

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2014:54

Samvård respektive separerad vård

Inverkan på en nybliven mors tillit till sin förmåga att amma

THERESE KERÄNEN
MIRJAM KUUSELA



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Samvård respektive separerad vård - Inverkan på en nybliven mors tillit till sin förmåga att amma

Författare: Therese Keränen & Mirjam Kuusela

Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa

Nivå och poäng: Magisternivå, 15högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeutbildning

Handledare: Lina Palmér & Elisabeth Jangsten

Examinator: Marianne Johansson

Sammanfattning

På de flesta svenska sjukhus har samvård av mor och barn efter förlossning eftersträvat eftersom samvård bland annat främjar amning. I samband med kejsarsnitt och då barnet inte mår väl efter födsel separeras dock ofta mor och barn för en kortare eller längre tid, vilket påverkar amningen negativt. Mödrars tillit till sin förmåga att amma har visat sig ha stor betydelse för om de skall lyckas med amning. Mödrar med låg tillit har en högre risk att sluta amma tidigt än de som har hög tillit. Syftet med studien var att jämföra nyblivna mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas tillsammans respektive vårdas separerade efter förlossning. I studien ingick totalt 60 mödrar från fyra olika sjukhus i västra Sverige, varav hälften samvårdats med sitt barn respektive vårdats separerade. Undersökningen gjordes utifrån en kvantitativ ansats genom enkätundersökning med det validerade mätinstrument BSES-SF. Svardsdan har analyserats med jämförande och förklarande statistik i form av Mann-Whitney U test samt Chi-Square test. Resultatet visade på att numerisk skillnad fanns. Mödrar som separerats hade en lägre tillit till sin förmåga att amma än mödrar som hade samvårdats med sitt barn. Skillnaden var dock ej signifikant. Studien har för litet urval och eventuella störande variabler har ej kunnat uteslutas för att resultatet skall anses tillförlitligt, men tendensen som framkommit stöds i annan forskning. I diskussionen lyfts även att vid initiala amningssvårigheter kan pedagogiska tillitshöjande interventioner vara av betydelse samt undvikande av mjölkersättning i de fall där medicinsk indikation för detta saknas.

Nyckelord: *Rooming-in, separation, self-efficacy, breastfeeding, BSES-SF, mothers, neonatal, cesarean sectio*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Amning och hälsa	1
Samvårdens framväxt och dess betydelse för amning	1
Samvård och amning	2
Samvård på BB	2
Samvård efter kejsarsnitt och inom neonatalvård	2
Separerad vård och amning	3
När barnet har behov av neonatalvård	3
När mödrar genomgår kejsarsnitt	3
Mödrars upplevelse av amning vid samvård respektive separerad vård	4
Tillit till sin förmåga att amma – teoretisk bakgrund	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Demografisk data	10
Mödrars tillit till sin förmåga att amma - samvård och separerad vård	11
Tidigare amningsupplevelses inverkan på mödrars tillit till sin förmåga att amma - Ett bifynd	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
Att stärka moderns tillit till sin förmåga att amma	20
Slutsatser	22
Kliniska implikationer	22
REFERENSER	24
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

INLEDNING

Omfattande forskning visar att den första tiden efter förlossning är viktig för amningsstarten och för anknytningen mellan mor och barn. Vikten av tidig hud-mot-hud kontakt mellan mor och barn betonas och på de flesta sjukhus tillämpas samvård. Under senare år har även familjecentrerad vård inom neonatalvården utvecklats för att ta tillvara på denna viktiga tid. Blivande mödrar inom mödra- och förlossningsvård informeras om vikten av denna första tid med barnet. Senare års forskning har dessutom visat att moderns tillit till sin förmåga att amma har en avgörande betydelse för amningsstarten samt den fortsatta amningen.

Det finns dock tillfällen som mor och barn vårdas på olika avdelningar direkt efter förlossningen t.ex. vid kejsarsnitt och i samband med att barnet inte mår väl och kräver vård på neonatalavdelning. Påverkas en mors tillit till sin förmåga att amma när mor och barn vårdas separerade efter förlossning? Svaret kan förhoppningsvis bidra till att öka kunskap om nyblivna mödrars särskilda behov av stöd kring amning då mor och barn inte har möjlighet till kontinuerlig samvård efter förlossning.

BAKGRUND

Amning och hälsa

Omfattande forskning visar att helamning, vilket innebär endast intag av bröstmjolk och ev. läkemedel, upp till sex månaders ålder har stor sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande effekt för såväl mor som barn, både i industrialiserade- och utvecklingsländer (WHO 2002, ss. 19-20; Ip, Chung, Raman, Trikalinos & Lau 2009, ss. 20-26; Socialstyrelsen 2014, ss. 12-13). Den nationella rekommendationen är helamning upp till sex månaders ålder, därefter delamning med samtidig introduktion av annan mat upp till ett års ålder och så länge mor och barn vill (Livsmedelsverket 2011, s. 5). Statistik från 2012 visar att 81,4% helammade sina barn vid en veckas ålder men vid sex månaders ålder var motsvarande siffra 14,5% (Socialstyrelsen 2014, ss. 21, 24).

