

Hvordan opplever innvandrerkvinner møtet med Nyfødt Intensiv ved St. Olavs hospital?

Oddbjørg Sørgård Kiplesund

Masteroppgave i helsevitenskap
Trondheim 2017

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Sammendrag

I denne kvalitative studien har jeg undersøkt hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever oppholdet ved Nyfødt Intensiv ved St. Olavs Hospital.

Intervju ble valgt som forskningsmetode. Åtte mødre, fra åtte ulike land i tre verdensdeler fortalte om sine opplevelser fra sitt opphold ved Nyfødt Intensiv med sitt premature og/eller syke terminbarn. Studiens hensikt var å få kunnskap om mødrene sine opplevelser, for om mulig å kunne bedre kommunikasjon med og behandling av andre mødre med innvandringsbakgrunn og deres nyfødte. Studiens viktigste funn diskuteres med nyere relevant forskning.

Utrygghet er den mest fremtredende følelsen blant mødrene i studien. Tidligere forskning viser et generelt høyt stressnivå blant mødre til barn på nyfødtavdelinger. Er man i tillegg innvandrer med en annen kulturell bakgrunn, øker dette stressnivået ytterligere. Utrygghet skyldes en kombinasjon av undertrykte følelser som redsel, bekymring, skyld og skam, ved mangel på tilknytning til barnet, fravær av morsfølelse og savn av familie. Mangel på kunnskap eller uvitenhet om hva som skjedde med barnet førte til tap av kontroll og en følelse av umyndiggjøring. Mangel på søvn og fysiske plager etter fødselen forsterket opplevelsene. Opplevelse av forskjellsbehandling forsterket følelsen av å være innvandrer og å være en fremmed i samfunnet.

Studien har gitt verdifull innsikt i forhold til følelser og opplevelser til mødre med innvandrerbakgrunn til premature og/ eller syke terminbarn. Funnene understreker først og fremst behovet for å øke kompetanse innen tverrkulturell sykepleie. Videre avdekker funnene et behov for å kvalitetssikre sykepleierens særegne funksjon. Det betyr å utøve omsorg ved å vise respekt for den enkelte mor sin integritet.

Abstract

In this qualitative study, I have investigated how mothers with an immigrant background experience a stay at Newborn Intensive Care Unit at St. Olav's Hospital.

Interview was selected as a research method. Eight mothers from eight different countries in three continents told how they experienced their stay at Newborn Intensive Care Unit with their premature and/ or sick term newborn. The purpose of the study was to gain knowledge about the experiences of immigrant mothers, in order to be able to further improve the communication with and treatment of immigrant women and their children. The study results are discussed in relation to recent research results within this area.

Insecurity was the most prominent feeling amongst the mothers in this study. Previous research has shown a generally high level of stress among mothers of children in neonatal wards. An immigrant background of the mother contributes to increase the level of stress further. The insecurity was caused by a combination of repressed emotions of fear, worry, guilt and shame, by a lack of attachment to the baby, an absence of maternal feeling and a miss of family. Lack of knowledge or ignorance regarding what is happening to the baby also led to a felt loss of control and a sense of disempowerment. Lack of sleep and physical ailments after birth strengthened these feelings. Experiences of discrimination further reinforced the feeling of being an immigrant and a stranger to the society.

The study has provided valuable insight into the feelings and experiences of immigrant mothers with premature and/or sick newborns. The results emphasize the need of an increased expertise in cross-cultural nursing. Moreover, the findings also indicate a need for quality assurance of the nurse's distinctive function, and the importance of paying respect to the individual mother's integrity while exercising care.

Forord

Helt siden jeg begynte å jobbe ved Nyfødt Intensiv ved St. Olavs Hospital har jeg lurt på hvordan det oppleves for mødre med innvandrerbakgrunn å motta helsehjelp ved avdelingen. Sykehusets kjerneverdier; helhet, respekt, likeverd og medbestemmelse er relasjonelle verdier som er ment å prege møter sykehusets ansatte har med mottaker av helsehjelpen. Om vi lykkes som helsepersonell ved å la kjerneverdiene prege møter med de som mottar helsehjelpen er ikke bare et interessant tema, men en indikasjon på kvaliteten helsetjenesten er ment å ha. Aller mest lurte jeg på hvilke opplevelser mødre med innvandrerbakgrunn hadde under oppholdet? Min nysgjerrighet resulterte i denne masteroppgaven.

Arbeidet med masteroppgaven startet i januar 2014. Å skrive master samtidig som jeg har tilegnet meg kunnskap om hvordan dette skal gjøres på en vitenskapelig måte, i tillegg til å være på jobb, har vært svært krevende, men mest av alt lærerikt. Tidsskjema for tidlig levering sprakk, men jeg ser at tiden har vært nødvendig med tanke på å bearbeide materialet tilstrekkelig, ut fra min kompetanse og at jeg skulle klare å fullføre.

Tusen takk til informantene, mødrene, som stilte opp til intervju. Deres historier har vært drivkraften i denne oppgaven, fra start til slutt. Tusen takk til John-Arne Skolbekken, min veileder som har gitt uvurderlig hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Uten hans tålmodighet og tydelige veiledning hadde jeg neppe kommet i mål.

Videre har ikke dette vært mulig å gjennomføre uten støtte og konkret hjelp fra ledelse og kollegaer ved Nyfødt Intensiv ved St. Olavs Hospital. Tusen takk for hjelp, nysgjerrighet rundt studiens tema og oppmuntring til å fullføre. Sjelden har jeg blitt så glad som da jeg ble tildelt masterstipend fra felles utdanningsutvalg ved St. Olav-DMF. En stor takk for anerkjennelse av oppgavens tema.

Til sist takker jeg min gode mann for stor overbærenhet, praktisk hjelp og respekt for mitt ønske om å bruke kvelder, helger og ferier for å gi disse mødrene en stemme.

Arbeidet med oppgaven har utviklet min evne til refleksjon. Generelt som menneske, men i denne sammenheng over min identitet som sykepleier, hvordan jeg utøver sykepleie og hvordan yrkesutøvelsen påvirker mødre i en vanskelig situasjon. Det aller viktigste jeg har

lært av mødrene i studien er at uavhengig av kulturell bakgrunn ønsker de å være sammen med barnet, få nok informasjon om hva som skjer og ha en god og trygg relasjon til sykepleier.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | I |
| Abstract | 1 |
| Forord | 2 |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Tema, begrunnelse og hensikt..... | 3 |
| 1.2 Forforståelse | 4 |
| 2.0 Presentasjon av tidligere forskning | 7 |
| 2.1 <i>Hvordan mødre opplever møtet med nyfødt intensiv i sitt hjemland</i> | 7 |
| 2.1.1 Krevende virkelighet, og vanskelige følelser | 7 |
| 2.1.2 Skremmende miljø blant fremmede | 9 |
| 2.1.3 Relasjon til sykepleier | 9 |
| 2.1.4 Informasjon | 10 |
| 2.1.5 Ved utreise | 10 |
| 2.2 <i>Hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever møtet med nyfødt intensiv</i> | 11 |
| 2.2.1 Opplevelser og følelser | 11 |
| 2.2.2 Informasjon | 12 |
| 2.2.3 Kulturelle verdier..... | 13 |
| 2.2.4 Relasjon og samhandling med sykepleier | 15 |
| 2.3 <i>Gravid og innvandrer</i> | 15 |
| 2.3.1 Relasjon til sykepleier | 15 |
| 2.3.2 Status som flyktning | 16 |
| 2.3.3 Kulturelle og religiøse verdier..... | 16 |
| 2.3.4 Betydning av storfamilien | 17 |
| 2.3.5 Tolk | 17 |
| 3.0 Metode | 18 |
| 3.1 <i>Forskningsintervjuet</i> | 18 |
| 3.2 <i>Rekruttering av forskningskandidater</i> | 18 |
| 3.3 <i>Utvalget</i> | 18 |
| 3.4 <i>Beskrivelse av informantene</i> | 19 |
| 3.5 <i>Intervjuguide</i> | 19 |
| 3.6 <i>Gjennomføring av intervjuene</i> | 20 |
| 3.7 <i>Dataanalyse</i> | 21 |
| 3.8 <i>Etikk</i> | 22 |
| 4.0 Funn | 24 |
| 4.1 <i>Intervjuet- en etterlengtet samtale</i> | 24 |
| 4.2 <i>Påkjenning, både fysisk og psykisk</i> | 25 |
| 4.3 <i>Far sin rolle</i> | 29 |
| 4.4 <i>Profesjonelle hjelpere-til støtte og/eller belastning</i> | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Når informasjon er utilstrekkelig | 38 |
| 5.0 Diskusjon | 43 |
| 5.1 Å fortelle sin historie..... | 43 |
| 5.2 Utrygghet..... | 45 |
| 5.3 Far sin rolle og savn av øvrig familie | 47 |
| 5.4 Sykepleiers betydning under oppholdet..... | 50 |
| 5.5 Informasjon, en viktig faktor | 53 |
| 5.6 Metodediskusjon..... | 55 |
| 5.7 Resultatdiskusjon og overførbarhet | 56 |
| 6.0 Konklusjon | 57 |
| Litteratur | 58 |
| Vedlegg | 62 |
| Vedlegg 1: Godkjenning fra REK..... | 62 |
| Vedlegg 2: Informasjonsskriv, svarslipp og samtykkeskjema | 64 |
| Vedlegg 3: Intervjuguide | 67 |

1.0 Innledning

Mennesker som innvandrer til Norge utgjør et stort mangfold. Pr 1. januar 2017 var det 725 000 innvandrere i Norge, og disse kommer fra 221 land og selvstyrte regioner (SSB 2017).

Tall fra 2014 viser at det fødes knapt 60 000 barn i Norge hvert år (SSB 2015), hvorav 4000 fødes ved St. Olavs Hospital. Dette betyr et dagsgjennomsnitt på 11 barn. Noen av barna er premature og/ eller syke terminfødte, og disse legges inn ved Nyfødt Intensiv avdeling, heretter kalt NI. Mødre til premature og/ eller syke terminfødte babyer starter barseltiden ved NI. St. Olavs Hospital har også en flerregional funksjon innen nyfødtkirurgi for pasienter fra Stavanger i sør til Kirkenes i nord. Disse barna legges også inn ved NI.

I de senere år er det en markert økning i andel fødekvinner som ikke selv er født i Norge, heretter kalt innvandrerkvinnene (Tønnessen 2014). Særlig gjelder dette kvinner fra Polen og Litauen. Det bor like mange polakker i Norge, både kvinner og menn, som innbyggertallet i Kristiansand, 84 000 tusen mennesker. I 2014 fødte innvandrerkvinnene fra Polen og Litauen flest barn. Etter de kom mødre fra Somalia og Sverige. Irak, Pakistan, Filipinene, Thailand, Tyskland og Russland lå stabilt lavest av de 10 landene utenom Norge som hyppigst er representert som mors fødeland (SSB 2015).

På landsbasis er hvert fjerde barn født av en innvandrerkvinnene. For Helse-Midt utgjør dette 19 % av alle fødsler. Forskning viser at familier med innvandrerbakgrunn utgjør en betydelig andel av innlagte ved nyfødt intensiv avdelinger (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013). Dette gjelder også ved St. Olavs Hospital. Mødre med innvandrerbakgrunn er vokst opp med andre måter å leve og forstå verden på. De har en annen kulturbakgrunn enn den norske.

Kultur er adferdsmønster som har utviklet seg over tid som et resultat av sosiale og religiøse påvirkninger og strukturer i samfunnet (Giger 2013). Kultur er også et resultat av indre og ytre påvirkning. Kultur er verdier, tro og normer som praktiseres av en gruppe mennesker. Kultur styrer tanker og danner grunnlag for adferd. Kulturelle uttrykk er verdier som er etablert over lang tid innad i den aktuelle kulturen (Giger 2013). Tanker, kommunikasjon og adferd er resultat av individets kultur. Dette gjelder alle mennesker, uansett hvor de kommer fra. Uten kultursensitivitet, altså kunnskap og en bevisst holdning i møte med individet, kan

det være vanskelig å gi og oppleve omsorg. Den komplekse helheten hos et individ, bestående av skikker, moral, religion og vaner responderer forskjellig på sykepleiers adferd (Giger 2013).

Kulturvariasjoner vil alltid forekomme, og for mødre vil det være en konstant utfordring å forstå, og å tilpasse seg avdelingens kultur. Samtidig med at mødre møter en ukjent helse og sykehuskultur, bringer de også med seg et sett av kulturelle koder. Forskjellige måter å hilse på, feste blikket under en samtale og klesdrakt er eksempel som beskriver ulik kulturell bakgrunn. Videre møtes et ulikt rammeverk av livssyn og verdier til å forstå og tolke verden.

I følge NI sin egen pasientregistrering for året 2014 var 503 barn innlagt ved avdelingen. Av disse var 49 barn født av innvandrerkvinner. I praksis betyr dette at helsepersonell må utøve helsehjelp regelmessig til mødre med en annen kulturbakgrunn enn den norske. Avdelingens sekretær registrerer alle innleggelse hvor etnisitet og diagnose på barnet føres opp, noe som kan bekreftes av avdelingsleder. Medisinsk fødselsregister har statistikk over fødselsantallet, men registeret har ikke tall for fødsler etter etnisk tilhørighet (SSB 2015).

NI har 120 ansatte, og er en spesialavdeling for premature og syke nyfødte barn. Alle nyfødte som ikke fyller kriteriene for overflytting til barselavdelingen etter fødsel, legges inn ved NI. Med unntak av planlagt kirurgi, verken ønsker eller planlegger foreldre et opphold ved NI. Kanskje nettopp derfor kan det oppleves kaotisk og vanskelig, både i forhold til barnet, og alt som skjer av utredning, behandling, stell og opplæring rundt dem selv og barnet. Opphold ved en nyfødt intensiv avdeling er en kilde til stress (Holditch-Davis and Shandor Miles 2000), (Nyström and Axelsson 2002), (Lau and Morse 2003), (Hall 2005). Mødre med innvandrerbakgrunn har enda høyere nivå av stress (Ballantyne, Benzies et al. 2013).

Mødre og profesjonelle helsearbeidere ved NI representerer to forskjellige perspektiv. Mødres verden preges av stress, både fysisk og psykisk (Alkozei, McMahon et al. 2014), (Obeidat, Bond et al. 2009). Den profesjonelle helsearbeider sin verden er en avdeling hvor omsorg og behandling utføres i et høyteknologisk sykehusmiljø. Som sykepleier ved en nyfødtavdeling vet jeg at mødre vil treffe sykepleiere, barneleger og barnepleiere. Ulike yrkesgrupper, som sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, bioingeniør, psykolog, kirurg, nevrolog, radiograf, prest og imam vil etter behov treffe mødrene.

Avdelingens overordnede mål er å møte hele familien med høy faglig kompetanse, respekt, forståelse og omsorg. Styringskrav og rammer for helseforetaket fra 2014 vil at pasienten skal delta mer aktivt i beslutninger som gjelder dem, og at disse skal brukes aktivt i å bedre helsetjenesten (StOlavsHospital 2016). NI er godkjent mor-barn vennlig initiativ etter WHO sine kriterier. Mor-barn vennlig initiativ tar sikte på å fremme amming, og etablere tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Et av kravene er at mor kan be personalet om avlastning og hjelp etter eget behov. Videre skal avdelingen oppmuntre, og legge til rette for at mor og barn får hud-mot-hud kontakt så tidlig som mulig etter fødselen. Dette skal vedvare gjennom hele oppholdet (Ammehjelpen 2016).

1.1 Tema, begrunnelse og hensikt

Tema for undersøkelsen er innvandrerkvinnens opplevelse av oppholdet ved NI. Det foreligger ingen tidligere undersøkelse av hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever oppholdet ved avdelingen ved St. Olavs Hospital.

Et tilbakevendende spørsmål som har påvirket valg av tema er; hvordan kan helsepersonell best utøve omsorg til en mor med innvandrerbakgrunn? Jeg var spørrende i forhold til kvalitetssikring av sykepleietjenesten i forhold til innvandrer-mødre. På hvilket grunnlag, og fra hvem sitt perspektiv mottar mødre med innvandrerbakgrunn helsehjelp? Hvilke holdninger gjør seg gjeldende, både hos helsepersonell og hos mor, og hvordan påvirker disse innvandrerkvinnen sin opplevelse under oppholdet? Hvilken kulturell egenart representerer de? Hvor godt samstemmer deres livsverden i møte med helsehjelp gitt på NI? I takt med stadig flere innvandrere vil antall mødre med innvandrerbakgrunn vedvare, som er nok en grunn til å belyse dette (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013).

Siden fødepopulasjonen ved St. Olavs Hospital endrer seg, er det nødvendig å få kunnskap om hvordan innvandrer-mødre opplever sitt møte med NI. Hensikten med studien er å få kunnskap om opplevelser fra innvandrer-mødre. Videre hvordan refleksjon og bevisstgjøring av kulturelle forskjeller kan bidra til å optimalisere omsorg og behandling til mødre med innvandrerbakgrunn. Med utgangspunkt i overnevnte begrunnelse og hensikt spør jeg:

Hvordan opplever innvandrerkvinner møtet med Nyfødt Intensiv ved St. Olavs Hospital?

1.2 Forforståelse

Før studien kunne starte var identifisering av min forforståelse nødvendig. Erfaringer, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer jeg hadde med meg ved starten av studien kunne betraktes som en bagasje som påvirket valg av tema, problemstilling, valg av metode og analysearbeid (Malterud 2011). Det viktigste var å reflektere over hvilke holdninger og erfaringer som kunne påvirke og forstyrre mødrenes fremstilling av opplevelser. Videre håpet jeg at forforståelsen kunne bidra til å belyse temaet, og styrke mødrene i intervjusammenhengen slik at de følte seg trygge og kunne snakke åpent og fritt.

Ved valg av tema har forforståelse og motivasjon som regel en sammenheng (Malterud 2011) Jeg hadde motivasjon til å ville vite mer om mødre med innvandrerbakgrunn. Kanskje var det nettopp min forforståelse som skapte interesse og engasjementet for oppgavens tema.

Sju år med bostedsadresse i Elfenbenskysten, og et år i Mali noen år senere, begge perioder i voksen alder, preget min forforståelse. Min rolle mens jeg bodde der var både som nabo og koordinator i et utviklingsprosjekt mellom offentlige myndigheter i hovedstaden og landsbyen. I begge rollene lærte jeg noe om kvinnens rolle, hennes rettigheter og plass i samfunnet. Hun var først og fremst mor og kone, gjerne en av flere koner til samme mann. Hun hadde ikke nødvendigvis de samme rettighetene som mannen, tross demokratisk styresett i landet. Ved fødsel var ikke mor, men far sitt navn skrevet på barnets journal. Ved et eventuelt keisersnitt, måtte først fars godkjenning foreligge, selv om han var vanskelig å få tak i, og det sto om livet til både mor og barn. Sentrale stillinger og besluttede organer innen samfunnsutvikling og politikk var forbeholdt menn. Kjønnsmønstre måtte forståes ut fra en annen kontekst enn den jeg hadde med meg, den norske.

Engasjementet for å øke egen kunnskap og forståelse startet med den lett synlige innvandrerkvinnen på NI. Hun skilte seg ut, enten på grunn av en annerledes klesdrakt, et utenlandsk navn eller en annen hudfarge. Så var det de lite synlige innvandrerkvinnene. De som ikke skilte seg ut, men var kledd som meg? Hvor kom de fra, og hvilken historie bar de med seg? Årene utenfor Norges grenser hadde utfordret til min selvgode norske måte å tenke og handle på. Sannheten om andre er ikke nødvendigvis slik jeg oppfatter den. Med dette

utgangspunktet hadde jeg bare tanker og formeninger om hvordan kvinnene opplevde oppholdet på avdelingen.

Forforståelsen var preget av nysgjerrighet, men også av sympati og solidaritet. Jeg hadde selv vært utlending, og kunne lett gjenkalle opplevelser knyttet til det å være i en fremmed kultur som usikker og hjelpeløs. Erfaringer som pasient var ulike opplevelser i Norge. En brukket arm og graviditet hadde gitt meg opplevelser i møte med helsevesenet der. Avstand til lege og sykepleier var merkelig. Jeg fikk hjelp, men uten forklaring. Språkbarrieren og kulturforståelse påvirket alle situasjoner jeg var en del av, særlig gjennom arbeid, men også hjemme.

Fra et sykepleiefaglig perspektiv, særlig med tanke på hvordan omsorg formidles og utøves, var forforståelsen tilfeldig kunnskap jeg tilegnet meg i løpet av årene jeg bodde i Elfenbenskysten og Mali. Kvinner hadde sine egne kvinnefellesskap. De samarbeidet om arbeidsoppgaver, snakket mye sammen, var gjerne en av fire koner til samme mann, og kunne amme en baby som ikke var sin om den biologiske moren var syk eller død. Særlig erfarte jeg dette i landsbysamfunn. Innen helsevesenet erfarte jeg at uniform signaliserte autoritet. Jo høyere utdanning og stilling, jo større autoritet og avstand til pasienten. Pasientens respekt for lege og sykepleier var stor. Medbestemmelse for å styrke helsetjenesten var ikke et tema. Legens suverenitet var udiskutabel. Begrepet respekt ble praktisert én vei, fra pasienten til den uniformerte helsearbeideren. Å stille spørsmål til en med høyere utdanning, var utenkelig.

