets kultur och hälsosystem (ibid). Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) menar att barnmorskan genom respekt och medvetenhet för olika kulturer, möjliggör ett professionellt och individuellt föräldrastöd.

Konklusion och implikationer

Studiens resultat visar att kvinnorna upplevde att den föräldrastödjande informationen var dåligt anpassad till deras behov. Det fanns en önskan om olika informationsmetoder och praktisk information. Kvinnorna upplevde att okunskap kring barnet gav oro och rädsla. Det upplevdes en osäkerhet från kvinnorna om vad som var rätt eller fel i omhändertagandet av barnet samt att de fått dålig förberedelse kring amning. Resultatet visar även på att kvinnorna upplevde en okunskap kring sjukvårdssystemet i Sverige, vart de skulle vända sig med barnet vid sjukdom och de upplevde en frustration att inte kunna göra som de var vana vid från hemlandet med tillgång på läkemedel eller egenvårdsbehandling. Ett positivt bemötande från barnmorskorna präglad av engagemang och trygghet upplevdes av kvinnorna som betydelsefullt i föräldrastödet.

Författarna drar således slutsatsen att arabiska icke-svensktalande kvinnor behöver få föräldrastöd i enlighet med deras individuella behov. Det finns stora skillnader mellan olika barnmorskemottagningar gällande vilket föräldrastöd som erbjuds till kvinnor, både regionalt men även lokalt. Det är angeläget att verka för att utjämna skillnader i föräldrastödet så att varje familj får samma möjlighet till föräldrastöd inför första tiden med ett nyfött barn.

Sverige är ett mångkulturellt samhälle och för att kunna skapa ett likvärdigt föräldrastöd i Sverige behövs en handlingsplan som följs av alla som arbetar inom mödrahälsovården. Ett ökat samarbete mellan mödrahälsovård och barnhälsovård skulle kunna optimera föräldrastödet. Barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården behöver få ökade kunskaper i vilket föräldrastöd som behövs och efterfrågas av arabiska icke-svensktalande kvinnor.

Referenser

- Ahlden, I., Göransson, A., Josefsson, A., Alehagen, S. (2008). Parenthood education in Swedish antenatal care: perceptions of midwives and obstetricians in charge. *Journal of Perinatal Education* 17(2), 21–27.
- Andersson, E., Christensson, K., Hildingsson, I. (2012) Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. 502–508
- Barimani, M. (2012). Bridging the gap in the chain of care for expectant and new mothers. *From the centre of Family and Community Medicine Department of Neurobiology, Care Sciences and Society Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*
- Barimani, M. (2016). Att leda föräldragrupper på mödrahälsovården ur ett föräldrastödsperspektiv I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes. (Red). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. (s.323-330). Lund: Studentlitteratur.
- Bell, J. & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. (5., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Binder, P., Borné, Y., Johnsdotter, S., Essén, B. (2012) Shared Language Is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting. *Journal of Health Communication*, 17:1171-1186
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66, 337–345. *Elsevier Ireland Ltd*
- Fabian, H., Rådestad, I., Waldenström, U. (2004) Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Elsevier Ltd. All rights reserved*, 20, 226–235
- Fabian, H., Sarkadi, A., Åhman, A. (2015) Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden: Midwives' perspectives. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6:236–242
- Forster, D.A., McLahlan H.L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., Rayner, S. (2008) *The early postnatal period. exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. BMC Pregnancy Childbirth*. 8: p. 27.
- Gissler, M., Maili, M. (2009) Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9:84
- Green, A., Ngo-Metzger, Q., Legedza, A., Massagli, M., Phillips, M., & Iezzoni, L. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1050–1056.

Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, SI. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817. Doi: 10.1111/k.1471-6712.2011.00886.x

Herrel, N, Olevitch, L, DuBois, D, Terry, P, Thorp, D, Kind, E, Said, A (2004) Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery. *The American College of Nurse-Midwives Issued by Elsevier Inc*, 49:345–349

Hildingsson, I., Dalén, K., Sarenfelt, L., Ransjö-Arvidsson, A-B (2013) First-Time Parents' Perception of Antenatal education in Sweden, *International Journal of Childbirth*, volume 3, issue 1

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

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

Migrationsverket (2015). Migrationsverket - mitt i världen. Hämtad 3 april, 2016 från migrationsverket:<http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-om-migration/Migrationsverket---mitt-i-varlden-2015.html>

Murphy, S (2008) An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Elsevier Ltd*, 26, 294–303

Ny, P. (2016). Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle I H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes. (Red.) *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde*. (s.49-53). Lund: Studentlitteratur.

Nyström, K and Ohrling, K (2004) *Parenthood experiences during the child's first year: literature review*. *J Adv Nurs*. 46(3): p. 319-30.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Persson, E., Fridlund, B., Kvist, L.J., Dykes, A.-K., (2011), Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing* 67 (1), 105-116. Doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x

Petersson, K, Petersson, C, Håkansson, A (2004) What is good parental education? Interviews with parents who have attended parental education sessions. *Nordic College of Caring Science*, 18, 82-89

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (6 ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet (2013). Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd- En vinst för alla. Stockholm. Socialdepartementet. S2013.010. Hämtad 23 mars, 2016 från Regeringskansliet:

<http://www.regeringen.se/contentassets/65737a08c78f4c3cbc5818b2a4c29490/nationell-strategi-for-ett-for-ett-utvecklat-foraldrastod---en-vinst-for-alla-s2013.010>

Robertson, E (2009) Det specifika i mötet med utlandsfödda kvinnor. Kaplan, A, Hogg, B, Hildingsson, I, Lundgren, I. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Sarkadi, A. & Bremberg, S. (2005). Socially unbiased parenting support on the Internet; a cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health & Development*, 31(1), 43-52.

SFOG. (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa, Rapport nr 59*. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Stockholm; Socialstyrelsen.

<https://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/arg-forord/Info%2059.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). Föräldrastöd inom hälso-och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen. (Artikelnr: 2015-12-38). Hämtad 20 mars, 2016 från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20020/2015-12-38.pdf>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wedin,K., Molin,J. ,Crang Svalenius,E.L. (2008). Group antenatal care:new pedagogic method for antenatal care—a pilot study. *Midwifery*26 (4),389–393.

Wojnar, Danuta M (2015) Perinatal Experiences of Somali Couples in the United States. *JOGNN*, 44, 358-369.

Young, E. (2008). Maternal expectations: Do they match experience? *Community Practitioner*, 81 (10), 27-30.

Arbetsfördelning

Båda författarna har bidragit lika mycket i föreliggande studie. Båda har varit delaktiga i intervjuerna, analysprocess samt resultatet. Den ena författaren, Sara utförde all transkribering på egen hand då intervjuerna skedde på arabiska.

Bilaga 1 (2)

Intervjufrågor

Vad upplever du att du har för behov av föräldraförberedelse inför första tiden efter förlossningen?

Vad innebär det för dig att vara förberedd inför den första tiden efter förlossningen?

Vad tycker du är bra att förbereda sig på inför den första tiden efter barnets födsel?

Hur skulle du vilja att förberedelsen erbjöds? Hur skulle du vilja förbereda dig?