Samvårdens framväxt och dess betydelse för amning

I samband med industrialiseringen och sjukhusens framväxt under 1900-talets början blev det vanligt att mödrar födde sina barn på sjukhus istället för i hemmen. Sjukhusvården innebar ofta att nyfödda vårdades i ett annat rum än mödrarna, vilket bland annat ansågs gynna mödrarnas återhämtning eftersom de fick möjlighet att sova och vila ut (Socialstyrelsen 2014, s. 12; WHO 1998, s. 62). Övergången från hemförlossningar till sjukhusförlossningar medförde en minskad amningsfrekvens, som var som lägst i Sverige i början av 1970-talet. Under slutet av 1970-talet förändrades synen på amning, då dess sociala och medicinska värde lyftes fram, och vården av mor och barn på olika avdelningar började ifrågasättas (Socialstyrelsen 2014, s. 12). Forskning kring samvård efter förlossningen visade att kontinuerlig samvård innebar, till motsats för vad som tidigare hävdats, flera fördelar för både mor och barn. Det framkom att samvård var viktig för interaktionen mellan mor och barn, den underlättade amningens etablering och bidrog till en ökad amningslängd (Johnson 1976, s. 15; de Chateau, Holmberg, Jakobsen & Winberg 1977, s. 580). Att ha barnet hos sig även nattetid visade sig vara särskilt viktigt rent fysiologiskt när sekretionen av hormonet

som styr mjölkproduktionen är betydligt högre under natten (Sassin, Frantz, Weitzman & Kapen 1972, s. 1205).

1991 lanserade WHO och UNICEF 1991 en global aktion, bestående av tio steg för att främja och stödja amning. De sjukhus som anpassade sin verksamhet efter de tio stegen klassades som amningsvänliga sjukhus. I samband med detta började samvård av nyförlösta mödrar och deras barn tillämpas på flera svenska sjukhus, då samvård var ett av stegen. Begreppet samvård (eng. *rooming-in*) definieras som en vårdform där nyförlösta mödrar vårdas tillsammans med sitt barn i samma rum under dygnets alla timmar. Det kan ses som en av anledningarna till den ökade amningsfrekvens och amningslängd som ägde rum under 90-talet (WHO/UNICEF 1989, s. 20; Socialstyrelsen 2013a, s. 10).

Samvård och amning

Samvård på BB

Samvård tillämpas i dag i stor utsträckning efter förlossning samt under vårdtiden på BB. De två första timmarna efter förlossning, då barnet ligger hud-mot-hud hos modern, ses som mycket betydelsefulla för anknytningen mellan mor och barn, för mjölkproduktionen hos modern och barnets amningsbeteende (Bystrova, Ivanova, Edhborg, Matthiesen, Ransjö-Arvidsson, Mukhamedrakhimov, Ulvnäs-Moberg & Widström 2009, ss. 104-105; Mahmood, Jamal & Khan 2011, s. 604; Moore, Anderson, Bergman & Dowswell 2012, ss. 12-15). Att barnet söker efter bröstet, fattar tag och ammar snart efter förlossningen gör att modern fascinerar av barnet förmåga vilket stärker hennes självförtroende och bekräftar moderskapet (Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström 2010, s. 4). Fortsatt samvård under BB-tiden fortsätter denna för amningen gynnsamma process. Studier visar att samvårdade barn helammas i större utsträckning i samband med utskrivning från sjukhus efter förlossning och vid fyra månaders ålder än de barn som ej samvårdats (Jaafar, Lee & Ho 2012, s. 8).

Samvård efter kejsarsnitt och inom neonatalvård

I en studie undersöks upplevelser hos mödrar som utsatts för en intervention med kontinuerlig hud-mot-hud kontakt efter kejsarsnitt. I studien framkommer en bättre förlossnings- upplevelse i samband med hud-mot-hud kontakt, jämfört med mödrarnas tidigare upplevelse av kejsarsnitt med påföljande separation. Upplevelsen av samvård beskrivs som fridfull, bra, viktig, behaglig, positiv, underbar, trevlig och fantastisk. Mödrarna upplever en bättre kontakt med barnet vilket anses vara orsaken till den förbättrade upplevelsen. Att vara tillsammans med sitt barn direkt efter att barnets fötts känns naturligt och bekräftar för modern att det är hennes barn. Initieringen av amning upplevs även mycket enklare. Mödrarna känner sig mer avslappnade och lugna vilket även har en lugnande effekt på barnet. Barnet har lättare att ta tag om bröstet och eftersom barnet är vid bröstet kommer amningen igång mer naturligt (Moran-Peters, Zauderer, Goldman, Baierlein & Smith 2014, ss. 301-302).