Menneskeverd var også noe jeg måtte tenke over. Jeg hadde bodd i kulturer hvor babyer ikke ble registrert i folkeregisteret før de hadde passert to år. Premature og nyfødte med lav fødselsvekt ble lagt til side for å dø. De hadde ingen verdi i samfunnet, og var ikke ment å leve. Religion spilte en betydelig større rolle enn hva det tradisjonelt gjør innen norsk helsevesen. Allahs inngripen var overordnet ethvert medisinsk tiltak. Om barnet døde ble mor ofte stilt til ansvar.

Spørsmål rundt behandling og bruk av medisiner hørte jeg aldri. Tvert om var det knyttet status og trygghet til en resept hvor antibiotika var foreskrevet.

Tilbake på NI var min forforståelse óg påvirket av kollegiale holdninger, oppfatninger og utsagn. Dette kom særlig fram i rapportsammenheng. Jeg tok inn over meg at trolig var det mangel på tverrkulturell kunnskap blant oss sykepleiere som førte til et syltynt grunnlag for å fortolke slik vi gjorde. Forforståelsen ble i så måte preget av et ønske om å forbedre sykepleietjenesten til mødre med innvandrerbakgrunn.

I forhold til språk og begrepsforståelse visste jeg at språkopplæring i Norge foregår på bokmål. Privat har jeg venner med innvandrerbakgrunn, og min erfaring tilsa at det er hensiktsmessig å prøve seg litt fram med tanke på valg av språk under intervjuene. Trøndersk eller bokmål, det ville jeg la mødrene ta stilling til. Så ville jeg ikke avsløre mitt afrofranske språk, om kvinner fra tidligere franske kolonier var i utvalget.

Min utfordring ble nå å bruke forforståelse slik at den fremmet hensikten med prosjektet (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Jeg måtte være bevisst min rolle slik at forforståelsen i så liten grad som mulig påvirket forskningsprosessen. Først måtte jeg fokusere på mitt utgangspunkt i intervjusituasjonen. Holdninger og erfaringer jeg hadde på grunnlag av forforståelsen ville påvirke i den grad jeg klarte å skape en trygg situasjon hvor mødrene snakket fritt. Jeg ville vise mødrene at jeg var interessert i deres historier ved å gi støtte og forståelse til det de fortalte.

2.0 Presentasjon av tidligere forskning

Forskningsartikler gir en god oversikt over opplevelser foreldre har på NI. De beskriver hvordan opplevelser påvirker dem, før og under oppholdet, men også etter utskrivning. I dette kapitlet presenterer jeg relevant forskning som danner grunnlag for diskusjon. Jeg har vektlagt forskning med mødre, men mange artikler omfatter opplevelser hvor begge foreldre deltar.

Artikkelsøk ble gjort i elektroniske databaser tilgjengelig ved NTNU Universitetsbiblioteket. I databasene PubMed, Web of Science, Google Scholar og BIBSYS ble artikkelsøk med følgende søkeord gjort; NICU (Newborn Intensive Care Unit), experiences, migrant mother, stress, transcultural nursing og communication. Søket ble avgrenset til å gjelde artikler skrevet på engelsk. Det finnes mengder med forskningsartikler fra NI. Derimot var det betydelig færre treff på artikler av mødre med innvandrerbakgrunn.

2.1 Hvordan mødre opplever møtet med nyfødt intensiv i sitt hjemland

For kvinner verden over, er opplevelsen av å bli mor en erfaring som gir stor glede. Mødre til nyfødte syke og/eller premature babyer opplever at forventninger og glede byttes ut med bekymringer og usikkerhet (Shin and White-Traut 2007). Mødre til syke terminbarn opplever stor psykisk belastning ved opphold på NI (Hall 2005). Selv om barnet ikke er alvorlig sykt, og oppholdet er av kort varighet er mor redd og bekymret (Nyström and Axelsson 2002).

Det foreligger betydelige mengder med forskningsartikler av foreldre sine opplevelser, verden over, som har hatt barn innlagt ved NI. Forskning viser at foreldre til nyfødte som er innlagt ved NI har et generelt høyere stressnivå, og oftere symptomer på depresjon enn hos foreldre til friske nyfødte barn (Alkozei, McMahon et al. 2014). Depresjon og stress på grunn av redsel, bekymring, tap av kontroll, håpløshet, skuffelse, skyld, skam, hjelpeløshet, press og adskillelse er godt dokumenterte opplevelser (Obeidat, Bond et al. 2009), (De Rouck and Leys 2009), (Alkozei, McMahon et al. 2014). Foreldres manglende evne til å beskytte barnet mot smerte er en av de viktigste årsakene til stress (Wigert, Johansson et al. 2006).

2.1.1 Krevende virkelighet, og vanskelige følelser

Når barnet innskrives på NI føler mor seg ensom og hjemløs (Nyström and Axelsson 2002). Hun føler seg som en fremmed, en som er på besøk og ikke tilhører på NI (Heermann,

Wilson et al. 2005). Mødre opplever at de kan delta i det som foregår med barnet, men følelsen av ekskludering er sterkere (Wigert, Johansson et al. 2006). Mor er på barselavdelingen, men uten barnet, som er den egentlige grunnen til å være der. Mødre som ikke har barnet hos seg, føler seg sårbare, og at de tar opp nødvendig plass. Heller ikke på NI er det tilrettelagt for at hun kan være der sammen barnet (Nyström and Axelsson 2002), (Bondas-Salonen 1998).

Det oppleves som et sjokk når barnet trenger intensivbehandling, og mor kommer inn i en krise (Noyes 1999). Videre fremgår det at mødre føler seg skuffet, usikre og frustrerte (Bondas-Salonen 1998). Etter å ha gjennomgått en sterk opplevelse, som fødselen er, blir barnet tatt fra dem. En mor sa at hun ikke kjente seg selv igjen, og at barnets innleggelse ved NI hadde gjort henne enda mer sensitiv og sårbar enn hva selve fødselen hadde gjort. Hun var usikker på hvorfor det ble tatt prøver av barnet, og om barnet ble liggende alene og gråte om hun ikke var der. Barnet var en bekreftelse på å føle seg som en hel kvinne (Nyström and Axelsson 2002).

I tillegg til disse opplevelsene, som ifølge mange studier ansees som universelle, viser forskning funn som knyttes til kulturelle verdier. I iransk kultur er fødsel av premature, eller syke terminfødte barn knyttet til skyld og skam (Heidari, Hasanpour et al. 2012). Mor bebreider seg selv i visshet om at samfunnet forventer et friskt og sunt barn. Tanken om å forkaste barnet som ikke er sunt og friskt er forankret i kulturen (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Når barnet flyttes til NI, trues morsfølelsen. Normal tilknytningsprosess forstyrres og forsinkes. Dette oppleves som et sjokk (Wigert, Johansson et al. 2006). Behandling fører til at mor og barn adskilles, og denne adskillelsen gjør mor fortvilt. Videre føler mor på avmakt når helsepersonell tar bestemmelser som gjelder barnet, men også for henne (Nyström and Axelsson 2002). Særlig for førstegangsfødende førte selve adskillelsen til at de ikke følte seg som mor (Callery 2002). Mødre føler lettelse når det går bra med barnet, men opplever det vanskelig å knytte seg til barnet i frykt for at det vil dø (Hall 2005).

2.1.2 Skremmende miljø blant fremmede

Foreldre blir skremt av miljøet og omgivelsene på NI (Charchuk 2005). Bare det å komme inn i et intensivmiljø, med medisinskteknisk utstyr og alarmer som ringer fører til at foreldre blir redde, og mister kontrollen. Det er som å komme inn i en annerledes verden (Fegran and Helseth 2009). Barnet er overlatt til fremmede helsearbeidere, og mor har ikke kontroll over situasjonen. Følelsen av å ikke strekke til oppleves belastende og skamfull. Hun rives mellom håp og håpløshet, og er redd for at barnet kan få varige skader eller dø. Hun føler seg trist og deprimerert når andre må ta vare på barnet (Obeidat, Bond et al. 2009), (Holditch-Davis and Shandor Miles 2000).

2.1.3 Relasjon til sykepleier

Relasjonen mellom sykepleier og mor defineres som en viktig og avgjørende arena i forhold til helsegevinst for både mor og barn (Fegran and Helseth 2009). Opplevelse av forståelse, empati gjør mor trygg, rolig og tillitsfull. Sykepleier sin holdning og evne til omsorgsfull kommunikasjon hjelper mødre til bedre å samhandle med sitt barn (Guillaume, Michelin et al. 2013). Særlig vil tilknytningsprosessen påvirkes av interaksjonen mellom mor og sykepleier. At mor involverer seg i barnet, blir aktiv istedenfor passiv i morsrollen, fører til at hun blir mer trygg og sterkere knyttet til barnet. Psykiske plager relatert til endringer i foreldrerollen er den viktigste kilde til stress blant mødre (Alkozei, McMahon et al. 2014). Foreldre opplever at de vakler mellom å være inkludert eller ekskludert i forhold til hvor mye omsorg de kan gi, eller får mulighet av sykepleier til å gi barnet (Broedsgaard and Wagner 2005).

Opplevelse av fellesskap og kunnskapsformidling mellom sykepleier og mor er medvirkende til at det skapes et bånd til barnet. Slik får mor hjelp til å samhandle med barnet gjennom å ha psykisk nærhet, og lære mer om barnets aktuelle utviklingsnivå (Guillaume, Michelin et al. 2013).

Tross alle hendelser og bekymringer, viser forskning at det viktigste under hele oppholdet er den positive samhandlingen mellom mor og sykepleier (Turner, Winefield et al. 2013). Mødre opplever at de kan stole på, og ha tillitt til sykepleier som viser empati og har kunnskap om hva barnet trenger. De er takknemlige, og kjenner på nærhet og glede når de er sammen med barnet. Dette får mødre til å glemme at de er sliten etter fødselen. Et godt samarbeid kan også hindre re-innleggelse (Boykova and Kenner 2012).

2.1.4 Informasjon

Mødre opplever at de ikke får nok informasjon om hva som skjer med barnet (Nyström and Axelsson 2002), (Charchuk 2005). Regelmessig informasjon gir nyttig og relevant kunnskap, og mødre sier de trenger det for å føle at barnet tilhører seg. Mødre sier at håpet om at det skal gå bra er knyttet til informasjon om barnets tilstand (Charchuk 2005).

Mødre opplever at det er vanskelig å forstå når sykepleier bruker ord de ikke forstår. Mødre opplever at de må lære seg et nytt språk på NI (Fegran and Helseth 2009).

Til tross for beroligende informasjon fra lege, er det vanskelig for mødre å tro at det går bra med babyen (Nyström and Axelsson 2002). Noen mødre synes det er vanskelig å få informasjon fra mange forskjellige leger og sykepleiere (Wigert, Dellenmark et al. 2013).

En mor angret på at hun ikke spurte mer. Av hensyn til sin tilstand, både psykisk og fysisk, opplevde hun at helsepersonellet bestemte hvor mye informasjon hun kunne tåle. Dette kan forsinke tilknytningsprosessen, som siden kan få uheldige langsiktige konsekvenser i foreldre-barn interaksjon (Callery 2002).

2.1.5 Ved utreise

De var ikke sikre på om barnet var friskt eller fortsatt sykt, og redsel for reinnleggelse var fremtredende. Noen tvilte på om de kom til å være nok forberedt i foreldrerollen, og å reise hjem med barnet, selv om legen hadde forsikret de om at det var trygt (Turner, Winefield et al. 2013). Mødre tviler på sine evner til å være mor, og begge foreldre tviler på om de i det hele tatt greier å ta vare på et så lite barn (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Det er også vist at det er stressende for foreldre å bli tatt med tilbake til tiden på NI (Turner, Winefield et al. 2013). To måneder etter utskriving er foreldrenes stressnivå høyere enn hos foreldre til friske nyfødte (Olshtain-Mann and Auslander 2008).

2.2 Hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever møtet med nyfødt intensiv

Det foreligger betydelig mindre forskning som involverer foreldre med innvandrerbakgrunn sine opplevelser på NI, enn de som er født i landet (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013). I Norge er språkbarrieren én av årsakene til at det ikke er forsket mye på foreldre med innvandrerbakgrunn (Ardal, Sulman et al. 2011). Det finnes desto flere studier av innvandrer-mødre i forbindelse med svangerskap og fødsel (Missal Bernita 2015), (Ny, Plantin et al. 2007), (Malin and Gissler 2009) og (Essén, Johnsdotter et al. 2000). Jeg starter med å gi et bilde av opplevelser fra nyfødt intensiv-og intensivavdelinger.

2.2.1 Opplevelser og følelser

Foreldre til premature, særlig babyer født før 28. svangerskapsuke, rekker sjelden å forberede seg på å bli foreldre. Enda mindre er de forberedt på de intense følelsene som kommer når de står ved sitt umodne, og altfor tidlig fødte barn (Ardal, Sulman et al. 2011), (Shin and White-Traut 2007). Følelsene er sterke, og noen mødre uttrykker redsel for at babyen kan dø (Ranchod, Ballot et al. 2004).

Mødre til ekstremt premature opplever begrenset mulighet til å ha hudkontakt med babyen sin. Avstand og adskillelse påvirker tilknytningsprosessen og forsinker utvikling av morsfølelsen (Ardal, Sulman et al. 2011), (Shin and White-Traut 2007). Dette får også konsekvenser for etablering av amming. Mødre med asiatisk bakgrunn dier sine barn i langt mindre grad enn andre mødre med innvandrerbakgrunn (Farchi, Asole et al. 2016). Mødre føler ikke at barnet tilhører seg, men helsepersonellet som er omsorgsgiverne (Ardal, Sulman et al. 2011).

Foreldrerollen forandres når barnet legges inn ved NI (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013). Det kan ta to til tre måneder før mødre virkelig kjenner morsfølelsen. Også usikkerheten for fremtiden, hvordan det skal gå forsterker opplevelsen av mangel på tilknytning og morsfølelse (Shin and White-Traut 2007). Uavhengig av alder på barnet, opplever også mødre med innvandrerbakgrunn bekymring, usikkerhet, frustrasjon, forvirring og skuffelse. Noen har skremmende minner fra innleggelsen, og det fortsetter med sjokk, frykt, sorg og hjelpeløshet (Denney, Singer et al. 2001), (Shin and White-Traut 2007).

Sinne, fornektelse, bekymring, sorg, skyld og tap er følelser som beskriver krisen mødre opplever ved å føde prematurt, og over at barnet legges inn ved NI (Balaam, Akerjordet et al. 2013), (Ardal, Sulman et al. 2011). Det oppleves vanskelig, så vanskelig at det er krevende å klare å si noe den første tiden. Selv ikke på sitt eget morsmål er det lett å uttrykke følelser. Mødre opplever at det er vanskelig å forstå og akseptere det som har skjedd (Ardal, Sulman et al. 2011). Tap av en frisk baby, og helsemessige store utfordringer livet ut er vanskelig å forholde seg til. Skam over å ha født et prematurt barn, får mødre til å føle at de mangler noe, slik barnet gjør. Noen mødre får lyst til å gi opp, og avvise barnet. De føler skyld for å ha født et svakt barn, og ansvarlig når barnet har smerter. Mødre vil kjenne seg skyldig i at barnet vokser opp med vedvarende helseproblemer (Shin and White-Traut 2007).

Mødre med innvandrerbakgrunn har ofte følelsen av at de aldri er på rett sted. Flere mødre opplever å bli dratt mellom hjemmet, hvor eldre barn er, og det nyfødte barnet på NI (Ardal, Sulman et al. 2011). De er både glade og urolige ved utskrivning. Mange kjenner på at de ikke er klare for å ta ansvaret for barnet. De tviler på egen omsorgsevne, og kjenner på vedvarende usikkerhet om barnet utvikler seg normalt (Shin and White-Traut 2007).

2.2.2 Informasjon

Informasjon er viktig, både før og under oppholdet (Denney, Singer et al. 2001). Studien viser at foreldre forsøker på forskjellige måter å få informasjon om babyens tilstand. De mener at all informasjon er nyttig. Foreldre utvikler forskjellige strategier for å skaffe seg informasjon. Noen venter ved kuvøsen, andre ringer daglig, mens en annen venter ved kaffemaskinen, da hun hadde sett at legen hentet seg kaffe til et bestemt tidspunkt hver dag (Denney, Singer et al. 2001).

Selv om sykepleier har kompetanse innen tverrkulturell sykepleie, uttrykker mødre at det er en lettelse å få informasjon på sitt morsmål (Ardal, Sulman et al. 2011). Det er lettere å tro at alt er bra med babyen når det sies på sitt morsmål. Studien dokumenterer positiv effekt når mor har en "buddy", en venn på avdelingen med samme morsmål og med egne erfaringer fra NI. Mødre opplever at de får mer støtte, blir mer trygge i morsrollen og forstår mer av barnets medisinske tilstand (Preyde 2007). Det utgjør en betydelig forskjell, og mødre erfarer at de kan samhandle lettere med en mor fra samme kultur og med lik erfaring. Når hun sier at det er okay å overlate barnet sitt til sykepleier, mens hun selv gjør noe annet, fører det til at mor føler seg mindre skyldig (Ardal, Sulman et al. 2011).

Foreldre er avhengige av informasjon helsepersonell gir for å kunne vite noe om hvordan babyen har det. Regelmessig informasjon om at barnet blir bedre, fører til at mødre er mindre stresset. Det er også vist at god og adekvat informasjon fører til at foreldre klarer å fortelle om babyens positive utvikling, tross kritiske faser tidligere i forløpet (Denney, Singer et al. 2001).

Informasjon er viktig slik at foreldre har tilstrekkelig kunnskap for å delta i prosesser rundt barnet. Foreldre til premature med lav fødselsvekt, < 1500 gram, sier de ønsker i større grad å være med når barnets medisinske tilstand skal diskuteres. Mange foreldre er også fornøyd med informasjonen de får (Ranchod, Ballot et al. 2004).

Mødre opplever at sykepleiere er mer hjelpsomme enn leger til å snakke om barnets tilstand og behandling. Dette skyldes at sykepleiere har større kulturell og språklig forståelse enn legene, som gjerne kommer fra andre land (Ranchod, Ballot et al. 2004). En mor trodde at barnet kom til å dø, etter at legen, ved å bruke medisinske ord og uttrykk, hadde informert henne. Mødre mener at det er viktig hvordan de blir snakket med av sykepleiere (Ardal, Sulman et al. 2011).

2.2.3 Kulturelle verdier

Det er forskjellige kulturelle regler og tradisjoner på hva som er riktig omsorg for barselkvinnen og det nyfødte barnet (Denney, Singer et al. 2001). Mødre med ikke-vestlig bakgrunn kjemper for å bevare familiens kulturelle tilhørighet og tradisjoner (Høye and Severinsson 2010). Ulikt syn utfordrer mødre i forhold til egen tro om hva som er best for seg selv og babyen. I noen kulturer er det vanlig for barselkvinner å drikke kun varm drikke den første måneden etter fødsel. Å få kald drikke, slik det er vanlig å tilby på sykehus i den vestlige verden, vil være en trussel mot livmoren og kvinnens evne til å produsere melk til babyen (Denney, Singer et al. 2001).

I vestlige land er det vanlig å amme eller mate babyen etter et ernæringsprogram, for eksempel hver 3. time eller oftere. Andre kulturer innfører ernæringsplan først når barnet er seks måneder. Før den tid styrer mor ut fra barnets signaler når det passer å amme (Denney, Singer et al. 2001).

Det er kulturelt riktig å involvere andre familiemedlemmer i omsorgen for et nyfødt barn. Tradisjoner overføres fra eldre kvinner, og læres bort slik at nødvendig beskyttelse for barnet ivaretas. For eksempel er det viktig å pakke barnet stramt inn i et pledd for å beskytte det fra å bli skremt og livredd (Denney, Singer et al. 2001). Mødre med innvandrerbakgrunn har av ulike årsaker begrenset sosial støtte fra familien (Ardal, Sulman et al. 2011).

I noen kulturer vil det oppleves problematisk å ikke kunne sove sammen sin nyfødte baby. Adskillelse problematiserer mor sitt behov for å gi varme, trygghet og tillit til barnet (Denney, Singer et al. 2001). Mødre er bekymret for at barnet blir isolert, og at det fører til følelsesmessig depresjon for barnet. Foreldre ønsker at barnet skal utvikle seg normalt, vokse opp og få god utdanning, være glad, føle kjærlighet fra familien, lære seg å leve i det nye landet for å oppnå bedre livskvalitet enn de selv har klart som førstegenerasjonsinnvandrere (Denney, Singer et al. 2001).

Press og forventning fra storfamilien om det fullkomne, forstyrrer morsfølelsen. I noen kulturer gjemmer foreldre nyfødte babyer med funksjonshemninger, som for eksempel et barn med stomi, når slektninger kommer på besøk. Mor sin opplevelse av å være mislykket påvirker også melkeproduksjonen. For en iransk muslimsk mor ansees det som en religiøs plikt å sørge for nok melk til barnet (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Siden storfamilien naturlig involveres i barnefødsel, kan mor forvente at nære slektninger kommer med negative bemerkninger hvor hun blir anklaget for å ha begått en synd, eller ha knust noen sitt hjerte. Straffen for det er et prematurt barn. Foreldrene føler at de må finne en forklaring overfor storfamilien. Det sosiale stigmaet er så stort at selv mor, som har født barnet, uttrykker at hun ikke vil ha barnet. Andre mødre frykter for at noe alvorlig skjer, og føler seg skyldige for barnets uttrykk for smerte (Gale, Franck et al. 2004), (Nyström and Axelsson 2002). Flere mødre forsøker å finne en forklaring på hvorfor dette skjedde akkurat dem (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Når det nyfødte barnet legges inn ved NI forstyrrer familiedynamikken. Far bringes inn i en situasjon hvor han må veksle mellom å være sammen mor og barn på sykehuset, passe eldre barn hjemme og skaffe inntekt til familien. Tap av arbeid og inntekt fører til mer stress og usikkerhet for familien. De opplever tap av kontroll, de føler seg usikker, hjelpeløs og opplever tvil og bekymring (Heidari, Hasanpour et al. 2012). Begrenset tilgang til

helsetjenester er i ulike kulturer normalt. Dette kan utvikle lav tillit til helsevesenet, som får mor til å føle seg usikker og redd (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013).

En dårlig fungerende familie, mye fordi at mor ikke er hjemme, men på sykehuset med sitt nyfødte syke og/eller premature barn, assosieres med depressive symptomer hos mor.

Når barnet legges inn ved NI, opplever foreldrene også tap av sosial status. Mødre kommer fra kulturer hvor sosiale ulikheter utgjør en stor forskjell (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

2.2.4 Relasjon og samhandling med sykepleier

Tverrkulturell sykepleie kjennetegnes i denne studien gjennom sykepleier sitt engasjement, sin respekt, forståelse og sensitivitet til den enkelte kultur. Mødre merker sykepleiers profesjonelle måte å tilnærme seg på, hennes evne til å berolige og etablere tillit mellom mor og seg. Opplevelsen av å vite at barnet blir godt ivaretatt, sykepleiers støtte i vanskelige perioder får mødre til å føle seg trygge og de får mer selvtillit i stell av barnet (Tavallali, Jirwe et al. 2016).

Mødre opplever at sykepleier utøver kulturtilpasset omsorg når hun viser respekt, interesse og ved aktiv lytting. Videre merker de at sykepleiers personlige egenskaper som holdning, måte å tilnærme seg på og vennlighet er viktig (Tavallali, Jirwe et al. 2016), (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013). En mor mener at sykepleier må ha kulturell kunnskap om de største etniske gruppene i landet. Det er også viktig å vite at det er store kulturelle forskjeller innen den muslimske tro. Jo mer alvorlig sykt barnet er, jo viktigere er det for foreldre at sykepleier kjenner til religiøse og kulturelle behov, og at de blir respektert. Skulle barnet bli kritisk sykt vil det av religiøse årsaker være helt fryktelig for mor om ikke kulturelle tradisjoner etterfølges (Tavallali, Jirwe et al. 2016).

2.3 Gravid og innvandrere

For bedre å forstå mødre med innvandrerbakgrunn, presenterer jeg opplevelser knyttet til svangerskap og fødsel. Noen av disse mødre kan også bli innskrevet på NI.

2.3.1 Relasjon til sykepleier

Å utvikle et tillitsforhold til sykepleier avhenger av personligheten til sykepleier. For mødre er det god terapi når sykepleier viser interesse, og tar seg tid til å prate. Mødre merker, utfra sykepleiers holdning og disposisjon av tid om de er avslappet og positiv, eller om de er stresset (Ny, Plantin et al. 2007), (Missal Bernita 2015). En mor føler at hun ble forsømt av

jordmor, selv om hun kom fra samme land. Det at jordmor kan samme språket, er ikke det viktigste. Det som er viktig er at hun er hjelpsom (Ny, Plantin et al. 2007).

Mødre setter stor pris på å få informasjon. Rådgiving og aktiv lytting satte mødre bedre i stand til å ta avgjørelser. Informasjon om mulige risiko i svangerskapet er uakseptabelt i noen kulturer. Av trossgrunner kan dette føre til komplikasjoner. Mange kvinner tror at det er opp til Allah alene om barnet blir velskapt (Ny, Plantin et al. 2007).

2.3.2 Status som flyktning

Det er vanskelig for mor å være aktiv i prosessen med å bli kjent med barnet om hun fremdeles har flyktningstatus i landet. Kjønnssrollemønster og sosial status hindrer mor i å stille spørsmål om barnet (O'Mahony 2012). Hun er redd for å være synlig, og hva som kommer til å skje. I mange kulturer er det ulik maktbalanse mellom mor og far. En mor følte hun var mer slave enn kone. Mannen nektet henne språkopplæring, og kontrollerte hvor hun var. Mor opplevde å få skylden for at barnet var innlagt på sykehus. Uavklart status som flyktning hindrer mødre i å snakke åpent om sin situasjon, og søke hjelp. En usikker situasjon øker faren for svangerskapsdepresjon (O'Mahony 2012).

2.3.3 Kulturelle og religiøse verdier

Fødsel sees på som en hendelse forankret i kulturelle verdier og ritualer. For eksempel så er det viktig for muslimer at far hvisker den muslimske velsignelsen inn i ørene på barnet straks det er født. Honning skal smøres på tungen slik at barnet får smaken på det gode liv, og ved åtte dagers alder skal alt hår på hodet barberes vekk. Dette fjerner all urenhet fra barnet, og barnet forberedes på tilbedelse av Allah (Missal Bernita 2015).

Om barnet forløses med keisersnitt, oppleves det som en straff fra Gud, og storfamilien vil reagere med negative kommentarer til mor. Muslimske mødre frykter for at keisersnitt blir utført om de tar kontakt med sykehuset før fødselen er godt i gang. De frykter at de går glipp av en normal fødsel, og får økonomiske utgifter ved et eventuelt keisersnitt (Missal Bernita 2015).

Videre oppleves det godt at sykepleier fungere som et bindeledd mellom mor og besøkende. og kunne begrense antall besøkende til mor. Mor kunne ikke, i frykt for å ødelegge sitt forhold til storfamilien nekte de å komme til sykehuset (Missal Bernita 2015).

2.3.4 Betydning av storfamilien

Å føde mange og friske barn, og ha et sterkt sosialt nettverk er viktig for mødre (Missal Bernita 2015). Hjemmefødsel er vanlig praksis i mange kulturer. I Somalia føder en av tre kvinner ved fødeklionikker (Missal Bernita 2015). I noen kulturer er det vanlig at storfamilien, ja, hele landsbyen møter opp for å vise respekt når et barn er født. Mor får hjelp av sin mor, eller andre kvinner i storfamilien (Missal Bernita 2015). I 40 dager etter fødselen skal den nybakte moren kun spise og die barnet sitt. Hun får servert mat og drikke, slik tradisjonen tilsier. Etter 40 dager avsluttes det hele med en fest (Missal Bernita 2015).

Savnet etter sin egen mor, eller andre kvinnelige slektninger fører til at mødre er ensomme, og kommer i fare for å utvikle fødselsdepresjon. I noen kulturer er det uakseptabelt å gråte etter fødselen. En mor fikk høre av sin mann at hun var svak når hun gråt (Missal Bernita 2015). En annen mor opplevde å bli deprimert når hun ikke fikk hjelp av sykepleier. Mødre opplever det positivt at far er mer tilstede, selv om hans bekymring dreide seg om kvinnens kropp (Ny, Plantin et al. 2007).

2.3.5 Tolk

Mødre var negative til bruk av tolk (Missal Bernita 2015). Manglende språkkunnskaper hos tolken medførte både feil tolkning, og utilstrekkelig informasjonsflyt mellom mor og helsearbeider. Dette skapte usikkerhet, og førte til at mor uteble fra samtaler. Selv om tolk forenklet språkforståelsen, var ikke det avgjørende for å erfare omsorg. For mødre var det viktig å kunne språket for selv å kunne snakke med jordmor. Da var det lettere å være uavhengig av mannen (Missal Bernita 2015).

3.0 Metode

Jeg ønsket å få mer kunnskap om hvilke opplevelser mødre med innvandrerbakgrunn hadde under oppholdet på NI. Kunnskapen ville jeg tilegne meg ved å snakke med dem. I dette kapitlet presenterer jeg valg og begrunnelse av metode og design.

3.1 Forskningsintervjuet

Intervju som forskningsmetode ble valgt i denne oppgaven. Metoden gir kunnskap om fenomener knyttet til mennesker og situasjoner. Videre gir metoden fyldig informasjon fra utvalget (Kvale and Brinkmann 2009). Mødrenes tanker, erfaringer, opplevelser, forventninger, ønsker, holdninger og lengsler kunne komme fram gjennom denne metoden. Innen kvalitativ metode kunne jeg spørre om mening, betydning og nyanser ved opplevelser, noe som ville styrke min forståelse av opplevelsene (Malterud 2011). Mødrenes livsverden skulle fremstå akkurat slik de erfarte den, og det var denne verden jeg ønsket å forstå (Kvale and Brinkmann 2009). Betydning av min rolle som forsker, utvalget, gjennomføring og systematisk håndtering av intervjuene operasjonaliserer kriterier som relevans, gyldighet og refleksivitet. En kvalitativ metode stiller krav til hvor relevant metoden er for problemstillingen, og om funnene kan gjelde for flere (Malterud 2011).

3.2 Rekruttering av forskningskandidater

For å belyse problemstillingen var det naturlige utvalget tidligere mødre ved avdelingen. Inklusjonskriteriene ville sørge for at materialet inneholdt data om fenomenet jeg ønsket å undersøke (Malterud 2011). Mødrene måtte være født i et annet land enn Norge, og av foreldre med et annet fødeland enn Norge. De måtte forstå og snakke norsk, og ha vært tilknyttet avdelingen mer enn ei uke. Babyen sin alder og medisinske tilstand ble ikke vektlagt. Fantes dokumentasjon på at tolk hadde vært brukt under oppholdet, ble disse mødrene ekskludert. Mailkontakt bekreftet at avdelingens postsekretær, som har tilgang til journaler, ville gå gjennom avdelingens loggbok og velge ut mødre som fyller inklusjonskriteriene.

3.3 Utvalget

Tjue mødre, innskrevet i perioden 2010-2013, fikk forespørsel om å delta. Postsekretær la informasjonsskriv, svarslipp, samtykkeerklæring og fakturert returkonvolutt, adressert til veileder av prosjektet i en konvolutt og sendte den til aktuelle deltagere (vedlegg 2).

Veileder mottok første svar kun få dager etter utsendelse. Deretter svarte tre mødre til på henvendelsen. Jeg brukte kontakt informasjon, gitt av veileder til å avtale tid og sted for intervjuene. Ingen flere svarte på skriftlig forespørsel om deltagelse. Ny søknad til REK om telefonisk kontakt med mulige intervjukandidater, og en påfølgende godkjenning var nødvendig. Sykehuset bekreftet prosjektets hensiktsmessighet, og søknaden ble godkjent.

Avdelingens postsekretær tok telefonisk kontakt med mulige intervjukandidater. Hun informerte om innhold, bakgrunn, hensikt og formål med intervjuet. Videre inviterte hun til frivillig deltagelse. Dette resulterte i at fire nye mødre signerte et informert samtykke om deltagelse. Jeg brukte kontakt informasjon, gitt av postsekretær til å avtale tid og sted for intervjuene.

3.4 Beskrivelse av informantene

Åtte mødre fra tre forskjellige verdensdeler var involvert i studien. De kom fra Somalia, Niger, Russland, Spania, Tyskland, Vietnam, Pakistan og Filippinene. Fire av mødrene hadde barn fra før, hvor tre av disse hadde født i Norge. Alle mødrene var i et parforhold, hvorav fire av kvinnene hadde norsk mann. Ingen hadde tidligere erfaringer fra NI. Fire av mødrene var studenter på bachelor eller master nivå, to var hjemmeværende og to var i jobb. Alle kvinnene valgte å gjøre intervjuet hjemme. Intervjuene varte fra 38 til 72 minutter. En mor hadde en venninne tilstede under intervjuet. Under to andre intervju var mannen tilstede. En av mødrene ønsket et stykke ut i intervjuet å snakke både norsk og engelsk, selv om engelsk heller ikke var hennes morsmål. Jeg kunne fortsette på norsk.

3.5 Intervjuguide

Mødrene skulle fortelle om sine opplevelser, så en semi-strukturert intervjuguide, som verken er lukket eller helt åpen i sin form passet godt til problemstillingen (Kvale and Brinkmann 2009). Intervjuguiden besto av 6 spørsmål (vedlegg 3). Utgangspunktet for å lage spørsmål var situasjoner jeg hadde vært i på arbeidsplassen, og hvor jeg mente mor trolig hadde mer kunnskap om den aktuelle situasjonen.

Jeg spurte om opplevelser fra det første møtet med avdelingen, trygghet, samhandling med sykepleier, opplevelse av medbestemmelse, og kommunikasjon. Til slutt fikk mødrene mulighet til å fortelle om andre opplevelser de mente var viktige. Hvert av spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål for å utdype og søke dypere kunnskap om opplevelser.

I prosessen med å lage spørsmål hadde jeg et sykepleiefaglig omsorgsperspektiv. Videre la jeg til grunn at St. Olavs hospital har som mål å gi fremragende helsehjelp. Spørsmålene var óg ment som indikasjon på om mødrene opplevde kvaliteten på helsehjelpen fremragende.

Spørsmålene skulle være lette å forstå. Åpne og enkle spørsmål ble derfor vektlagt i intervjuguiden. Ordvalg ble gjort med tanke på at mødrene hadde innvandrerbakgrunn. Ordlyden var ment å lede inn på et tema hvor det var naturlig at en samtale om opplevelser kunne oppstå.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Intervju som metode ble valgt for å komme i direkte kontakt med mødrene, noe jeg ønsket for om mulig å få en dypere innsikt i og forståelse av opplevelsene (Kvale and Brinkmann 2009). Etter mødrene sitt ønske, slik tidligere nevnt, ble alle intervjuene gjort i deres respektive hjem. De bestemte også når på dagen det passet best.

Før intervjuet startet gjentok jeg informasjon om prosjektet, og minnet henne på at hun fremdeles kunne trekke seg, nå eller underveis uten at det ville få konsekvenser for henne. Videre sa jeg at jeg kanskje ville noterer egne observasjoner underveis. Jeg startet hvert intervju med å si at jeg ville ha full oppmerksomhet på hennes opplevelser, og at dette var en mulighet jeg ville gi henne til å fortelle om oppholdet.

Kvalitativ forskningsmetode ivaretar dynamiske prosesser, og under intervjuene var det flere opplevelser som ble utdypet. Det gjorde jeg ved å stille oppfølgingsspørsmål underveis, for å få bekreftet en opplevelse, eller mer kunnskap om meningen med det hun opplevde (Kvale and Brinkmann 2009). Flere av intervjuene ble som en samtale fra hverdagslivet hvor hensikten var å innhente beskrivelser fra opplevelser, og hvordan disse ble forstått og tolket av mødrene. Under alle intervjuene våknet barnet og ville ha mat eller annen oppmerksomhet. Det ble naturlige pauser.

Etter endt intervju leste jeg gjennom egne notater. De kunne bestå av noen stikkord som handlet om konkrete ting som om hvem som var tilstede utenom mor. Andre ting jeg observerte underveis var om mor uttrykte ubehag og utrygghet på noe vis. Var hun engasjert under intervjuet, og var det noe som spesielt engasjerte henne.

To mødre hadde forberedt et måltid som vi spiste sammen etter avsluttet intervju. Alle mødrene serverte te eller kaffe under intervjuet. Transkribering ble gjort samme, eller dagen etter intervjuet ble gjort. Jeg brukte mange timer, eller hele dager på dette arbeidet, avhengig av lengden på intervjuet. Først hørte jeg gjennom deler knyttet til hvert spørsmål før jeg gikk tilbake og transkriberte, ord for ord. 80 A4 sider med transkribert materiale var klar for analyse.

3.7 Dataanalyse

De transkriberte intervjuene, lydopptakene og notater gjort under intervjuene var grunnlaget for analysen (Malterud 2011). Systematisk tekstkondensering, bygd på Giorgis prinsipper om fenomenologisk analyse, ble brukt for å organisere innholdet slik at meningsinnholdet kom frem (Kvale and Brinkmann 2009). Innholdet ble kategorisert etter temaer knyttet til opplevelser. Intervjuguidens tema, opplevelser knyttet til det første møtet med avdelingen, trygghet, samhandling med sykepleier, medbestemmelse og kommunikasjon lå til grunn for kategoriseringen, men jeg var også åpen for opplevelser knyttet til andre tema.

Først hørte jeg gjennom hvert intervju, fortrinnsvis om morgenen. Det var et godt utgangspunkt å starte analysearbeidet når hodet var uthvilt. I begynnelsen var fokuset for lyttingen å få en følelse av helheten i intervjuet (Kvale and Brinkmann 2009). Ved hjelp av aktiv lytting, var jeg tilbake i intervjuet, og opplevde noe av den samme stemningen som var under intervjuet. Loggboka med stikkord fra intervjuene lå ved siden. De var til hjelp for å komme tilbake til intervjusituasjonen. Refleksivitet og systematikk ble forsøkt ivaretatt gjennom hele analyseprosessen for å sikre at ny kunnskap kunne oppstå (Malterud 2011). En foreløpig analyse ville vise noen spor i intervjuet som særlig skilte seg ut, og kunne gi et helhetsinntrykk av innholdet helt i starten (Malterud 2011).

Ved endt transkribering ble intervjuene skrevet ut med god linjeavstand for å gi plass til koding. Oppgavens problemstilling hang på veggen foran skrivebordet. Slik var det umulig å ikke huske på hvilket forskningsspørsmål jeg skulle finne svar på i materialet. Først ble intervjuene lest, sakte og nøye. Bevisstheten min var fremdeles opptatt av å få et helhetsbilde av materialet. Ord og formuleringer som beskrev opplevelser i form av fornemmelser, følelser, inntrykk, episoder, engasjement og utsagn ble lagt merke til.

Betydelige deler av det opprinnelige materialet ble lagt til side. Med fenomenologi som en del av fortolkningsrammen forsøkte jeg å holde en bevisst avstand til min egen forforståelse og tidligere teori (Malterud 2011). Andre gangen jeg leste intervjuet, startet kodingen for å finne de delene av teksten som utgjorde enheter knyttet til mødrenes opplevelser. Tall ble brukt til å skille meningsenhetene. 1 var tekst knyttet til opplevelser ved første møtet, 2 til trygghet, 3 til samhandling med sykepleier, og lista ble lengre enn først tenkt. Teksten avdekket også andre opplevelser enn de som kunne kodes til forhåndsbestemte tema fra intervjuguiden. Jeg så etter tekstelementer med potensiell kunnskapskraft, som kunne bidra til å videreutvikle sykepleietjenesten på avdelingen. Med et særlig fokus på det som kunne være utvalgets egenart fortsatte analysearbeidet. Konkrete utsagn ble plassert i de ulike meningsenhetene.

Hvert intervju ble analysert på denne måten. Videre ble meningsdannende utsagn identifisert. Mødrenes måte å formidle opplevelser på ble komprimert til kortere setninger, hvor meningen ble gjengitt med få ord. Forskjellige følelser knyttet til samme tema utgjorde et variert spekter av opplevelser. Disse ble organisert, fortolket og sammenfattet i tema. Ved analysens slutt hadde jeg kommet frem til de viktigste temaene i intervjuene. Følgende tema ble valgt å beskrive som funn: behovet for å fortelle om opplevelsene, fysiske og psykiske påkjenninger, far sin rolle, forholdet til helsepersonell, med hovedvekt på sykepleierne og det siste hvordan erfaringer om informasjon opplevdes.

3.8 Etikk

Studien ble godkjent av Regional Etisk Komite (REK midt, 2013/2169), (vedlegg 1). Det var viktig å følge etiske retningslinjer under forberedelsen, men like viktig å vedlikeholde disse betraktningene under hele prosessen. Informasjon om hensikten med studien, anonymisering og retten til å trekke seg når som helst i prosessen ble tydeliggjort. De som ønsket å delta signerte et informert samtykke om deltagelse (vedlegg 2).

Tillit til forskeren er viktig for den som blir intervjuet (Barata, Gucciardi et al. 2006).

I møte med mødre ble det lagt vekt på å ivareta deres grunnleggende menneskerettigheter ved først å etablere trygghet (REK 2014). Jeg spurte om det var noe i informasjonsskrivet som var uklart. Videre om den enkelte følte seg presset inn i en intervjusituasjon (Malterud 2011). Aktivt lyttende, hvor kroppsspråket mitt var dempet, men oppmerksomt på mødrenes historie var utgangspunktet for alle intervjuene.

Mødrene kom fra svært ulike kulturer. Respekt for den enkeltes kultur, frihet og privatliv var viktigere enn forskningsspørsmålet (Malterud 2011). Å ivareta den personlige integriteten var av stor betydning under intervjuene. Av hensyn til ulike måter å tolke opplevelser, var det viktig at ikke mødrene opplevde noe støtende og nedverdiggende under intervjuet. En intervjusituasjon kan virke truende. Ved å vise aktsomhet og ansvarlighet ble privatliv og familieliv respektert etter beste evne. Fokus på å ivareta rettigheter og autonomi var viktig.