En norsk studie, som jämför samvård och separerad vård inom neonatalvård, visar att de mödrar som samvårdas med sina barn har högre självförtroende i omhändertagandet av barnet samt bättre förståelse för barnets signaler och behov vid utskrivning från

sjukhuset. I den samvårdade gruppen ses även en signifikant högre amningsfrekvens och frekvens av helamning tre månader efter utskrivning (Wataker, Meberg & Nestaas 2012, s. 338).

Separerad vård och amning

När barnet har behov av neonatalvård

Ungefär 10 % av alla nyfödda barn i Sverige har behov av neonatalvård direkt efter födelsen och separeras därför från modern innan första amningen. Orsaken kan vara prematuritet, att barnet är sjukt eller har andra problem med anpassningen till livet utanför livmodern (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, s. 125; SNQ u.å, s. 1). Det finns skillnader i vården av barn som är extremt prematura och de som är fullgångna. Föreliggande studie är inriktad på mödrar till barn födda efter gestationsvecka 35 kommer endast amning, som berör de nästan fullgångna och fullgångna barn, tas upp.

När barn behöver vård på neonatalavdelning är det vanligt att mor och barn vårdas separerade under de första dagarna efter förlossning, då moder eftervårdas inom förlossning/BB-vård. Modern är välkommen att vara hos sitt barn på neonatalavdelningen så mycket hon vill och orkar. Föräldrar uppmuntras att vara delaktiga i omvårdnaden av sitt barn och även vara hud-mot-hud samt amma så fort det är möjligt. Om barnet är för svagt för att amma får mödrarna rådet att börja pumpa och tillmata barnet med bröstmjölken med hjälp av kopp eller ventrikelsond samtidigt som barnet ligger vid mammans bröst. När modern skrivs ut från förlossning/BB och barnet är i behov av fortsatt vård, får hon en plats på neonatalavdelningen eller alternativt hänvisas till patienthotell eller det egna hemmet (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, s. 31, 125-127; Wigert, Berg & Hellström 2010, s. 141).

När mödrar genomgår kejsarsnitt

Under de senaste åren har ca 17 % av alla kvinnor i Sverige förlöst med kejsarsnitt, varav ungefär hälften utgjorts av planerade kejsarsnitt (Socialstyrelsen 2012, s. 24). Rutinen på svenska sjukhus är att barnet läggs direkt efter utförskaffandet på moderns bröstorg. I de fall där barnet behöver tas om hand av barnläkare, för att göra eventuella upplivnings- eller andningsstödande åtgärder, sker en direkt separation av mor och barn (Hildingsson 2009, s. 353-354). Studier visar dock att många sjukhus, som arbetar efter "de tio stegen", separerar de nyfödda ifrån sina mödrar på operationsbordet en kort stund efter födelsen för rutin-interventioner så som vägning, mätning och temperaturkontroll (Elliott-Carter & Harper, 2012 s. 292; Moore et al., 2012, s. 2).

Flera studier visar att separation av mor och barn, i samband med kejsarsnitt, har en negativ inverkan på amning. Mödrar som förlöses med kejsarsnitt uppnår lägre nivåer av de amningsfrämjande hormonerna oxytocin och prolaktin jämfört med mödrar som förlöses vaginalt (Svensson 2011, s. 40-41). Både akuta och planerade kejsarsnitt är associerade med färre helammande vid utskrivning och kortare amningsduration jämfört med vaginal förlossning (Chien & Tai 2007 ss. 125-126; Zanardo, Svegliado, Cavallin, Giustardi, Cosmi, Litta & Trevisanuto 2010 ss. 277-278; Brown & Jordan 2013 ss. 833-834). Bland kejsarsnittade mödrar finns generellt sett en längre fördröjning då det gäller hud-mot-hud kontakt och första amning, jämfört med mödrar som förlöst vaginalt,

vilket inverkar hämmande på amningen. Fördröjningen har dessutom visat sig vara ännu längre på sjukhus som inte klassats som amningsvänliga än på amningsvänliga sjukhus (Moore et al. 2012, s. 14; Zanardo et al. 2010, ss. 277-278; Chien & Tai 2007 ss. 125-126; Rowe-Murray & Fisher 2002 ss. 126-127).