4.0 Funn

I dette kapitlet presenteres de viktigste funnene fra analysearbeidet. Mødre med innvandrerbakgrunn, har i tillegg til opplevelsen med å ha sitt nyfødte barn innlagt ved NI, også sin kulturelle bakgrunn som referanse for opplevelsene. Dette danner konteksten for funnene. Åtte mødre fra åtte forskjellige land i fire forskjellige verdensdeler deltok. Funnene fremstilles gjennom følgende kategorier; 1) intervjuet- en etterlengtet samtale, 2) påkjenning, både fysisk og psykisk, 3) far sin rolle, 4) profesjonelle hjelpere- til støtte og/eller belastning og den siste kategorien har fått overskriften; 5) når informasjon er utilstrekkelig.

4.1 Intervjuet- en etterlengtet samtale

Mødrene fortalte åpent og lenge om opplevelsen av når barnet var innlagt ved NI. Videre beskrivelser av oppholdet viste at de hadde en klar erindring om hva som skjedde, hvordan de opplevde forskjellige situasjoner og reaksjoner de fikk. Under intervjuet kunne de endelig fortelle. Det hadde vært for vanskelig under oppholdet å snakke om egne følelser. Fokus hadde hele tiden vært på barnet, og det var mødrene både takknemlige og glade for, selv om egne følelser hadde kommet i skyggen.

Aud: *"jeg har ventet på deg....endelig kan jeg snakke med en som forstår hva jeg snakker om... ja, og det er veldig godt å si dette... jeg undertrykte veldig mange følelser under oppholdet, og vi var jo der tre måneder...det var ikke noe tid for følelser for meg...alt dreide seg om barnet"*

Følelsene mor hadde undertrykt dreide seg om bekymringer for barnet, men også om hvordan hun så på seg selv som mor. Det hadde vært for vanskelig å snakke om dette under oppholdet på sykehuset, men nå fortalte hun om hvor skamfull hun følte seg over å ha født et prematurt barn. Hun kjente på at det var hennes skyld, og følte seg som en dårlig mor som ikke hadde klart å bære barnet fram til terminatoen.

Aud: *"det er første gang jeg forteller dette til noen, for jeg skammet meg, følte det var min skyld...følte meg som en dårlig mor, jeg klarte jo ikke å bære han fram til termin"*

Barseltiden ble annerledes og krevende, og situasjonen opplevdes som usikker, kaotisk, uforutsigbar, og dette påvirket mor. Neste kategori fremstiller påkjenninger mor opplevde, både fysiske og psykiske.

4.2 Påkjenning, både fysisk og psykisk

Etter fødselen ble mor adskilt fra det nyfødte premature barnet. Hun hadde verken sett eller hørt det gråte før det ble overflyttet til NI. Opplevelsen av å være igjen mens barnet forsvant bort fra henne var vanskelig. Hun ble liggende og tenke på barnet sitt.

Frida: *”...jeg tenkte bare på barnet mitt”*

Etter hvert var hun klar for å komme til NI, hvor barnet var. Det virket skremmende å komme til en intensivavdeling. Atmosfæren og omgivelsene var nye for henne. Alvoret sank innover, og hun begynte å gråte når barnet ble koblet til overvåkningsutstyr. Hun var bekymret, og trodde barnet var alvorlig sykt.

Elin: *”det var helt stille... så var det mange apparater, og jeg ble veldig redd og bekymret, ordet intensiv var veldig skremmende ...jeg trodde at hun hadde en sykdom som var veldig alvorlig for hun ble koblet til mange ledninger... jeg begynte å gråte”*

Mor opplevde at det tok tid før hun kom seg fysisk etter fødselen, og hun hadde ingen følelse av at hun nettopp hadde født et barn. Selv om tårene kom da hun så barnet for første gang, kjente hun ingen morsfølelse. Mor beskriver at det var stas å se barnet, men hun kjente ingen tilknytning til det. Det var vanskelig å uttrykke hva hun følte i forhold til det lille barnet. Hun kjente bare på en tanke, og det var at både hun og barnet levde.

Aud: *”det tok tid før jeg kom meg...jeg hadde ingen følelse av at jeg nettopp hadde født... det første møte med barnet var jo helt stas, men jeg kjente ikke at jeg hadde morsfølelse... nei, det kom bare tårer. Det sies at en kan beskrive følelser, men dette kunne jeg ikke beskrive. Jeg var helt stum. Det var veldig vanskelig, og han var så liten da. Jeg følte ingen morskjærighet ... det gikk en stund, og jeg måtte fordøye at jeg faktisk hadde fått baby... ikke til rett tid....men han var i livet, jeg var i livet”*

Når hun fikk barnet ut på brystet for første gang opplevde hun at noe begynte å skje med morsfølelsen. For første gang, 14 dager etter fødselen, kjente hun varmen fra babyen sin. Samtidig hadde hun en bevissthet om at hun ikke ville stresse fram den følelsen, morsfølelsen skulle vokse fram i sitt eget tempo.

Aud: *” jeg fikk han på brystet 14 dager etter fødselen...som en liten klump, helt utrolig, jeg kjente varmen...da begynte det å skje noe... begynte å røre seg noe inni meg da... det gikk veldig sakte da, for jeg ville ikke skynde på den følelsen;” nå må jeg få morsfølelse”*

Det var tungt for mor å akseptere at hun hadde fått et prematurt og sykt barn. Hun fornektet situasjonen, og ville ikke ha medlidenhet fra helsepersonellet. Hun avviste alle som påsto at barnet var sykt, og hun verken klarte eller ville snakke med noen om det. Hun satt bare i en stol og var veldig redd. Hennes tro representerte en sannhet om en overnaturlig kraft som bestemte hvordan dette skulle gå.

Hege: ” jeg var skikkelig, skikkelig redd, jeg bare satt, og så meg rundt, jeg visste at det var viktig for datteren min at hun fikk behandling...men jeg var veldig redd...jeg klarte ikke å snakke... det handlet ikke om språket...jeg ville bare ikke snakke med noen om sykdom...jeg likte ikke at noen sa; å, stakkars...hvis noen sa at hun hadde en sykdom så tenkte jeg... nei! Hun er helt normal... alle barn i familien vår er friske, så hvorfor fikk hun den sykdommen, jeg vet det er opp til Gud”

Ikke all behandling var smertefull, men når barnet ble utsatt for smertefull behandling opplevde mor dette vanskelig, og når barnet ble ustabil og trengte mer intensiv behandling, begynte mor å gråte. Når overvåkningsutstyr alarmerte, lurte mor på hva som skjedde?

Kari: ”det var ikke bra for meg å se på at han ble stukket, enten her på armen eller her på foten, og selvfølgelig var jeg bekymret hele tiden...og jeg var følsom når det plinget på overvåknings scopet... jeg gråt når de tok gutten tilbake til overvåkningen. Jeg tenkte... er det noe feil igjen...eller noe galt?

Det eldste barnet hadde blitt syk i hjemlandet, og mor husket det tok tid før hun fikk hjelp der. Erfaringen gjorde mor bekymret og redd for at det nye barnet hadde samme sykdom.

Dina: ”Åååå, jeg var redd, kunne ikke spise, jeg tenkte på en sykdom som barna får når de er små. Mitt eldste barn fikk den sykdommen i hjemlandet, og det tok tid før hun fikk behandling da.”

Det var vanskelig å følge opp arbeidsoppgavene med hus og eldre barn hjemme samtidig som hun var på sykehuset med den nyfødte. Mor hadde ansvar for hjemmet, slik var det i hennes kultur, og selv om far var hjemme, kunne ikke han ta over mor sine arbeidsoppgaver. Storfamilien med kvinner manglet her i Norge, og når hun måtte være på sykehuset, kompliserte dette situasjonen i hjemmet. De eldste døtrene måtte ta husarbeidet. Mor kunne av den grunn ligge søvnløs på sykehuset og bekymre seg.

Dina: ” jeg var redd, og en natt sov jeg ikke i det hele tatt, jeg vet ikke hvorfor... jeg tenkte mye på de andre barna som var hjemme...jeg ville hjem til de, men jeg ville også være på sykehuset til babyen...jeg dro fram og tilbake til sykehuset tre ganger på tre uker. Slitsomt, og hjemme var det mye jobb, jeg var sliten, så det hadde vært bedre for meg å være i ro der”

Om barnet var friskt nok, kunne det være sammen med mor på et familierom hele døgnet. Verre var det om barnet trengte kontinuerlig behandling og overvåkning. Da lå barnet inne på ett av de 4 fellesrommene, og der var det ingen opplagt soveplass for mor. Når natten kom ble det for vanskelig for mor å forlate barnet. Hun hadde fått rom på pasienthotellet i et nabobygg, eller hun kunne velge å dra hjem, så skulle pleierne passe barnet. Hun klarte ikke å dra fra barnet sitt, selv om pleierne forsikret henne om at de skulle passe godt på. Dessuten ville hun også forsøke å amme. Å måtte være adskilt fra barnet opplevde hun så vanskelig at hun ble værende på avdelingen om natten. Hun satt i en stol ved siden av barnets seng.

Hege: *"det ble veldig alvorlig for meg, for de sa at de ikke hadde rom for meg på intensiv, så jeg kunne gå hjem eller være på hotellet langt unna, så skulle de passe på datteren min....men jeg kunne ikke....så jeg ble værende på intensiv hele natta...jeg kunne ikke forlate barnet mitt...jeg ville amme henne...vanskelig å forklare hvorfor, men jeg ville være sammen henne hele tiden"*

Mor ville være sammen barnet, men følte seg så hjelpeløs. Rollen som mor var ny, og ikke visste hun hvordan hun skulle stelle et prematurt barn, som hun syns så ut som bare skinn og ben. Hun var totalt avhengig av å stole på fremmede mennesker hun ikke visste noe om fra før. Som voksen følte hun seg umyndiggjort fordi hun ikke hadde kontroll på situasjonen. Det var ubehagelig og uvant. Tanker om hvorfor hun hadde født prematurt surret også i hodet hennes, var det noe galt med henne, kanskje? Var det på grunn av henne at barnet var født før termin? Hun opplevde å måtte gi fra seg kontrollen til ukjent helsepersonell for hun visste ingenting om hva barnet trengte.

Brit: *"jeg var bekymret for at noe ikke var bra med han...eller at de ikke fant ut av det som feilte meg...jeg hadde hatt et normalt svangerskap uten problemer, så føder jeg for tidlig og ingen visste hvorfor...han var jo bare skinn og noe ben, og vi var begge redde for å klemmer han for hardt, så det var ikke det at vi ikke ville, men hvordan vi gjør det, vi var litt hjelpeløse, litt pinlig nesten fordi vi begge var to voksne som ikke hadde noen aning om hvordan du stiller et barn...jeg følte meg litt umyndig på en måte... jeg visste ingen ting...jeg kunne ikke styre situasjonen...jeg kunne ikke spørre barnet, det kunne ikke svare for seg selv...jeg måtte stole på folk jeg ikke kjente, ikke hadde møtt før"*

I tillegg til såre følelser, bekymringer for større barn, framtidsutsikter for dette barnet, hadde mor også sine fysiske utfordringer etter fødselen. Forskjellige årsaker kunne ligge til grunn for at mor ikke var i form, fysisk sett. Når fødselen startet, var mor allerede sliten grunnet mangel på søvn. Hun fikk rier flere uker før termin, ikke harde og tette, men nok til at

søvnrytmen ble forstyrret. Riene økte på, og lot seg ikke stoppe, tross medikamentell behandling, og etter flere dager startet fødselen.

Brit: *”jeg var helt utslitt, jeg hadde jo ikke sovet på fem dager før fødselen”*

Fysisk utmattelse grunnet søvmangel rettet seg fort opp bare mor fikk sove etter fødselen. Annerledes var det når mor fortalte om hvor syk hun følte seg etter fødselen, og hun trengte dager på å komme seg. Svangerskapsforgiftningen hadde utviklet seg, og hun hadde fått kramper. Hun hadde sett for seg en normal fødsel, men tilstanden hennes tilsa at barnet raskt måtte forløses ved keisersnitt. Under operasjonen hadde hun mistet mye blod, og det høye blodtrykket normaliserte seg ikke på flere dager. Hennes tilstand måtte overvåkes, og det gikk flere dager før hun var frisk nok til å komme til NI.

Aud: *”jeg fikk hjerneødem under keisersnittet og krampeanfallet....hadde mistet en liter blod under operasjonen...etter fødselen slet jeg med kramper...så ble jeg flyttet over til gynekologisk overvåking, og da trillet vi for første gang innom NI...dette var dag tre, tror jeg, to eller tre...det er litt vanskelig å huske for jeg var ennå litt omtåket”*

Etter hvert kom mor seg opp av sengen, og følte at hun var sterk nok til å sitte i en rullestol når hun ble kjørt til barnet sitt. Brit følte seg slapp, og ikke sterk nok til å møte pleiernes spørsmål om å stille. Hun opplevde at hun måtte forsvare seg overfor sykepleier.

Brit: *”sykepleierne spurte meg hele tiden om jeg ville stille han, men jeg kunne ikke fordi jeg var så slapp...og det var ikke så godt å måtte si ” beklager”, men jeg klarte ikke å reise meg fra rullestolen, og det var vanskelig å si det fordi jeg så jo andre foreldre som sto og stelte babyen sine... jeg var egentlig ikke i dårlig form, men det var en så lang fødsel, og jeg var så dårlig og så var jeg så sårbar”*

Opplevelsene var preget av å ikke ha kommet til krefter etter fødselen, mangel på kontroll på situasjonen, usikkerhet og uforutsigbarhet om tiden videre. Da var det en god støtte at far var tilstede, og var sammen med mor i denne prosessen. Neste kategori presenterer hvilken betydning far hadde for mor under oppholdet.

4.3 Far sin rolle

Mor følte seg trygg når far fulgte barnet til NI rett etter fødselen. Når hun kom dit for første gang, og så far ligge i en hvilestol med barnet på brystet kjente hun seg trygg. Fødselen hadde tatt på, og hun var sliten. Derfor var det godt for henne at, selv om hun opplevde at også far var litt redd og skjelven, følte hun seg trygg når han var sammen med barnet. Hun var for sliten til å stille barnet, det gjorde far.

Brit: *”det var pappaen som var med barnet til Nyfødt Intensiv etter fødselen... når han var med, da var det greit for meg... da jeg var på avdelingen første gang etter fødselen og så pappaen satt i en hvilestol og sov med babyen på brystet, da følte jeg meg trygg....og det var faktisk pappaen som stelte barnet først av oss to, jeg var for sliten... Pappa var også litt skjelven, og jeg tror faktisk ikke at han husket så mye av den turen dit. Fordi vi fikk han jo, han pustet selv og han så frisk ut, men vi visste ikke om han var frisk”*

Svangerskapsforgiftning gjorde mor alvorlig syk, og derfor kunne ikke hun komme til avdelingen rett etter fødselen, det gikk faktisk flere dager før hun kom og kunne holde sitt nyfødte barn. Mens mor var innlagt på intensivavdelingen for voksne, lå babyen på intensivavdeling for nyfødte. At hun i ettertid fikk vite at far var hos barnet helt fra starten av gjorde henne rolig.

Aud: *”jeg fikk ikke holde han på to uker...jeg var syk og babyen lå på respirator...det var pappaen som kunne holde han rett etter fødselen”*

Det ble så koselig stemning når far lå med barnet på brystet, syntes mor. Hun følte at de fikk være litt privat i sykehusmiljøet.

Frida: *”mannen min fikk ligge med barnet til brystet...det var veldig koselig....vi fikk være litt privat...”*

Det ble enda mer følelse av privatliv når både mor, far og kanskje et eldre søsken kunne bo sammen på et familierom på avdelingen. Mor kjente seg ensom og urolig, og hun erfarte at det var viktig for henne at mannen og det eldste barnet kunne være sammen med henne på sykehuset. Når de var der kjente hun seg trygg og rolig, og hun hadde kontroll på situasjonen. Når de dro hjem for kvelden, ble hun alene tilbake og kjente at bekymringene kom. Hun hadde heller ikke andre familiemedlemmer fra hjemlandet som kunne være hos seg.

Hege: *”så en viktig ting for meg, ...mannen min og den eldste sønnen min, de kunne være med meg på intensiv... vi fikk rom, og på dagtid var de mange timer....når mannen min var sammen med meg følte jeg meg veldig trygg, hadde veldig kontroll på meg selv og jeg var rolig, når han dro, ble jeg bekymret for resten av familien min bor i hjemlandet mitt ”*

Far sin tilstedeværelse var også viktig når mor hadde spørsmål. For henne var dette en ny og ukjent situasjon, og spørsmål om barnets behandling og prognose var viktig å kunne stille. Å stille spørsmål til mannen sin, som var norsk, betydde mye. Dessuten var det lettere for han å stille spørsmål til sykepleierne og legene.

Brit: *” jeg hadde jo en norsk mann jeg kunne spørre, og det betydde mye, og jeg brukte mannen min mye til det ”*

Mor erfarte at det ikke var så lett å tro på det pleierne sa, særlig dette som hadde med barnets tilstand å gjøre. De ville jo gjerne trøste og gi mor håp om at dette ville gå bra, men det var lettere for mor å tro på og å bli trygg av det som ble sagt av pleiere, hvis mannen bekreftet det. Mor opplevde å bli fornøyd hvis far, som var norsk tok kontakt med pleiepersonellet og spurte spørsmålene hun lurte på.

Kari: *”en pleier sa ”det går sikkert bra”, hun prøvde å støtte meg, men det hjalp veldig lite når hun sa det...jeg opplevde mer trygghet, så lenge mannen min sa at det de gjør med gutten vår var riktig, da ble jeg komplett trygg...jeg sa ofte til mannen min at han skulle gå og snakke med pleierne fordi han var norsk, han forsto bedre enn meg...og jeg var fornøyd med det han sa”*

Far fungerte også som bærer av informasjon i den første tiden etter fødselen. I tiden rett etter fødsel hadde mor følelsen av å kollapse. Så syk følte hun seg. Hun husket at far var hennes kontakt mellom seg og barnet, og at han gikk i skytteltrafikk mellom gynekologisk avdeling og NI. Som eneste familiemedlem i Norge opplevde mor at han var en uvurderlig støtte som informerte henne om hvordan barnet hadde det, og at hun var takknemlig for at avdelingen tillot at han var der.

Aud: *” han løp jo mellom gynekologisk avdeling og her og fortalte...kjempesint at pappa fikk lov til å bli siden jeg har ingen familie i Norge. Det er bare han som er her. Jeg tror ikke jeg har klart det uten han. Jeg hadde kollapset, rett og slett”*

En mor reflekterte over at sykepleierne ikke regnet med far som en praktisk og god støtte for mor. Hun opplevde at han ble glemt som en god hjelper for henne. Babyen måtte mates hver 3. time, døgnet rundt, og mor opplevde å få for lite søvn mellom måltidene, og erfarte etter

hvert at hun ikke klarte det. Hun opplevde det særlig vanskelig om natten da hun ikke hadde far der til å hjelpe seg, og mente at det var ikke bra for barnet om hun ble for sliten.

Brit: ” *kanskje fedre blir litt glemt av sykepleierne... det hjelper ikke barnet om mamma må gjøre alt, og spesielt om natta hvor mannen min ikke var der, så kunne jeg ikke spørre noen om hjelp, det fungerte ikke, jeg kunne ikke gjøre alt, jeg sov jo bare en halvtime mellom hvert måltid til barnet...* ”

Det var også innvandrerkvinner med forskjellig kulturbakgrunn der, og hun observerte forskjellige kjønnsrollemønstre. Hun opplevde å kjenne på en bekymring for hvordan mødre med aleneansvar for barnets behov, slik hun hadde oppfattet den aktuelle situasjonen, ville klare å følge opp mating og stell og samtidig få nok hvile.

Brit: ” *Vi snakket ikke med de andre innvandrerkvinnene, men vi kunne jo observere. Dette er kanskje noe dere bør være obs på, kjønnsroller...det hjelper ikke barnet hvis mamma må gjøre alt...for det fungerer ikke, jeg kunne ikke gjort alt* ”

Mor opplevde å få god hjelp av far under oppholdet, men erfarte samtidig at han ikke var fornøyd med å være på avdelingen. Mor opplevde at far var skarp i måten å snakke til sykepleierne på. Dette ble ubehagelig for mor. Nettopp på grunn av dette ble det en belastning for henne å ha far der, så hun sendte han hjem.

Gunn: ” *pappa, han sendte jeg hjem... han startet å stresse, så var han litt skarp med sykepleierne så jeg sa at han ikke kunne snakke slik til sykepleierne for de gjør virkelig en god jobb* ”

Far var uten tvil en trygghetsfaktor og viktig medspiller for mor. Barnets medisinske tilstand eller hjemmesituasjonen avgjorde om far kunne være på sykehuset hele tiden. Om ikke far var der hele døgnet, var uansett mor og barn helsepersonellet sitt ansvar. Neste kategori presenterer mødrenes opplevelser relatert til helsepersonellet.

4.4 Profesjonelle hjelpere-til støtte og/eller belastning

Sykepleieren var den viktigste personen for Aud. Hun var tilstede for barnet og henne hele døgnet, fra innleggelse til utskrivelse. Aud opplevde at legen kom og gikk, tok seg av det medisinske, mens sykepleieren var der hele tiden.

Aud: ”sykepleier har en veldig viktig rolle...hovedpersonen i hele prosessen. Legen gir ordre og går, men det er sykepleieren som er der 24 timer i døgnet”

Hun opplevde også at helsepersonellet var oppmerksomme, og reagerte raskt og sikkert når noe skjedde med barnet. Videre fortalte Aud at hun følte seg trygg selv når det skjedde uforutsette hendelser. Alle var så rolige og visste hva som skulle gjøres for å stabilisere barnet igjen. Hun kjente at denne roen virket betryggende på henne.

Aud: ”det var fantastisk rask mobilisering av alle da respiratortuben sklei ut... både legene og sykepleierne, alle plutselig kom og hadde sin oppgave, ingen panikk, ingen stress, vi ble sendt ut, selvfølgelig, men alt var under kontroll...det føltes en sånn utstråling...de har gjort det før, og de vet hva de holder på med, så jeg fikk ikke panikk engang”

Når situasjonen var krevende for Hege, var det godt å oppleve at pleierne var snille og omsorgsfulle. Hun følte at de også hadde omsorg for henne, ikke bare barnet. Hun følte at pleierne visste hun var bekymret og lei seg.

Hege: ”alle passet på meg, alle visste jeg var så trist og lei meg...de var veldig snille med meg, og jeg vet de gjorde en god jobb...de passet veldig godt på barnet mitt...jeg var veldig fornøyd”

Å oppleve tilfredshet kom også til uttrykk når pleierne arrangerte et fellesmåltid for foreldrene og pleierne. Brit erfarte at flere foreldre opplevde det samme som henne.

Brit: ”det var to sykepleiere som planla en sånn foreldremiddag inne i fløyen...den var kjempebra for du ser jo folk hele tiden, men du snakker jo aldri med de...alle hadde på en måte de samme opplevelsene...Det var fantastisk... det var ganske mye latter på bordet fordi det var en far som fortalte så mye artige situasjoner og alle kjente seg igjen, og vet du, nesten alle var der...bare de som var innvandrere var ikke med, for språket var norsk, men de fikk tilbudet...det var sikkert innvandrere fra Afrika eller Asia. De kom ikke”

Kari opplevde at pleierne var forskjellige i sin yrkesutøvelse. Hun følte at noen var litt mer interessert i henne, og spurte hvordan hun hadde det og hvordan det var med familien. Hun

opplevde at da kunne hun få muligheten til å si at hun var alene i Norge, og at resten av hennes familie var i hjemlandet.

Kari: ” *noen gjør jobben sin bare, og bortsett fra det ingenting...andre snakker litt mer....hvordan er det med familien din*”

Forskjell på sykepleiere gjorde seg også gjeldende i stell og omsorg for barnet. Brit erfarte at noen sykepleiere hadde en mer følsom måte å behandle barnet på. Hun kunne merke det når sykepleiere hadde en omsorgsfull tilnærming til barnet. Dette opplevde hun trygt og godt, og likte at sykepleierens følelser ble omsatt til godt stell og varsom håndtering av barnet.

Brit: ” *så er det noen som passer barnet på en måte du liker mer enn andre gjør, ikke på en negativ måte kanskje, men mer en emosjonell tilknytning...jeg husker at jeg allerede på fødestua følte meg trygg fordi jeg så hvordan de håndterte han...det føltes trygt*”

Flere mødre uttrykte bekymring for barnet, hvordan ville det egentlig gå? Elin ble så glad når sykepleieren spurte om hun ville holde babyen sin. Hun opplevde å få nærhet til barnet, etablere bånd, og dette gjorde at hun ble mindre bekymret og redd.

Elin: ” *det var en sykepleier som spurte om jeg ville holde henne, og da ble jeg så veldig glad...jeg kunne få privattid med barnet*”

Sykepleieren ble en erstatning for familien i hjemlandet. Aud erfarte at sykepleier var en person hun kunne ha en samtale med uten at det nødvendigvis dreide seg om barnets helse. Det hadde hun også behov for, en helt hverdagslig samtale, en samtale hun kunne hatt med moren sin om hun hadde vært der. Den gode praten gjorde at Aud ble rolig og fikk sove. Det var ikke så mye som skulle til, et lite klapp på skulderen eller et spørsmål om hvordan det gikk. Sykepleieren ble nesten like nær som moren hennes kunne vært om hun hadde vært i Norge.

Aud: ” *det var en sykepleier, som jeg fikk veldig god kontakt med, det ble nesten datter- mor-forhold med henne, og det føltes som om jeg aldri trengte å savne moren min... jeg har egentlig ingen her, ingen slektninger til å støtte meg. Bare å klappe meg på skulderen, trengte ikke si noe...hun hadde vakt og spurte meg om hva det var. Vi hadde en god samtale, ingen medisinsk samtale, men en samtale som jeg kunne hatt med mora mi. Veldig bra. Vi snakket litt, så gikk jeg tilbake til hotellet og sovnet med en gang. Det var nesten med sykepleierne som med familie*”

Ikke alle sykepleiere var like støttende og omsorgsfulle. Det var frustrerende og vondt å få en skarp irettesettende tone når Aud forsøkte å stille barnet sitt. Hun prøvde så godt hun kunne, men opplevde det ydmykende å bli tilsnakket på en skarp måte når hun forsøkte å gjøre sitt beste. Aud hadde prøvd seg fram, ville gjerne stille barnet, men det hadde blitt feil. Hun visste at det var en selvfølge for pleierne å tilpasse stell og berøring i forhold til barnets alder og tilstand. Hun hadde jo ingen kunnskap om dette, og ingen hadde fortalt henne heller. Som mor var hun bare ivrig etter å komme i gang med å stille, og ville gjerne lære hvordan.

Aud: *”de trenger ikke være så skarp da, sykepleier sa; du må ikke gjøre dette... jeg følte meg veldig dum, jeg forstår at de har jobbet her mange år, og det er naturlig for dem, men ikke for meg, det er helt nytt for meg, og hvordan kunne jeg vite? Det var så naturlig å stryke på barnet og snakke til det... og jeg visste ikke det sykepleierne visste, ingen hadde fortalt meg det heller....og det var så mye å huske på i starten...kanskje de kunne vært litt mer tålmodige”*

Opplevelse av å ikke bli trodd av flere sykepleiere var vanskelig for Kari. Hun hadde barnet sammen med seg på et familierom, og fulgte med det hele tiden. Hun kunne se at det var noe som forandret seg med pustemønsteret, og sa ifra. Det var vanskelig å bli avfeid, men hun kunne ikke gi seg. Kari satt og fulgte med, og etter neste vaktskiftet snakket hun med en ny pleier, også denne gangen uten å bli tatt alvorlig. Hun ble usikker på om hun så det hun så, at han pustet annerledes. Heldigvis, etter tre vaktskifter ble Kari trodd, og legen bestemte at barnet skulle flyttes til et intensivrom igjen. Det var lettere å si dette til pleieren som ikke var så streng. Kari ønsket seg litt mer fleksibilitet i forholdt til rutiner. Kanskje ville hun bli tatt mer på alvor da, om ikke sykepleier var så styrt av rutiner.

Kari: *”Jeg sa det mange ganger at gutten hadde utslett og jeg var bekymret. De sa; ”nei, det går så bra så”... da ventet jeg, og etter vaktskiftet sa jeg til neste sykepleier det samme, kanskje ville jeg bli hørt da, men jeg sa det mange ganger, og til flere personer før jeg ble hørt...kanskje det var tre vaktskifter, at gutten puster ikke normalt... etter hvert kom en lege og bestemte at han skulle tilbake til intensivrommet igjen...følte jeg måtte si fra mange ganger, kanskje det bare var meg som var urolig eller tenkte for mye, kanskje det var normalt med han allikevel...men jeg fikk ikke hjelp da jeg ønsket det...noen var strikte og andre var litt mer fleksibel...da tenkte jeg ”skulle ønske hun hadde oss på vekten sin”...og det var vanskelig når noen sykepleiere var så opptatt med rutiner”*

En av rutinene handlet om ernæring til babyen. Å følge opp måltid hver 3. time, døgnet rundt, var krevende, syntes Elin. Hennes barn var ikke alvorlig syk, så når hun ble utskrevet fra barsel, kunne barnet være sammen med sine foreldre på et familierom. Dette foreldrepåret

erfarte at senga var for smal til at begge fikk sove godt, så det løste de ved at far dro hjem om natten. Elin hadde ikke kommet til krefter etter fødselen, og hun syntes det var utrolig slitsomt å følge opp måltidene på natten. Det var vanskelig å få avlastning, og hun lurte på hvorfor andre mødre kunne sette barnet sitt ut hos pleierne over natten.

Hun ble så fortvilet at hun gråt når hun forsto at pleier mente hun var en dårlig mor om hun ikke hadde barnet inne hos seg om natten. Å ikke bli tatt på alvor når hun følte at hun ikke klarte å ta seg av barnet på natten. Dårlig samarbeid med pleier. Ungen er stabil, , det nærmer seg utskrivning, men hun er nesten utslitt av stell og mating av barnet. Det var mannen til Elin som måtte ta dette opp med pleierne.

Brit: *”Jeg husker en situasjon som var ganske emosjonell... jeg sov alene i familierommet for senga var for liten for begge så pappaen sov hjemme og kom hver morgen og var hele dagen... jeg forklarte sykepleier at jeg hadde følelsen av at jeg ikke kunne ta meg av han på natta nå fordi jeg ennå var så sliten, men kanskje fra i morgen av...jeg måtte jo pumpe meg hver 3.time, så gi et måltid på 50ml på sonden, en ml pr minutt, nesten en time, så måtte jeg spise og dusje...og kanskje en halv time til meg selv og soving...jeg var helt utslitt...jeg ville gjerne sove to timer mellom hvert måltid på natten... sykepleier sa at det var viktig at jeg hadde barnet hele tiden for å komme i gang med dagsrytmen... så jeg sa at jeg ammet han jo, men om han kunne sove ute hos sykepleierne, for jeg fikk ikke sove når han lå der... så kunne de komme inn med han når han ville amme om natten. Så fra klokka 0700 tok jeg hand om han selv inne i rommet...men sykepleieren var ganske tydelig; ”nei, du skal lære at barnet er ditt, og du skal ha han inne på rommet om natten” ...da fikk jeg en følelse av at hun sa at jeg var en dårlig mor hvis jeg ikke gjorde det sånn, og det var da jeg gråt ganske mye...på dagen gikk mannen min til sykepleieren og sa at det går ikke...vi må gjøre det slik som mor ønsker det, og plutselig var det ikke noe problem... før fikk jeg tilbud at det gjøres sånn vi ønsker oss i situasjonen. men jeg hadde en følelse av at jeg måtte forsvare meg for at jeg ville ha det slik”*

Når sykepleieren var åpen, smilende og forklarte godt om det som hadde med barnet å gjøre, ble mor glad. Hun opplevde at noen av sykepleierne var slik, og andre var det ikke. Det var vanskelig å åpne seg til sykepleiere som ikke smilte og ikke sa så mye, mens til en åpen og smilende sykepleier kunne hun stille spørsmål. Hun opplevde at pleierne gjorde en god jobb uansett, men en utadvendt sykepleier gir bedre informasjon.

Dina: *”jeg husker at noen sykepleiere var åpne, de forklarte alt, andre var ikke åpne, og de som var åpne, ga bedre informasjon om babyen.....jeg var glad når sykepleier var åpen, forklarte alt og ga meg et lite smil. Var sykepleier lukket og stille, snakket jeg ikke så mye...jeg vet at alle gjorde en god jobb, men jeg tror en åpen sykepleier gir bedre informasjon...jeg følte at jeg kunne spørre mer om sykepleier var åpen...det var vanskelig å snakke hvis hun var stille”*

Det var vanskelig for Aud de gangene hun ikke klarte å stole på sykepleieren. Hun stolte på noen, og da kunne hun forlate barnet uten å være bekymret for hva som kunne skje, men hun opplevde at sykepleierne sa forskjellig ting om samme sak, og det var forvirrende. For noen sykepleiere var det greit at hun holdt på med barnet og snakket til det, mens for andre var ikke det greit. Hun husker hun forlot rommet gråtende, fordi at sykepleieren hadde vært så streng til henne. Dessuten var hun ikke vant til å si imot en med høyere utdanning, så hun trakk seg bare unna.

Aud: *”jeg stolte på noen sykepleiere ja, mens med andre ble jeg der til vekten var slutt... sykepleier sa til meg; ”nei du må ikke snakke med han nå” uansett hva jeg gjorde, ble det galt...de sier ting på forskjellig måte, noen ganger er det ok, men noen ganger ble det for strengt, og det skar litt da, så da gikk jeg ut i tårer...en annen sykepleier var utrolig streng, og det reagerte jeg litt mer på da...I hjemlandet mitt er jeg vant til å være mer underdanig, for legene var overlegne”*

Etter hvert ble det en ubehagelig opplevelse for mor å ikke vite hvilken sykepleier som skulle ha ansvaret for barnet hennes på hver vakt. Var det en sykepleier hun likte, eller måtte hun forholde seg til en annen? Hun opplevde å overhøre samtaler mellom sykepleiere og mellom sykepleier og foreldre som hun synes var helt forferdelig. Ingen av foreldrene som satt ute med barna sine kunne unngå å høre. Tonen var skarp og overlegen, og innholdet i samtalen var dømmende og oppdragende. Mor husket godt at en ung sykepleier hun likte godt ble gjenstand for en slik behandling, noe hun synes var leit. Ikke bare fordi hun hadde erfart at nettopp hun var flink med barnet sitt, men også fordi å overhøre en slik samtale gjorde andre foreldre usikre på denne unge sykepleieren, og etter hennes mening uten grunn.

Brit: *” det var jo en rotasjon på pleierne, og vi tenkte begge at vi håpet vi ville bli utskrevet før hun skulle ha oss ...hun var slik; ” nå må du gjøre sånn og sånn”... hun var ikke bare slik til foreldre, men også til andre sykepleiere...hun kunne si; ”nei, du ble nylig opplært, du kan ikke gjøre denne oppgaven ennå”... hun var så høylytt, og det er jo ingen privatsfære hvor babyene lå, vi kunne høre alt...jeg syntes det var helt forferdelig, foran oss foreldrene, fordi vi kjente henne og visste hvordan hun var med barnet. Å si noe sånt foran foreldrene som ikke kjente henne så godt, fikk kanskje en følelse av at hun ikke hadde god nok kompetanse for å ta seg av barnet ditt...det var bare en gang hvor vi begge sa vi ikke ville ha henne, men det kan du jo ikke hvis du får hun som kontaktsykepleier”*

Mor opplevde at det ble en slags konflikt inni seg. I møte med utfordringer som gjaldt barnet hadde hun behov for å spørre om ting, men det var ikke alltid enkelt. Hennes referanser til respekt for andre, hvem hun kunne spørre hindret henne ofte i å innhente informasjon hun

gjærne ville ha. Dette gjorde henne irritert, men hun ville ikke s re andre med sine spørsmål. Hensynet til andre veide tyngre enn hennes behov når det gjaldt barnet.

Kari: *”selv om jeg har bodd i Norge mange år kan jeg ikke bare ta bort den jeg er, respekt og det å høre etter og ikke spørre... jeg var bestandig opptatt av hva andre folk følte framfor hva jeg følte, så jeg tok hensyn bestandig”*

Mor opplevde forskjellsbehandling. Hun hadde opplevelsen av at det var lettere for sykepleier å hjelpe norske mødre enn henne. I situasjoner hvor hun trengte hjelp følte hun at sykepleier ville gjøre seg fortest mulig ferdig og forlate rommet, og da fikk ikke mor seg til å stille de spørsmålene hun hadde. I neste øyeblikk kunne hun se sykepleieren i gangen utenfor rommene sammen norske foreldre. Hun kunne se at det var en mer avslappende tone mellom dem. Hun hørte latter og prat. Hun tenkte det var vanskeligere for sykepleieren å gi omsorg til henne som innvandrers fordi hun ikke visst hva hun skulle si.

Elin: *”noen ganger når jeg trengte hjelp kom hun og var så travel... de virket veldig stresset og da ville ikke jeg spørre om noe...da jeg gikk ut i korridoren senere så jeg samme sykepleier...jeg så henne snakke mye med de norske foreldrene, og de fikk all den hjelpen de trengte....de lo sammen, det så ut som om det var lettere for sykepleier å snakke med de norske, med innvandrere visste de kanskje ikke hva de skulle si...”*

Hun husket at hun følte seg akseptert og sett når sykepleier smilte til henne. Det var som et non-verbalt språk som bekreftet sykepleiernes interesse for mor og barnet. Det var lettere å føle at hun fikk hjelp når pleierne smilte. Da visst hun at hun fikk hjelp, og hun kunne spørre om det hun ville.

Elin: *”når jeg smiler, tar initiativ, ikke sant, når en skal ha kontakt med en person, så aksepterer, de smiler tilbake, jeg føler meg akseptert. Da forstår jeg at en person er interessert i meg, tenker på det beste for barnet og meg så jeg merket at noen sykepleiere smilte og brydde seg”*

I utskrivings samtalen med legen opplevde mor seg lite ivaretatt. Hun følte det gikk altfor fort, og hun fikk ikke muligheten til å stille spørsmål. Hun skjønte ikke hvorfor barnets kontaktlege, som også kjente henne litt, ikke kunne hatt denne samtalen. Hva var vitsen med å ha kontaktlege da, lurte hun.

Brit: *”utskrivingsprosessen med den barnelegen som vi ikke kjente var mer sånn: ”ja, barnet er frisk, alt er bra, her har du resepten til folsyre”... på de fem minuttene følte jeg meg som et nummer i systemet”*

Å bo på sykehuset i mange uker var en påkjenning. Alle opp og nedturer hadde tært på kreftene. Barnets tilstand, eventuell videre behandling og bekymringer for hvordan det ville gå opptok mor sine tanker. Døgnrytmen har i tillegg ikke gitt mor mulighet for nødvendig hvile, noe som gradvis gjør henne lei og sliten.

Kari: *"Jeg hadde fått nok, særlig de siste dagene, så jeg ville bare hjem"*

Foreldrene fikk både muntlig og skriftlig informasjon. Hvordan mødrene opplevde dette, presenteres i neste punkt.

4.5 Når informasjon er utilstrekkelig

Det var vanskelig å ikke vite hva som feilte barnet, derfor forsøkte mødrene å få mest mulig informasjon under oppholdet. Generelt opplevde flere at de fikk for lite informasjon. Frida synes det var for få legesamtaler, og ofte måtte hun vente lenge før legen hadde tid til å snakke med henne. Hun hadde ikke noe problem med å forstå norsk, men erfarte at det var ekstra krevende å motta informasjon fra leger som ikke hadde norsk som sitt morsmål.

Frida: *"å være uvitende er det verste... jeg prøvde å få mest mulig informasjon for å få litt mer kunnskap og trygghet...vi fikk bare en eller to individuelle samtaler med doktor... jeg forsto 100 % det de sa...de snakker jo litt fort...og de snakker jo fremmedspråk og"*

Resultatet av informasjon som var gitt i forbindelse med barnets undersøkelser og behandling hadde varierende kvalitet. Det var ikke vanskelig å forstå selve ordene, men mor hadde ikke forstått betydningen av det legen sa. Det hadde også vært vanskelig å si dette til sykepleier i etterkant, så resultatet ble at mor ble sittende med ubesvarte spørsmål om sitt barns helse.

Dina: *"jeg fikk ikke mye informasjon...de tok en plastikkslange opp i rompa på babyen og tok prøve...den fikk jeg ikke forklaring på hvorfor og resultatet, nei, det vet jeg ikke ennå...det var vanskelig for meg... språket var ikke noe problem, men å si: "det er vanskelig for meg, kan du forklare meg", fikk jeg meg ikke til å si til sykepleier som var med meg...jeg satt bare på rommet etterpå og lurte på hva som feilet babyen min"*

Kari kom fra en kultur hvor det å stille spørsmål til de med høyere status, en annen posisjon enn seg selv, er respektløst. Etter mange år i Norge visste hun at hun kunne stille spørsmål, men hennes oppdragelse fra en annen kultur gjorde dette vanskelig. Hun var oppdratt til å

svare ”ja”, uansett om hun forsto det som ble sagt eller ikke. Hennes verdier i forhold til respekt fra egen og norsk kultur vekslet i henne i møte med helsepersonellet. Jo høyere status, yrkesmessig, jo mer slo verdier fra egen kultur inn. Dette førte til at hun ikke alltid forsto det som ble forklart om barnets tilstand, hun stilte ikke oppfølgingsspørsmål og hun svarte ”ja” på noe hun ikke forsto. Når barnet ble utskrevet var hun fremdeles usikker på hva som hadde vært årsaken til innleggelse ved NI. Hun nøyde seg med å se at barnet var i bedring, selv om hun ikke hadde forstått hvorfor.

Kari: ” jeg var ikke i posisjon til å spørre...ennå vet jeg ikke hvorfor babyen ble syk og hva som feilte han... det var lettere å snakke med sykepleier...egentlig fikk jeg ikke nok informasjon, men så lenge det hjalp gutten min, da var det nok. Jeg stilte ikke alle spørsmålene jeg lurte på ... vi er oppdratt til ikke å spørre , bare si jaja, ta i mot informasjon , og sånn er jeg en gang iblant selv om jeg har bodd her lenge...jeg forstår at jeg må spørre, men i noen situasjoner så spør jeg ikke, jeg bare sier ”ja okay”

Det var far, etter en ultralydtime som fortalte Elin at hun skulle legges inn ved føden og barnet overflyttes til NI rett etter fødselen. Dette kom overraskende på henne, både at hun skulle legges inn, og at ikke legen hadde gitt den informasjonen direkte til henne. Hun fikk ikke muligheten til å stille spørsmål eller komme med innspill som kunne påvirket dato for innleggelse. Slik Elin opplevde det, hadde hun ingen mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Hun opplevde at hjemmesituasjonen ble unødig krevende ved at ikke hennes informasjon ble etterspurt for å ivareta hverdagslivets utfordringer.

Elin: ”jeg var ikke forberedt på innleggelse, så jeg trodde at det var noe veldig alvorlig... jeg fikk ikke snakket så godt med legen. Da jeg kom fra ultralyden, hadde legen allerede snakket med mannen min, og mannen min sa at jeg skulle innlegges, og så var legen borte, jeg var helt overrasket, ikke forberedt på det her... fødselen skulle settes i gang på torsdag, men jeg var innlagt på tirsdagen...de kunne si til meg at jeg kunne kommet tilbake på torsdag, for jeg har en annen jente hjemme, og jeg var så bekymret for henne”

For Brit ble det en ny opplevelse i forholdt til språket brukt på avdelingen. At faguttrykk ble brukt for å forklare hva som feilte barnet gjorde henne usikker på om hun hadde forstått. Deretter ble det vanskelig å stille riktige oppfølgingsspørsmål. Hun hadde av og til en opplevelse av at hun ble ledd litt av. Selv tenkte hun at det var fordi hun var utlending. Hun likte å være forberedt på situasjoner som kom, men prematur fødsel kunne hun ikke forberede seg på. Det ble anstrengende å være på vakt for å ikke si noe galt eller gi et inntrykk av noe

hun ikke mente. For henne ble det viktig å være oppmerksom på kroppsspråket til helsepersonellet.

Brit: ”...jeg følte av og til at de smilte litt fordi jeg var jo utlending... så var jeg ikke forberedt på fødselen... så var jeg ikke forberedt på hele vokabularet som kom med, fordi det hadde jeg aldri brukt...så måtte jeg på en måte spørre hele tiden, jeg visste ikke, slitsomt, men jeg hadde folk som lytter til meg, eller jeg tenkte; jeg er utlending, og da må jeg passe på hva jeg egentlig sier... det er jo ofte du ikke vet ordet du skal si, men du vet veldig raskt hva folk forstår eller ikke”

Elin erfarte at det verken var lett å få til en legesamtale eller bruke den slik hun hadde behov for. Hun husket at det var en stresset stemning under møtet med legen, hvor legens kroppsspråk og måte å snakke på signaliserte at hun hadde det travelt. Det ga ingen oppmuntring til å si det som lå henne på hjertet, tvert om valgte hun å ikke stille sine spørsmål.

Elin: ”det var dette med legene...hvis man ville snakke med de, måtte man vente så lenge, og når hun kom, var hun så stresset at jeg ikke kunne snakke med henne lenge, eller spørre om noe...selv om jeg hadde mange spørsmål”

Flere av mødrene fortalte om mangelfull kunnskap rundt barnets medisinske tilstand ved utskriving. Dina behandlet og håndterte barnet slik sykepleier sa hun skulle, også etter utskriving, men hun visste ikke helt hvorfor. Mens barnet ennå var innskrevet, tenkte mor på forskjellige årsaker til hvorfor hun måtte følge nøye med på barnet, slik sykepleier hadde sagt. Selv om legen kom og sa at barnet var frisk, og de kunne reise hjem, fortsatte hun å håndtere barnet slik sykepleier hadde bedt henne om på sykehuset. Hun kjente på usikkerheten om barnet var helt friskt.

Dina: ”da vi kom fra røntgenundersøkelsen sa sykepleier at jeg måtte følge med på babyen...om hun fikk episoder med gulating...og jeg sa ”okay”.. hun sa at jeg måtte passe på...og jeg vet ikke helt hvorfor...ville hun gulpe mer etter røntgenundersøkelsen, tenkte jeg...etter noen dager kom legen og så på baby, så sa hun at babyen var frisk, det var det...jeg tenkte etterpå at jeg ville ha mer informasjon...ennå vet jeg ikke hva som var galt med babyen, men jeg passer på at hun sitter opp med hodet når hun spiser... gulper hun nå, tenker jeg at hun kanskje ikke er frisk ennå..”

Brit opplevde at pleierne henvendte seg mest til henne. Hun synes det var rart og unaturlig at ikke far ble inkludert i stell og behandling av barnet på lik linje som henne. Hun måtte

konsentrere seg om å ha oversikt over alt ettersom hun ble spurt. Brit opplevde at pleierne favoriserte henne som forelder, men hun så på seg selv og faren som likeverdige overfor barnet.

Brit: *"Jeg var jo den som måtte kommunisere mest med pleierne...det var også rart... de spurte meg mest...så jeg tenkte... jeg er jo ikke både mor og far...jeg er jo bare den som har født han, men vi er 50 -50"*

Det betydde mye for Aud å få informasjon før fødselen. Hun kunne allerede kjenne følelsen av trygghet når lege og sykepleier fra NI kom til observasjonsposten hvor hun lå. De informerte og hun kunne stille spørsmål. Skriftlig informasjon fikk hun også, flere brosjyrer, men de var ikke til stor nytte. Hun forsøkte å lese i brosjyrene, gjentatte ganger, men innholdet festet seg ikke. Aud klarte ikke å konsentrere seg om det hun leste, så det fungerte bedre når hun fikk informasjonen muntlig. Informasjon var lettere å huske når den var gitt i en sammenheng knyttet til noe konkret.

Aud: *"på observasjonsposten kom lege og sykepleier fra nyfødt og informerte, og da begynte jeg å kjenne på trygghetsfølelsen før fødselen... jeg leste ikke alle brosjyrer jeg fikk... jeg leste den ene to eller tre ganger, men jeg glemte det med en gang. Det satte seg ikke fast...jeg hadde ingen hukommelse, jeg måtte lese en setning flere ganger...men når det ble fortalt muntlig satt det godt"*

Dina husket ikke å ha fått skriftlig informasjonsbrosjyrer. Hun mente selv at de kunne ha gitt god informasjon, ettersom hun ikke hadde vanskeligheter med å lese norsk. Faktisk var det slik at det var lettere for henne å lese enn å snakke norsk. Dina ble overrasket over å ikke ha fått disse brosjyrene og lurte på hva som sto i de.

Dina: *"Jeg husker ikke de brosjyrene...husker ingen av de...selv om jeg kan lese bedre enn å snakke norsk....hva står det i de?"*

Det var også opplevelser knyttet til det å få god og relevant informasjon til rett tidspunkt. En dag hadde det oppstått en akutt krevende situasjon med Aud sitt barn. Opplevelsen med barnet var dramatisk, men ivaretatt av helsepersonellet. Informasjonen i etterkant var akkurat de trengte, og hun erfarte at den var god.

Aud: *"så hadde vi legesamtale etterpå, for de ga informasjon til oss, gradvis, ikke alt på en gang, men akkurat om det som skjedde"*

For Elin ble det en fin opplevelse på slutten av oppholdet. Hun fikk sitte ned sammen med sykepleier og snakke. Hun opplevde at sykepleier hadde tid til seg. De gikk gjennom viktige tema som dreide seg om barnet. Atmosfæren var rolig, noe som ga Elin muligheten til å få den kunnskapen hun trengte for å bli tryggere før hun reiste hjem.

***Elin:**” da jeg skulle utskrives satt sykepleier og jeg og gikk gjennom disse, hva jeg skulle gjøre, hvordan jeg skulle vaske barnet, hun ga meg veldig god hjelp, og...hun var ikke sånn stresset og hadde det ikke travelt”*

En avslutningssamtale, slik Elin hadde, er nettopp hva mødrene ønsket seg, trengte og har krav på. Samtalen var et verktøy for å kunne gi helhetlig omsorg i utskrivingsfasen. I diskusjonskapittel ser jeg videre på hvordan interaksjon mellom mor og sykepleier kan påvirke kvaliteten av helsehjelpen, men jeg starter med å diskutere betydningen av å kunne fortelle om oppholdet gjennom et intervju.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om opplevelser mødre med innvandrerbakgrunn hadde under oppholdet på NI. I dette kapitlet blir de viktigste funnene diskutert opp mot tidligere forskning. Kapitlet avsluttes med en refleksjon over valgt metode.

Selv om funn, omtalt under punkt 5.2 fremstår som et viktigere funn enn det første jeg skal diskutere, 5.1, valgte jeg allikevel denne rekkefølgen. Fortellingen fra oppholdet ved NI startet jo med møtet med mødrene som gjorde det mulig for meg å få høre om deres opplevelser og følelser.

5.1 Å fortelle sin historie

Studien viser at mødrene hadde mye å fortelle om fra oppholdet. Behovet for å fortelle kan bety at opplevelsene var sterke og vanskelige. Kanskje kan mine funn bety at dette var et udekt behov under oppholdet, eller at det ikke ble vektlagt nok av sykepleier. En av mødrene uttrykte at hun hadde ventet på meg. Kanskje var det først når barnet var utskrevet, og hun så at det gikk fint med barnet, hun klarte å snakke om opplevelsene. Muligheten er óg til stede for at mor ikke ville, eller av ulike årsaker ikke var i stand til å snakke om opplevelsene under oppholdet. Forskning viser at foreldre har detaljerte beskrivelser av opplevelser fra opphold ved NI (Denney, Singer et al. 2001).

Mødrene fortalte om hvor bekymret og redde de var. En forklaring kan være opplevelser i forbindelse med barnets tilstand og prognose. Trolig føler alle mødre, uansett kulturell bakgrunn, på slike følelser (Obeidat, Bond et al. 2009), (Ranchod, Ballot et al. 2004). Redsel og bekymring kan også være forankret i kulturelle forventninger om et sterkt og velskapt barn. For noen mødre med innvandrerbakgrunn fører fødsel av et prematur og/ eller sykt barn til skam (Heidari, Hasanpour et al. 2012), og skyldfølelse (Ardal, Sulman et al. 2011). Erfaringer fra andre kulturer er at premature og syke barn ikke overlever prematuritet og sykdom. De ansees som svake, og kanskje også som guds straff. Selv om landet har et helsetilbud, kan kulturelle verdier overstyre behovet for medisinsk behandling. Usikkerheten for alt som er annerledes og vanskelig må kanskje fordøyes før hun klarer å snakke om hvordan oppholdet på NI var. Uansett, - det kan virke som om det var vanskelig å snakke om dette under oppholdet.

En annerledes og uventet morsrolle kan forstyrre mor sin mulighet og frimodighet til å snakke med sykepleiere under oppholdet. Dette var også helt nye opplevelser. Ingen av mødrene hadde tidligere vært innlagt ved NI. Tidligere forskning viser at omsorg formidlet gjennom omsorgsfull kommunikasjon og samhandling er av stor betydning (Fenwick, Barclay et al. 2001). Selv om dette forsøkes vektlagt av sykepleier gjennom hele oppholdet, kan studien bety at tidspunktet ikke er riktig. Det kan bety at mor fremdeles er i sjokk. Mødre fra ikke-vestlige kulturer, og fra land hvor demokratiet har vanskelige kår, kan oppleve det vanskelig å forholde seg til den åpne og mellommenneskelige likeverdige måten å kommunisere på ved avdelingen, både på grunn av kjønn og profesjon.

På sykehuset hadde fokuset vært barnets behov, så mor sitt behov for å snakke om hvordan hun hadde det ble undertrykt. Å bry seg om hvordan mor har det på NI, kan hjelpe henne til å snakke om opplevelser. Først og fremst kan opplevelse av god og nær omsorg gjøre det lettere under oppholdet, men trolig også i tiden etter hjemreisen. Selvsagt krever dette at mor ønsker å snakke med sykepleier eller lege. Under intervjuene hadde jeg følelsen av å være en alliert, en som forsto mødrene. Dette kan også tyde på at mødrene hadde tillitt til, og opplever det trygt å snakke med en som kjente avdelingen.

Mye var usikkert for mor under oppholdet. En annerledes morsrolle, behandling og hvordan det ville gå med barnet. Det som var sikkert, var at én dag ble barnet skrevet ut og skulle reise hjem sammen med mor. Studier viser at det er behov for, og mer kan gjøres for å gjøre overgangen lettere fra sykehuset til hjemmet (Boykova and Kenner 2012). Å trygge mor i løpet av oppholdet kan bidra til at det blir enklere å takle hverdagen etter utskrivning. Boykova og Kenners studie stiller spørsmål om sammenhengen mellom foreldrekompetanse og reinnleggelse (Boykova and Kenner 2012). Mor sin kompetanse avhenger mye av opplevd omsorg gjennom støtte og veiledning fra sykepleier underveis i oppholdet. Er interaksjonen mellom mor og sykepleier god, ligger forholdene til rette for at mor kan lære å kjenne sitt premature og/eller syke terminbarn. Relasjonsorientert sykepleie handler om å bli kjent med, støtte og lære opp mødrene til å forholde seg til situasjonen. På den måten kan mor sin selvtillit påvirkes på en positiv måte. Slik kan mor oppleve mer kontroll over situasjonen, og å knytte seg til barnet vil være lettere (Fenwick, Barclay et al. 2001).

En av mødrene spurte, under intervjuet, om hun kunne snakke engelsk. Hun klarte ikke å uttrykke alle følelsene på norsk. Kanskje begrensninger i forhold til norsk språk hindret henne i å uttrykkes opplevelser slik hun ville. Kan dette bety at selv om mødre snakker og forstår norsk, er det allikevel behov for å bearbeide opplevelsene på sitt eget morsmål. Det er et paradoks at avdelingen tilbyr helsepersonell debrifing etter krevende situasjoner, men hva med mødrene, som virkelig har vært i, eller fortsatt er i en krise. Samtaler virker forebyggende med tanke på depresjon (Ballantyne, Benzies et al. 2013). Bare det å få sitte ned og snakke med helsepersonell som kan lytte, svare på spørsmål og forklare ting mor ikke kommer på å spørre om, men som er nyttig, vil sannsynligvis være til stor hjelp, også på lang sikt. På bakgrunn av dette styrkes tanken om å gi et tilbud om samtale etter utskriving til alle foreldre, uansett årsak til innleggelse. Samtale gir mødre muligheten til å fortelle om opplevelser som førte til utrygghet. I neste punkt diskuterer jeg hvordan opplevelser gjorde mødrene utrygge.

5.2 Utrygghet

Mødrene i studien var følelsesmessig sterkt berørt av opplevelser ved NI. Forskning viser at mødre ikke er forberedt på de intense følelsene som oppstår når de står ved sitt nyfødte barn på NI (Ardal, Sulman et al. 2011), og følelsene er sterke (Ranchod, Ballot et al. 2004).

I starten av oppholdet vil mye oppleves kaotisk og uoversiktlig. Lege og sykepleier har fokus på barnets medisinske uavklarte tilstand, og jobber målrettet for å utrede, starte behandling og på den måten trygge barnet. Dette kan ta litt tid, avhengig av hva som settes i gang av behandling. Å ivareta mor sine behov er også viktig, men det kommer i andre rekke. Ardal og Sulman sin studie beskriver at situasjonen kan oppleves så krevende at foreldre ikke klarer å si noe, eller spørre om hva som skjer (Ardal, Sulman et al. 2011). Forklaring kan være at noen mødre har skremmende minner fra innleggelsen (Denney, Singer et al. 2001), (Shin and White-Traut 2007), men det oppleves også som et sjokk å komme til NI.

Når helsepersonellet er travle, og mor ikke klarer å si noe kan konsekvensene blir at mor ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet og støtte i starten, og blir dermed utrygg, kanskje uten reell grunn. I tillegg kan sårbarhet før innleggelsen i større grad knyttes til innvandrer-mødre enn til mødre tilhørende i landet (Balaam, Akerjordet et al. 2013).

Gleden over å få et barn kan fort bli byttet ut med sorg og bekymring når barnet trenger intensiv behandling. Mødre får livet snudd på hodet, og tanker og planer for en lykkelig barseltid og fremtid for barnet kan trues. Tidligere forskning støtter disse opplevelsene (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013), (Wigert, Johansson et al. 2006), (Balaam, Akerjordet et al. 2013). Studier fra Canada, Israel, India og Sør- Afrika kan vise til samme resultat. Som tidligere nevnt har mødre med innvandrerbakgrunn et høyere nivå av stress (Ballantyne, Benzies et al. 2013), (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013), (Poehlmann, Schwichtenberg et al. 2009). Også mors definisjon som hel kvinne ligger i hennes evne til å føde friske og sterke barn, og selvsagt die de (Nyström and Axelsson 2002).

Utrygghet og usikkerhet de første dagene kan føre til at mor ikke kommer i gang med stimulering og regelmessig pumping av morsmelk, noe de aller fleste barna får fra dag en. Uten tett oppfølging av mor, som er sårbar og utrygg, kan det føre til at melkeproduksjonen synker, og i verste fall opphører helt. Konsekvensen blir at barnet må ernæres med morsmelkerstatning. Dette kan bli problematisk, og gjøre mor mer bekymret og utrygg, for i noen kulturer er det en plikt for mødre å dekke barnets ernæringsbehov (Tavallali, Jirwe et al. 2016). For sykepleier er det viktig å sikre seg at mødre starter med stimulering av melkeproduksjon. Mødre har et opphold på barselavdelingen noen få dager etter fødselen. Kanskje ville et tettere samarbeid med barsel, ikke bare om barnet, men også om mødre sine pumpevaner vært nyttig med tanke på at den dagen barnet kan amme, så er det melk i brystene.

Årsak til utrygghet kan være vanskelig å fange opp for sykepleier om ikke mor sier noe om det. Mødre har erfaring fra sykehus og helsepersonell fra hjemlandet (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013). Kommer mor fra Danmark, er sykehuskulturen sannsynligvis ganske lik den norske. Kommer hun derimot som krigsflyktning fra landsbygda i Afghanistan, er det ikke sikkert hun har sett et sykehus engang. Kommer hun fra Somalia, er det ikke sikkert hun har hatt tilgang til sykehus. Om så var tilfelle, ville hun kanskje bare fått hjelp om hun hadde penger til å betale for behandlingen.

Bare det å stille spørsmål til en person i uniform bryter med prinsippet om å respektere en som er i en høyere posisjon, sa en av mødrene i min studie. Forskning sier at respekt er kjernen i omsorg (Tavallali, Jirwe et al. 2016). Det kan være vanskelig å vise respekt uten å vite hva som er kulturelt riktig overfor mor. Utrygghetsfølelsen hos mor kan lett kamufleres,

og vanskelig registreres av sykepleier. Skam og skyldfølelse over å få et prematurt barn er en dominerende opplevelse i en iransk studie (Heidari, Hasanpour et al. 2012). Barnet kan oppfattes som straff for noe mor har gjort tidligere i livet (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Uavklart status som innvandrer påvirker mødres utrygghet (O'Mahony 2012). Det er vanskelig for mor å spørre om hjelp. Hun tror det kan svekke prosessen med å få innvilget opphold. I frykt for å bli sendt ut av landet, i påvente av behandling av søknad om opphold inntar hun en holdning hvor hun gjør seg så usynlig som mulig. Sosioøkonomiske forhold påvirker mor sitt selvbilde, og hennes opplevelse av å ha det bra. I studien fra Canada hvor lav lønn eller arbeidsløshet førte til begrenset tilgang til helsehjelp, opplevde mor at det var vanskelig å spørre. I Norge, hvor helsehjelpen er gratis, forventes det at mødre spør.

Bakgrunn for innvandring preger også mødre sin psykiske tilstand (O'Mahony 2012). Politisk ustabilitet, kriminalitet og redsel for å bli drept i eget land gjør mødre redde. Å måtte forlate barn, foreldre og øvrig familiemedlemmer gjør mor sårbar og uten evne til å ta kontroll over egen situasjon (O'Mahony 2012).

5.3 Far sin rolle og savn av øvrig familie

Flere mødre beskrev far sin tilstedeværelse som viktig og avgjørende for hvordan oppholdet ble. Han var en stor årsak til at mor følte på lettelse og trygghet.

Etter hva jeg erfarer, foreligger det ingen forskning av fedre med innvandrerbakgrunn ved NI avdelinger. Derimot viser forskning innen føde og barselomsorgen at fedre deltar på en aktiv og positiv måte. Noen involverer seg i graviditeten, fødselen og barnet, mens andre fedre er opptatte av at kvinnens kropp ikke skal ta skade av fødselen slik at hun kan føde flere barn (Ny, Plantin et al. 2007).

Ved NI er mødre med innvandrerbakgrunn i en særlig sårbar situasjon (Balaam, Akerjordet et al. 2013). I tråd med avdelingens mål skal mødre oppleve omsorg gjennom blant annet forståelse og respekt. Respekt for alle behov hun måtte ha. Behov for at far er tilstede kan ha ulike forklaringer. Far sitt nærvær vil fylle en viktig rolle i mor sin situasjon. Trygghet oppnås ved at hun opplever støtte, trøst, fellesskap og hjelp gjennom at han er der, både i forhold til barnet, men også i forhold til sykepleier og lege. Forskning gjort innen føde og

barselomsorgen sier at mødre med innvandrerbakgrunn mener det er viktig at far blir kjent med barnet sitt (Ny, Plantin et al. 2007).

Om far er mor sitt eneste nære sosiale nettverk, er dette isolert sett en veldig sårbar situasjon for henne (Gueron-Sela, Atzaba-Poria et al. 2013) (O'Mahony 2012). Selv om det legges til rette for at fedre kan være på sykehuset, kan kulturelle regler og verdier påvirke far sin tilstedeværelse. Er det naturlig for fedre å involvere seg, eller er det unaturlig i følge kulturelle tradisjoner? Mødre ønsker at sykepleier skal vise interesse for sin situasjon, og i ennå større grad om far uteblir. Det er viktig for mor å få snakke med sykepleier om sine tanker angående far sin rolle. Fravær av far kan påføre mor flere psykiske belastninger, både på grunn av hans fravær, og at hun da står alene i situasjonen med det syke barnet. Hvis mor også opplever at sykepleier ikke er empatisk, og ikke viser forståelse, blir det en ekstra belastning (Tavallali, Jirwe et al. 2016).

I flere kulturer er mannen familiens overhode. Selv om mor har ansvaret for barnet, kan medisinsk anliggende tilhøre mannens domene (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013). Om ikke far er tilstede når informasjon gis, videre behandling diskuteres og avgjørelser tas, kan mødre komme i en skvis mellom norsk helsepraksis og kulturelle normer. God helsehjelp kan da oppleves som en trussel for henne om ikke far er tilstede. Om så er, øker belastningen.

Min erfaring fra patriarkalsk samfunn i Etiopia, hvor mannen har øverste autoritet, er at mor for eksempel kan dø av fødselskomplikasjoner om ikke far er tilstede og gir sitt samtykke til behandling. Hans autoritet overstyrer også kirurgen som står klar til å forløse barnet. Dette betyr at i noen kulturer bestemmer far over mor sin kropp. Han eier også barnet.

Forventninger om å føde et sterkt og friskt barn er store, og om det ikke skjer, vil mor måtte stå til ansvar (Heidari, Hasanpour et al. 2012).

Noen mødre omtalte ikke far under hele intervjuet. Det kan bety at disse mødrene ikke opplevde støtte fra sine menn, eller visste de, altså mødrene, at dette var deres ansvar. Mødre er bekymret for mannens reaksjon når barnet ikke er friskt (O'Mahony 2012).

Avgjørelser som berører økonomiske konsekvenser vil i stor grad være mannens domene (O'Mahony 2012). Dette forklarer i noen tilfeller at mødre er helt avhengige av at mannen er tilstede slik at hun slipper å forholde seg til avgjørelser hun, av kulturelle hensyn ikke kan ta.

Med andre ord vil kvinner fra slike kulturer kunne oppleve større trygghet når mannen er til stede (O'Mahony 2012).

De fleste vestlige kulturer vektlegger individet som suverent, og har derfor en individualistisk tilnærming. Mange ikke-vestlige kulturer betrakter ikke pasienten, i dette tilfellet mor som en selvstendig enhet, men som en del av familiens anliggende (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013). Dette betyr at storfamilien, særlig kvinnene naturlig støtter opp når et barn er født. Mange innvandrer mødre mangler det støttende kvinnesamfunnet fra sin kultur (Ballantyne, Benzies et al. 2013). På den måten blir far enda viktigere for mor. Skulle ikke far av kulturelle hensyn involvere seg så mye i situasjonen med det premature og /eller det syke terminfødte, kan mor, som tidligere nevnt, bli stående helt alene. I slike situasjoner er det berikende for mødre når ryktet om en syk baby når andre kvinner med røtter i samme kultur. Erfaring viser at de kommer til sykehuset, uansett om de kjenner familien eller ikke. De ønsker å gi støtte og omsorg i tråd med tradisjonen. Det er vist at mødre med innvandrerbakgrunn kjemper for å bevare familiens kulturelle tilhørighet og tradisjon under opphold på intensivavdelinger (Høye and Severinsson 2010).

Mødre fra patriarkalske samfunn utfordrer familiedynamikken når mor blir værende på NI sammen barnet (Heidari, Hasanpour et al. 2012). Far må kanskje ta seg av eldre barn samtidig som han forsørger familien. I mange kulturer er omsorg for barn og hjem kvinnens ansvar (O'Mahony 2012). For mange vil det være et økonomisk tap om far må forlate jobben og ta over mor sine oppgaver i hjemmet (Heidari, Hasanpour et al. 2012). Mange innvandrere har kanskje liten, eller ingen erfaring med å ha et sikkerhetsnett i form av sosialhjelp slik det norske samfunnet tilbyr. Å informere om dette, slik at det blir forstått vil lette på foreldrenes bekymringer.

Felles for mødrene er at de har forlatt sitt hjemland med tilhørende kultur og sosialt nettverk. Deres verdier og tankesett fra hjemlandets kultur utfordres av verdier og tankesett ved NI. Noen mødre representerer kulturer som ligger nært opp til den norske. For andre mødre, med kulturelle tradisjonene langt fra de norske, vil ulikheter oppleves som en ekstra belastning i tillegg til å ha fått et barn som krever intensiv behandling og pleie. Noen har et sosialt nettverk, mens andre er alene (Ny, Plantin et al. 2007). Da er det betryggende for mødrene å finne en støttespiller i sykepleieren. Under neste punkt diskuteres sykepleiers betydning for mødrene.

5.4 Sykepleiers betydning under oppholdet

I min studie mente mødrene at sykepleieren var den viktigste personen blant helsepersonellet. Forskning bekrefter nettopp dette, at sykepleierens samhandling med mor påvirker hele prosessen, fra innskriving, gjennom behandlingsforløpet og til barnet skrives ut (Fegran and Helseth 2009). Å sørge for at mor får knytte seg til barnet og oppstart av amming er et viktig fokus for sykepleier. En god relasjon og samhandling, fra starten av, vil legge grunnlag for at dette kan lykkes (Fegran and Helseth 2009).

Barnets helse er nært knyttet til ernæringsstatus. Ikke alle barn klarer, av medisinske årsaker å dekke ernæringsbehovet ved å amme. Allikevel kan morsmelk gis via en ernæringssonde, så det er avgjørende for mors melkeproduksjon at hun får opplæring og oppfølging fra dag en. Utfordringen for sykepleier, både ved NI og på barselavdelingen, som mor er tilknyttet de første 3-5 dagene etter fødsel, vil være å sikre at mor begynner å stimulere til melkeproduksjon uten at barnet suger. Dette skjer gjennom regelmessig pumping.

Erfaringsmessig krever dette en større innsats overfor mødre med innvandrerbakgrunn enn til norske mødre. Forskning sier at mødre fra asiatiske land dier sine barn i mindre grad enn andre mødre (Ny, Plantin et al. 2007). Om barnet har dårlig utviklet tarmfunksjon, gjennomgått tarmoperasjon eller av andre årsaker sliter med fordøyelsen er det særlig viktig at barnet får morsmelk som er skånsom og lett fordøyelig. Sykepleiere ved NI har denne kunnskapen, men ikke nødvendigvis kunnskap om variasjoner som gjelder forskjeller innen mødre evne til å die. Konsekvensen av dette kan bli unødige plager for barnet, som også opprettholder mors sin bekymring.

Samhandling er viktig, men kanskje viktigere er selve plattformen samhandlingen utøves på. Uten et møtested, blir det ingen samhandling. Likeså viktig som en fysisk møteplass, vil stemningen som skapes mellom mor og sykepleier påvirke. Handlingsrommet som skapes mellom mor og sykepleier begrenser, eller legger til rette for mor sin mulighet til å bli kjent med barnet sitt. Forskning sier at sykepleier er den som gir mor tilgang til barnet (Fenwick, Barclay et al. 2001). Fellesskapet som oppstår mellom mor og sykepleier medvirker til at mor får et bånd til barnet sitt (Guillaume, Michelin et al. 2013). Sykepleierens holdning og evne til omsorgsfull kommunikasjon med mor, virker inn på hvordan mor klarer å samhandle med barnet.

Mødre fortalte i min studie at de så på sykepleier som en erstatning for sin egen mor. Jeg har aldri møtt en norsk mor som har kalt meg verken ”mor” eller ”bestemor”. Derimot er jeg i skrivende stund ”bestemor” til et barn fra Midtøsten. I privatlivet kaller venner fra Eritrea meg ”mamma” når vi treffes. Det foreligger ingen forespørsel fra mor på forhånd, tilliten blir trolig gitt på grunn av samspillet karater med sykepleier. Kanskje er det slik at bestemor skaper ro og trygghet i en utrygg situasjon (Denney, Singer et al. 2001). Bestemor har erfaring, gir varme og omsorg slik en barselkvinne trenger. I forskningslitteraturen beskrives bestemødre som nøkkelpersoner, og at de med stor autoritet lærer opp nybakte mødre til å ta vare på barnet (Denney, Singer et al. 2001). Slik får sykepleier en rolle norske mødre ikke tillegger de. Erfaringsmessig tror jeg dette er en ganske så ukjent rolle å få, og å forholde seg til. Det oppstår en annen form for samhandling, og samhandlingens karakter bestemmer i hvor stor grad mor og barn oppnår god helsehjelp (Fegran and Helseth 2009).

Samhandling er ikke avhengig av lik kultur og referanser. Holdning, kunnskap, respekt og forståelse påvirker omgivelser. Sykepleien tar sikte på å gi alle mødre lik omsorg og behandling. I denne sammenhengen kan det å behandle likt bety å behandle ulikt. Nyansen vil finnes i kulturreferansen til den enkelte mor (Tavallali, Jirwe et al. 2016).

Relasjonsorientert sykepleie og kulturell kompetanse begrenser eller utvider muligheten til å utøve omsorg (Sagar 2012). Det er viktig å møte sårbare mødre med varme og åpenhet. Forskning viser at mødre etablerer lettere kontakt når sykepleier er rolig og utøver kultursensitivitet (Tavallali, Jirwe et al. 2016). Sykepleier har en ypperlig posisjon til å hjelpe mødre til å være mor til sitt premature og/ eller syke terminbarn. Kaoset er komplett når barnet er sykt eller umodent (Obeidat, Bond et al. 2009), (Ballantyne, Benzies et al. 2013), og mødre trenger hjelp til hvordan de skal stelle og bli kjent med barnet. Da trenger mor en engasjert og empatisk sykepleier som lytter aktivt for å hjelpe mor (Tavallali, Jirwe et al. 2016). Det hjelper lite om sykepleier sier til mor at det kommer til å gå bra, om mor heller trenger å føle at sykepleier virkelig viser empati og forståelse for at hun er både lei seg og bekymret for hvordan det skal gå (Ardal, Sulman et al. 2011).

Holdning er viktigere enn språk i møte med mødre fra andre kulturer. Det viktigste er at sykepleier er hjelpsom (Ny, Plantin et al. 2007), og til det trenger man ikke nødvendigvis språk. I møte med sårbare mødre fra andre land, er dette noe å legge vekt på. Særlig mødre

fra kulturer langt fra den norske må også forholde seg til en tredje kulturen; først sin egen, så den norske og nå med et sykt barn, sykehuskulturen. Et smil, et håndtrykk og ydmykhet har større kraft i mellommenneskelige møter enn at usikkerhet i forhold til språk og kulturelle forskjeller flytter fokus bort fra mødres egentlige omsorgsbehov. Betydningen av sykepleiers vennlighet, respekt og holdning berører mor på en positiv måte (Tavallali, Jirwe et al. 2016).

Avdelingens størrelse tilsa at mødrene kom i kontakt med et mangfold av ulike mennesketyper og personligheter blant helsepersonellet. Selv om avdelingens ansatte jobber etter de samme retningslinjer og prosedyrer, vil mødrene ikke møte en ensartet type mennesker. Funnene avslører at sykepleieren i stor grad påvirket på en positiv måte, men også noen ganger negativt. Betyr dette at oppgavens funn viser at man noen ganger kanskje utøver omsorg som ikke blir forstått, og hvordan kan det skje? Utøves sykepleie likt til alle mødrene, uansett hvilken kulturell bakgrunn de har. Kanskje har ikke kunnskap om den aktuelle kulturelle bakgrunnen vært god nok, slik at omsorgen ble tilpasset.

Som kontinuitetsbærer av omsorg er sykepleier viktig for alle mødre. Omsorg kan sammenlignes med en stafettpinne som leveres over til neste sykepleier ved vaktskifte. Det er forskjellige bærere, men målet er det samme.

Mødrene var opptatte av sykepleierens faglige kompetanse. Selvsagt er mødre opptatte om helsepersonellet kan hjelpe babyen sin, og om mulig gjøre barnet friskt. Min studie beskriver måter hvor sykepleier støtter og demper bekymringer mor har for barnet. Dette foregår i hovedsak "bedside", og uten avtalte møter. Studier understøtter hvor viktig den uformelle praten med sykepleier er (Fenwick, Barclay et al. 2001), (Ny, Plantin et al. 2007). Etter hvert kan samtalen dreie seg om hvordan mor kan bli styrket i foreldrerollen, og da kan kompetanseoverføring skje på en trygg plattform for mor (Missal Bernita 2015).

Selv om også mødre skal ivaretas på en omsorgsfull måte, vil sykepleiers faglig kompetanse først og fremst være rettet mot det premature og/eller syke barnet. Kanskje har det sammenheng med at barnet er årsaken til innleggelsen. Sosial og mellommenneskelig kompetanser blir da veldig viktig. Nok en gang er samhandling viktigst, viser forskning (Turner, Winefield et al. 2013). I møte med mødre fra utviklingsland, er muligheten stor for at kulturforskjeller også betyr stor respekt for helsearbeidere. For noen mødre kan respekt

faktisk slå negativ ut i et demokratisk samfunn hvor det nærmest forventes at pasienten deltar.

5.5 Informasjon, en viktig faktor

Selv om flere av mødre uttrykte stor tilfredshet med deler av prosessen rundt informasjon, var mange mødre i studien ikke fornøyd med verken mengden eller kvaliteten på informasjon. Dette var et overraskende funn, ettersom informasjon, både skriftlig og muntlig følges regelmessig opp. Informasjon gis ved innleggelse, underveis og ved utskriving. All informasjon dokumenteres fortløpende som gitt i barnets journal. Den enkleste forklaringen på dette funnet er at gitt informasjon ikke nødvendigvis er det samme som forstått informasjon. Forskning sier at mødre har et sterkt ønske om å få informasjon om barnet, fra både sykepleier og lege (Denney, Singer et al. 2001). Videre sier en svensk studie at foreldre opplever at bare halvparten av sykepleier og leger forsto deres følelsesmessige situasjon særlig bra (Ardal, Sulman et al. 2011).

I min studie opplevde en mor at sykepleiers adferd ikke var respektfull i en situasjon hvor informasjon ble gitt. Dette er uheldig, og kan hindre mødre i å forstå informasjon om barnet. Avstand mellom mor og sykepleier kan bli unødig stor, noe som kan påvirke hele prosessen med å gi omsorg. Samtidig tror jeg sjansen for å oppfatte og mistolke når to kulturer møtes i en situasjon hvor informasjon skal deles er rimelig stor.

Det beste er å få informasjon på sitt morsmål (Ardal, Sulman et al. 2011). Situasjonen er krevende nok for mødre om ikke de også må konsentrere seg for å forstå informasjon gitt av utenlandske leger og sykepleiere som snakker norsk med aksent. Innvandrere lærer norsk språk via bokmål. Jeg tror at ved å snakke bokmål vil det kunne bidra til å sikre at informasjon bli mer tydelig. En ting er å kunne snakke norsk, en annen ting er ord og begrepsforståelse. Fra et sykepleiefaglig ståsted er det fort gjort å tro at mor forstår like mye som hun gir uttrykk for gjennom å snakke godt norsk. I tillegg til selve ordene som utveksles, utøves også nonverbal kommunikasjon som kan ha ulik betydning fra kultur til kultur. Mange ord og begrep som kun brukes innen nyfødtverden er stort sett ukjent. I møte med foreldre er det viktig å huske på det, og ikke ta det for gitt at de forstår.

Gitt informasjon er ikke alltid forstått informasjon. I norsk kultur er det allment akseptert å spørre opp igjen om informasjon ikke blir forstått. Slik er det ikke nødvendigvis i alle

kulturer. Å svare bekreftende når informasjon ikke er forstått, gir sykepleier et uriktig grunnlag i det videre samarbeidet med mor. Også dokumentasjon basert på det mor sier kan bli direkte feil.

Mødre opplever det vanskelig når informasjon blir gitt fra flere leger og sykepleiere (Wigert, Dellenmark et al. 2013). I rolige omgivelser, hvor sykepleier eller lege tar seg tid, og vier sin oppmerksomhet til det mor trenger informasjon om, bidrar til kunnskap og trygghet.

Informasjon trenger ikke alltid virke beroligende (Nyström and Axelsson 2002). Når informasjon gir kunnskap om alvorlig sykdom eller mulig vedvarende funksjonssvikt, blir mødre redd og bekymret. En svensk studie viser at foreldre opplever at leger og sykepleiere ikke forstår hvor vanskelig situasjonen er (Wigert, Dellenmark et al. 2013). For helsepersonell kan informasjon, uansett medisinsk tilstand hos barnet inngå som en rutinemessig og udramatisk hendelse. For mødre, som aldri har opplevd dette før, utløser det stor bekymring. I min studie sa en mor at det var bedre når hennes mann, som var norsk, ga henne informasjon. Kanskje er det lettere å stille spørsmål til mannen sin, enn til sykepleiere og leger. Også å akseptere situasjonen kan bli lettere om mannen forklarer. I kulturer hvor kvinnen har ansvar for hjem og barn, er det viktig å gi henne informasjon. Min studie beskriver en situasjon hvor far fikk informasjon om øyeblikkelig innskriving uten at mor var til stede. Hun fikk ikke mulighet til å forklare for legen at hun hadde hovedansvaret for et eldre barn hjemme, om hun kunne få litt tid til å organisere barnepass. Det er lett å ta ting for gitt når man møter foreldre fra kulturer en mener å ha kunnskap om.

Det er avgjørende for mødre at de får god og regelmessig informasjon. Noen mødre i min studie ønsket flere legesamtaler. Kvaliteten på informasjonen ble dårlig når den gikk gjennom flere forskjellige sykepleiere, enn om den kom direkte fra en lege (Nyström and Axelsson 2002). Skriftlig informasjon kan sikre lik informasjon, men få av mødrene i studien husket noe fra skriftlig informasjon. De som hadde lest, sa at det var vanskelig å huske noe som helst. Kanskje er informasjonsbrosjyrene for omfattende, også på deres morsmål, eller det tas som en selvfølge at mødre leser og forstår det som står der. Håp for barnet kommer gjennom informasjon, så det er viktig at informasjon møter mor sitt behov (Charchuk 2005).

Informasjonen som gis og leses trenger ikke være den informasjonen mødre trenger. For mødre som av kulturelle hensyn mener de ikke er i en posisjon til å stille spørsmål, kan de

ende opp med å ikke ha nødvendig kunnskap om barnet. Konsekvenser beskrevet i forskning kan bli ytterligere adskillelse (Wigert, Johansson et al. 2006).

Syke nyfødte og premature er kanskje de mest sårbare pasienter av alle. Omsorg for disse barna handler også om å bry seg om mor. Selv om de er prisgitt helsepersonell sin kompetanse og omsorg, er det særlig viktig at foreldrene får opplæring i å ta seg av barnet. Dette skjer best ved å inkludere foreldrene så tidlig som mulig.

I studien sa mor at for å føle seg trygg, forsøkte hun å få mest mulig informasjon om barnet. At mor er trygg, uavhengig av barnets situasjon, er et viktig mål for omsorg. Opplevelse av god kommunikasjon, tydelig informasjon om barnets tilstand og støtte i den aktuelle situasjonen er viktige elementer om mor skal føle seg trygg (Charchuk 2005).

Foreldre forsøker på forskjellige måter å få informasjon om barnet sitt (Denney, Singer et al. 2001) Med en tospråklig sekretær i avdelingen, kunne meksikanske mødre få mer informasjon. En mor sa at all informasjon hjalp henne til å forstå og bedre ta vare på barnet.

Konsekvensene av for lite, eller ikke forstått informasjon, kan føre til at mødre reiser hjem med mangelfull kunnskap om barnet sitt.

5.6 Metodediskusjon

Å velge intervju som metode var noe jeg bestemte meg for tidlig i prosessen. Jeg ønsket å møte mødrene, sitte ned med de og høre om deres opplevelser. Gjennom intervjusituasjonen kom jeg tett på hver enkelt mor. Dermed tror jeg at intervjuformen var egnet til å undersøke det fenomenet den var ment å undersøke (Kvale, Brinkmann et al. 2009).

Intervjuformen skapte ikke bare en kontekst hvor opplevelser ble formidlet, men også en sosial samhandling, hjemme hos hver enkelt mor. Slik lærte jeg mer om denne kvinnens verden, og om hvem hun var (Malterud 2011). I denne settingen kjente jeg igjen element fra kulturelle særpreg jeg ble kjent med under årene i Vest-Afrika. Det gjorde meg ganske så avslappet, og flere ganger var det fristende å ikke bli mer deltagende i tematikken i opplevelsene. Det var vanskelig å ikke innta rollen som kunnskapsrik og løsningsorientert sykepleier på jobb.

Selv om funnene i min studie ikke kan generaliseres, er de allikevel gyldige for de det gjelder. Avdelingen har jevnlig innleggelse av nyfødte med mødre fra andre land. I så måte har studien relevans til praksisfeltet (Malterud 2011).

For hvert intervju jeg gjorde, greide jeg å fokusere mer og mer på mødrene sin rettmessige plass, å være den meningsbærende stemmen (Malterud 2011).

Selv om jeg til en viss grad kjente på mestring og ro under intervjuene, ble det óg klart for meg, særlig under analyseprosessen at jeg hadde begrenset kunnskap om forskningstemaet.

Det er interessant å reflektere over hvilken betydning jeg kunne ha overfor mødrene. Mitt ønske for alle mødre som drar hjem fra NI, er at de skal kjenne seg ivaretatt etter verdier som ligger til grunn for helsehjelpen (StOlavsHospital 2016). Konkret betyr det å gjenopprette og styrke morsrollen gjennom støtte, opplæring og veiledning under hele oppholdet.

Intervjuformen ga grunnlag for å få mer kunnskap om den enkelte mor.

Jeg var spent hver gang jeg ringte på ei ny dør. Hvem ville jeg møte?

Etter videre refleksjoner, kanskje mest i forhold til de intervjusituasjonene hvor far satt i samme rom, gjorde meg usikker under analysearbeidet. Hadde kvinnen på noen måte følt seg presset? Ville han ha kontroll over hva som ble sagt, eller satt han der for å få informasjon om hva som hadde skjedd med barnet. Uansett er jeg trygg på at jeg har gjort mitt beste for å sette fokus på å avdekke områder innen sykepleiertjenesten ved NI som kan videreutvikles.

5.7 Resultatdiskusjon og overførbarhet

Tilslutt drøfter jeg hvilken betydning studiens funn har for videre implikasjoner. Forskning slår fast hvilke opplevelser og utfordringer mødre med innvandrerbakgrunn står overfor (Ballantyne, Benzies et al. 2013), (Quindemil, Nagl-Cupal et al. 2013). NI ved St. Olavs Hospital har ca. 50 barn innlagt hvert år med mødre fra andre kulturer enn den norske.

Studiens funn er derfor sammenlignbar med tidligere forskning, og behovet for kunnskap om tverrkulturell sykepleie kan forsvares ut fra studiens funn. På lik linje med kunnskapsheving og utskifting av for eksempel medisinsk-teknisk utstyr som bedrer respirasjonsstøtten til barnet, gir studien grunnlag for å satse på å bedre helsetilbudet til mødre fra andre kulturer.

For å nå målet om fremragende behandling, for alle, kan det være ett skritt i riktig retning.

6.0 Konklusjon

Studiens hensikt var å få kunnskap om hvordan innvandrer mødre opplevde å være på NI med sine premature og /eller syke terminbarn. Åtte mødre fra tre forskjellige land verden over lot seg intervju, alle hjemme i sin egen stue. En halv-strukturert intervjuguide var utgangspunktet for intervjuet.

Funnene indikerer at opplevelser til innvandrer mødre med babyer innlagt ved NI er komplekse og krevende. Deres opplevelser har et høyere nivå av stress enn mødre tilhørende i landet. Særlig fremstår utrygghet som det tydeligste funnet. Opplevelser knyttet til barnets medisinske tilstand og prognose, hvordan interaksjon med barnet og helsepersonell oppleves og mangel på tilgjengelig informasjon var alle kilder til utrygghet. Savnet etter nær familie, særlig sin egne mor, som fungerer som et naturlig nettverk når et barn blir født, var uttalt. Betydningen av far sin tilstedeværelse var viktig, særlig i mangel av andre kvinner i storfamilien.

Denne studien har gitt ny kunnskap om opplevelser mødre med innvandrerbakgrunn, innlagt med sine barn ved NI, har under et oppholdet. Mødrenes opplevelser tyder på at helsetjenesten kanskje ikke var så fremragende som den var ment å være. Denne studien kan indikere at omsorg i større grad bør gjelde mødre. Studien viser at opplevelse av omsorg er mer knyttet til følelser utløst i situasjonen, enn til konkrete arbeidsoppgaver en sykepleier har. Fra et omsorgsperspektiv blir derfor kunnskapen om hvem mor er, hennes situasjon, hennes ønsker og behov viktig. Om kunnskapen mangler, eller er begrenset, evner man i mindre grad å identifisere mødre sine omsorgsbehov ved NI.

Litteratur

Alkozei, A., et al. (2014). "Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period." The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine **27**(17): 1738-1743.

Ammehjelpen (2016). "Amning." from <https://ammehjelpen.no/mor-barn-vennlig-initiativ>.

Ardal, F., et al. (2011). "Support like a walking stick: parent-buddy matching for language and culture in the NICU." Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing **30**(2): 89-98.

Balaam, M. C., et al. (2013). "A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth." Journal of Advanced Nursing **69**(9): 1919-1930.

Ballantyne, M., et al. (2013). "Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study." BMC pregnancy and childbirth **13**(Suppl 1): S11.

Barata, P. C., et al. (2006). "Cross-cultural perspectives on research participation and informed consent." Social Science & Medicine **62**(2): 479-490.

Bondas-Salonen, T. (1998). "New mothers' experiences of postpartum care—a phenomenological follow - up study." Journal of Clinical Nursing **7**(2): 165-174.

Boykova, M. and C. Kenner (2012). "Transition from hospital to home for parents of preterm infants." The Journal of perinatal & neonatal nursing **26**(1): 81-87.

Broedsgaard, A. and L. Wagner (2005). "How to facilitate parents and their premature infant for the transition home." International nursing review **52**(3): 196-203.

Callery, P. (2002). "Mothers of infants in neonatal nurseries had challenges in establishing feelings of being a good mother." Evidence Based Nursing **5**(3): 91-91.

Charchuk, M., Simpson, C (2005). "Hope, disclosure, and control in the neonatal intensive care unit." Health Communication **17**(2): 191-203

De Rouck, S. and M. Leys (2009). "Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008)." Patient education and counseling **76**(2): 159-173.

Denney, M. K., et al. (2001). "Mexican immigrant families' beliefs and goals for their infants in the neonatal intensive care unit." Research and Practice for Persons with Severe Disabilities **26**(3): 148-157.

Essén, B., et al. (2000). "Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology **107**(12): 1507-1512.

- Farchi, S., et al. (2016). "Breastfeeding initiation rates among immigrant women in central Italy between 2006 and 2011." The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine **29**(2): 344-348.
- Fegran, L. and S. Helseth (2009). "The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context–closeness and emotional involvement." Scandinavian Journal of Caring Sciences **23**(4): 667-673.
- Fenwick, J., et al. (2001). "‘Chatting’: an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries." Journal of Advanced Nursing **33**(5): 583-593.
- Gale, G., et al. (2004). "Parents’ perceptions of their infant's pain experience in the NICU." International Journal of Nursing Studies **41**(1): 51-58.
- Giger, J. N. (2013). Transcultural Nursing Assessment & Intervention. USA, ELSEVIER.
- Gueron-Sela, N., et al. (2013). "Prematurity, ethnicity and personality: risk for postpartum emotional distress among Bedouin-Arab and Jewish women." Journal of Reproductive and Infant Psychology **31**(1): 81-93.
- Guillaume, S., et al. (2013). "Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents." Bmc Pediatrics **13**.
- Hall, E. O. (2005). "Danish parents’ experiences when their new born or critically ill small child is transferred to the PICU—a qualitative study." Nursing in critical care **10**(2): 90-97.
- Heermann, J. A., et al. (2005). "Mothers in the NICU: outsider to partner." Pediatric nursing **31**(3): 176.
- Heidari, H., et al. (2012). "The Iranian Parents of Premature Infants in NICU Experience Stigma of Shame." MED ARH **66**(1): 35-40.
- Holditch-Davis, D. and M. Shandor Miles (2000). "Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit." Neonatal Network **19**(3): 13-21.
- Høye, S. and E. Severinsson (2010). "Multicultural family members’ experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study." Intensive and Critical Care Nursing **26**(1): 24-32.
- Kvale, S. and S. Brinkmann (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., et al. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Lau, R. and C. A. Morse (2003). "Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery." Stress and Health **19**(2): 69-78.
- Malin, M. and M. Gissler (2009). "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland." BMC Public Health **9**(1): 84.

- Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo, Universitetsforlaget.
- Missal Bernita, C. C., Kovaleva Mariya (2015). "Somali Immigrant New Mothers' Childbirth Experiences in Minnesota." Journal of Transcultural Nursing **27**: 359-367.
- Ny, P., et al. (2007). "Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement." Reproductive Health **4**(1): 9.
- Nyström, K. and K. Axelsson (2002). "Mothers' experience of being separated from their newborns." Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing **31**(3): 275-282.
- O'Mahony, J. M., Donnelly, T.T (2012). "How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences?" Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing: 714-725.
- Obeidat, H. M., et al. (2009). "The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit." The Journal of perinatal education **18**(3): 23.
- Olshtain-Mann, O. and G. K. Auslander (2008). "Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk?" Health & social work **33**(4): 299-308.
- Poehlmann, J., et al. (2009). "Predictors of depressive symptom trajectories in mothers of preterm or low birth weight infants." Journal of Family Psychology **23**(5): 690.
- Preyde, M. (2007). "Mothers of very preterm infants: perspectives on their situation and a culturally sensitive intervention." Social work in health care **44**: 65.
- Quindemil, K., et al. (2013). "Migrant and minority family members in the intensive care unit. A review of the literature." HeilberufeScience **4**(4): 128-135.
- Ranchod, T. M., et al. (2004). "Parental perception of neonatal intensive care in public sector hospitals in South Africa: original article." South African medical journal **94**(11): 913-916.
- REK, D. n. f. k. (2014). "Autonomi." <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/naturvitenskap-og-teknologi/beskyttelse-av-forskningsdeltakere/>
- Sagar, P. L. (2012). Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration. New York, Springer.
- Shin, H. and R. White-Traut (2007). "The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit." Journal of Advanced Nursing **58**(1): 90-98.
- SSB (2015). "Fødte." from <https://http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2015-03-26>.
- SSB (2017). "Innvandring." from <https://http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>.

StOlavsHospital (2016). "verdier." from <https://stolav.no/om-oss/visjon-verdier-strategier-og-mal>.

Tavallali, A. G., et al. (2016). "Cross - cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences." Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Turner, M., et al. (2013). "The emotional experiences and supports for parents with babies in a neonatal nursery." Advances in Neonatal Care **13**(6): 438-446.

Tønnessen, M. (2014). "Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge." Retrieved , from <https://http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarhet-og-annen-demografi-hos-innvandrere-og-deres-barn-fodt-i-norge>.

Wigert, H., et al. (2013). "Strengths and weaknesses of parent–staff communication in the NICU: a survey assessment." Bmc Pediatrics **13**(1): 71.

Wigert, H., et al. (2006). "Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit." Scandinavian Journal of Caring Sciences **20**(1): 35-41.

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK



| | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK midt | Øystein Lundestad | 73597507 | 15.01.2014 | 2013/2169/REK midt |
| | | | Deres dato: | Deres referanse: |
| | | | 13.01.2014 | |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John-Arne Skolbekken
NTNU

2013/2169 Hvordan opplever innvandrerkvinner møtet med Nyfødt intensiv på St. Olavs hospital

Forskningsansvarlig: SVT-fakultetet NTNU

Prosjektleder: John-Arne Skolbekken

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 29. november 2013. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 13. januar 2014. Tilbakemeldingen ble vurdert av komiteens leder og representant for sykepleieorganisasjon på fullmakt. Vurderinga er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale ved første gangs behandling

Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever oppholdet ved avdelinga. Prosjektet danner grunnlaget for en masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Det ønskes å gjennomføre kvalitative intervju av ti personer om deres erfaringer med å ha eget barn innlagt ved Nyfødt Intensiv-avdeling ved St. Olavs Hospital. Fokus vil være på egen opplevelse av trygghet, kommunikasjon, helsepersonell, kultur osv. Studenten er selv sykepleier ved avdelinga, men skal ikke intervju personer hun har hatt direkte kontakt med i denne sammenheng.

Bakgrunn

I prosjektleders tilbakemelding har prosjektleder besvart komiteens bemerkninger fra vedtak datert 19. desember 2013. Bemerkningene angikk: 1) definisjon, utvalg og representasjon av innvandrerkvinner, 2) begrunnelsen for utelatelsen av kvinner med behov for tolk og 3) etiske og vitenskapelige utfordringer knyttet til enkelte spørsmål.

Prosjektleder har i sin tilbakemelding forklart at en skal foreta et strategisk utvalg blant kvinner "som er innvandret på et tidspunkt i livet som gjør at deres kulturelle bagasje rundt svangerskap, fødsel og helsevesen primært er formet i landet de er innvandret fra" (1), at utelatelsen av kvinner med tolkebehov er pragmatisk ut fra økonomiske rammer for masteroppgaven (2) og at de omtalte spørsmålene tas ut av intervjuguiden (3). Komiteen viser til prosjektleders tilbakemelding for fullstendige svar.

Vurdering

Komiteens leder og representant for sykepleieorganisasjon har på fullmakt vurdert tilbakemeldinga. REK midt mener svarene er tilfredsstillende med tanke på komiteens bemerkninger, og har ingen videre spørsmål til prosjektleder.

Forsvarlighet

Komiteen har dermed vurdert tilbakemelding, søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningscenter 7489
Trondheim

E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

gjennomføring. Prosjektet framstår som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenninga er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i tilbakemeldinga mottatt 13. januar 2014, samt i søknad og protokoll lagt ved første gangs behandling. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.
2. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i 5 år etter prosjektslutt, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. helseforskningsloven § 38.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding på eget skjema senest et halvt år etter prosjektslutt. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. helseforskningslovens § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Øystein Lundestad
Rådgiver

Kopi til: marit.reitan@svt.ntnu.no; rek-midt@medisin.ntnu.no

Vedlegg 2: Informasjonsskriv, svarslipp og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: ”Hvordan opplever innvandrerkvinner møtet med Nyfødt Intensiv ved St. Olavs Hospital?”

Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever oppholdet ved avdelingen. Fem prosent av alle nyfødte ved St. Olavs Hospital blir innlagt ved Nyfødt Intensiv. Forskningsbasert kunnskap om mødre med innvandrerbakgrunn sitt møte med avdelingen er mangelfull, derfor er hensikten med undersøkelsen å øke kunnskapen om slike opplevelser.

Du mottar denne forespørselen fordi ditt barn var innlagt ved Nyfødt Intensiv rett etter fødselen. Prosjektet gjennomføres som et masterprosjekt ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

Mulige fordeler og ulemper ved å delta i studien

Gjennom å delta i studien får du anledning til å fortelle om din egen opplevelse av oppholdet på avdelingen. Fortellingen din kan derfor bidra til at avdelingen kan forbedre tilbudet sitt til mødre med innvandrerbakgrunn. Samtidig er det mulig at det kan oppleves som belastende å bli minnet på mulige negative opplevelser i forbindelse med oppholdet, men mange vil oppleve det som positivt å få snakke ut også om negative opplevelser.

Hva innebærer studien?

Informasjon blir samlet inn via intervju. I intervjuet stilles det spørsmål om hvordan du opplevde oppholdet ved Nyfødt Intensiv. Du bestemmer når og hvor intervjuet skal foregå. Intervjuet varer ca. en time. Det blir brukt mikrofon og intervjuet blir tatt opp på bånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Lydopptakene fra intervjuene vil bli skrevet ut i fulltekst, og intervjuutskriftene vil bli brukt til analyser som rapporteres gjennom publiseringen fra studien. Opplysninger om personer og steder vil i størst mulig grad bli fjernet i utskriftene, slik at enkeltpersoner gjøres minst mulig gjenkjennbare i rapporteringen fra prosjektet. Prosjektet blir rapportert i form av en masteroppgave.

Hver utskrift vil bli påført en kode som også vil gjenfinnes på prosjektets deltagerliste.

Lydopptak, utskrifter og deltagerliste oppbevares nedlåst i separate skap under gjennomføringen av prosjektet, og det er kun forsker som er navngitt på slutten av dette skrivet som har tilgang til dem. Forskerne har taushetsplikt i henhold til Helseforskningslovens § 7. Lydopptak og deltagerlister vil bli slettet ved prosjektslutt, og senest innen 30.06.2014. Utskriftene vil bli oppbevart i anonymisert form ved NTNU etter prosjektslutt.

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-Midt)..

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Data du har bidratt med kan da slettes om du ønsker det.

Har du spørsmål om forskningsprosjektet, kan du kontakte masterstudent
Oddbjørg Kiplesund på telefon: 92614879, epost: oddbjorg.kiplesund@ntebb.no

eller professor John-Arne Skolbekken , Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap,
Dragvoll, 7491 Trondheim, telefon73550643, epost: john-arne.skolbekken@ntnu.no

Påmelding

Dersom du ønsker å delta i forskningsprosjektet fyller du ut vedlagt samtykkeerklæring og sender den tilbake i den tilhørende konvolutten med kontaktinformasjon i løpet av en uke.

Med vennlig hilsen,

Oddbjørg Kiplesund,
Masterstudent/sykepleier

John-Arne Skolbekken
Professor/psykolog

SVARSLIPP

Jeg ønsker å delta i forskningsprosjektet og kan kontaktes på (velg det alternativet som passer deg best):

Telefon: _____

Epost: _____

Adresse: _____

Navn(store bokstaver): _____

Underskrift: _____

Denne svarslippen legges i konvolutten som følger med dette skrivet og sendes til adressen som står på konvolutten.

**Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet:
”Hvordan opplever innvandrerkvinner møtet med Nyfødt Intensiv ved St. Olavs
Hospital?”**

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og har hatt mulighet til å stille spørsmål om det.

Jeg ønsker å delta i forskningsprosjektet

(Prosjektdeltakers underskrift)

Dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Masterstudentens underskrift, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Spørsmål 1

Hvordan startet din historie her på avdelingen?

Kan du fortelle om den dagen eller natta barnet ditt ble innlagt ved avdelingen ?

Kan du beskrive hva du følte?

glede, redsel, lettelse, maktesløshet, hjelpeløshet, annet

forventinger

kom du alene ?

har du andre barn hjemme ?

hvordan var de norske språkferdighetene dine da ?

hvordan opplevde du å kunne gi og få informasjon til lege og sykepleier det første døgnet?

Spørsmål 2

Kan du beskrive situasjonen/e da du følte deg trygg?

Hva var det som fikk deg til å føle deg trygg?

Hvordan påvirket opplevelse av trygghet deg/ hva gjorde denne følelsen av trygghet med deg?

Spørsmål 3

Hvordan opplevde du sykepleieren?

Kan du beskrive hva du likte best ved sykepleieren?

Hvordan hun møtte deg

Noe hun sa

Noe hun gjorde

Hvordan hun møtte barnet ditt

Bli møtt, sett og bekreftet

Få oversikt over situasjonen, forklart på en forståelig måte

Få drikke / mat

Spørsmål 4

Hvordan opplevde du muligheten til å være med på å påvirke ditt barns helsetilstand ?

På hvilken måte opplevde du at sykepleier hørte på din kunnskap om ditt barn?

Hvordan opplevde du at sykepleier tok i bruk/ anvendte din kunnskap om ditt barn i omsorgen?

Hva opplevde du som det viktigste under oppholdet.

Spørsmål 5

På hvilken måte opplevde du kommunikasjon med lege og sykepleier

Kan du beskrive hvordan du opplevde situasjoner hvor det ble gitt informasjon om barnet?

Muntlig eller brosjyrer

Hvordan opplevde du informasjon som ble gitt?

Tydelig, vanskelig å forstå, aktuell, for mye/ for lite

Hvordan opplevde du å kunne stille spørsmål til lege og sykepleier?

Når lege ga informasjon, hvilken rolle opplevde du sykepleier hadde da?

Taus, støttende, oppklarende, spørrende ?

Tenk tilbake, og forsøk å huske hvordan du opplevde disse informasjonsmøtene?

Informasjon kan gis på forskjellige måter i ulike situasjoner. Avtalte møter og i mer uformelle settinger gjennom dagen på avdelingen.

Hvordan opplevde du informasjon som ble gitt i uformelle samtaler med sykepleier?

Her tenker jeg på situasjoner, som når du stelte barnet ditt, ga det mat eller helt tilfeldig når sykepleier stakk innom rommet ditt utenom tolkesamtaler og planlagt legesamtale?

Spørsmål 6

Nå har du svart på mine spørsmål. Er det noe du ønsker å si som ikke kom fram under spørsmålsstillingen?

Boforhold

Mat

Dagsrytme

Tilgjengelighet av sykepleier/annet helsepersonell

Annet

TAKK for hjelpen.