Mödrars upplevelse av amning vid samvård respektive separerad vård

Mödrar som samvårdats med sina barn upplever en större trygghet och tilltro till sin förmåga att ta hand om barnet än mödrar som separerats från sina barn (Widström, Wahlberg, Matthiesen, Eneroth, Uvnäs-Moberg & Werner 1990). Vid separerad vård påverkas moderns självförtroende vilket leder till känslor av otillräcklighet, skuld, att ej vara mor och att ej vara behövd. (Flacking et al. 2006 ss. 72-78; Hall 2005a, s. 182; Wigert et al. 2006, ss. 37-38). Mödrar som förlösts med kejsarsnitt upplever amning som mer stressande, de har mer amningsproblem och är mer ledsna än mödrar som förlösts vaginalt tre och nio månader efter förlossningen (Carlander, Edman, Christensson, Andolf & Wiklund 2010, ss. 30-31). I samband med separation efter kejsarsnitt beskriver mödrar att väntan upplevs som väldigt lång innan de får barnet till sig. Fördröjningen ger upphov till att barnet är stressat och skriker när det väl kommer till modern vilket omöjliggör amningsinitiering och påverkar anknytningen med barnet. De upplever att de får kämpa med amningen vilket de härleder till bristen på kontakt efter födelsen, en upplevelse som även framkommer bland mödrar i en liknande studie (Moran-Peters et al. 2014, ss. 301-302; McGrath & Phillips 2009 s. 43). Separationen upplevs även påverka amningsupplevelsen negativt då den innebär ett psykologiskt lidande. Mödrar uttrycker tydligt en angelägenhet att träffa sitt barn och känner oro när de får vänta eftersom de har en medvetenhet om fördelen med att påbörja amning tidigt (McFadden, Baker & Lavender 2009 s. 67).

Mödrar och spädbarn har ett fysiskt och känslomässigt behov att vara nära varandra (Crenshaw 2014, s.211). Forskning kring mödrars upplevelse av tidig separation i samband med att barnet inte mår väl visar att när mödrarna inte vet var barnet är eller vad som händer med det väcks oro, ångest och funderingar om de skall få se barnet levande igen. För vissa innebär separation från barnet hjälp och därmed liv och hopp, för andra är det kritiska tillståndet förknippat med hopplöshet, förlust, handikapp eller död (Hall 2005a, s. 182; Hall 2005b, s. 93; Wigert, Johansson, Berg & Hellström 2006, ss. 37-38). Rädslan att förlora barnet leder till att en del mödrar drar sig undan och undviker att knyta an till barnet (Flacking, Ewald, Hedberg Nyqvist & Starrin 2006, ss. 72-78) samtidigt som en del oroar sig för hur separationen skall påverka deras anknytning och relation med barnet. Frågor om vad den fördröjda amningsstarten innebär förekommer också hos dessa mödrar (Hall 2005a, s. 182; Wigert et al. 2006, s. 38).

Svenska studier visar att mödrar, som vårdas separerade från sina barn, upplever de långa avstånden mellan avdelningarna som ett problem som minskar föräldranärvaron hos barnet och försvårar amningsstarten (Hedberg Nyqvist, Sjödén & Ewald 1994, ss. 239-240; Wigert, Berg & Hellström 2010 ss. 141-144). Trängsel, distraktion och brist på avskildhet upplevs som hinder i vårdmiljön som stör interaktionen mellan mor och barn när mödrar besöker sitt barn på neonatalavdelning för att amma (Alves, Rodrigues, Fraga, Barros & Silva 2013, ss. 512-513; Hall & Brinchmann 2009, ss. 131-133; Hedberg Nyqvist, Sjödén & Ewald 1994, ss. 239-240; Flacking et al. 2006 ss. 72-78).

Samvård gynnar moderns anknytning till barnet och modern har lättare att identifiera barnets behov och svara på dessa (Dumas, Lepage, Bystrova, Matthiesen, Welles-Neystrom & Widstrom 2013, s. 322-323; Crenshaw 2007, s. 40).

Tillit till sin förmåga att amma – teoretisk bakgrund

I kulturer och samhällen där amning är det enda uppfödningsoptionen är nyblivna mödrars tilltro till den egna kroppens förmåga att möta barnets behov ofta självklar (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, s. 33). I det svenska samhället finns nyblivna mödrar som saknar denna tilltro. De upplever tvivel gentemot sin kropp och osäkerhet över sin förmåga att producera tillräckligt med mjölk samt att tolka och svara på sitt barns signaler (Palmér et al. 2010, ss. 3-5).

Begreppet tillit till sin förmåga att amma (eng. *Breastfeeding Self-Efficacy*) utgår från Banduras inlärningsteori "*The Cognitive/Behavioral model of Self-Efficacy Theory*" (Bandura 1977 s. 139). Enligt teorin är Self-Efficacy en dynamisk kognitiv process i vilken individen skattar sin förmåga att prestera i en särskild beteendeförändring eller en särskild uppgift, och där värderingen påverkar personens val och envishet avseende uppgiften. Skattningen av sin tillit till sin förmåga är viktigt för att kunna förutse vilka som kommer att lyckas med en uppgift och vilka som behöver extra stöd för att lyckas (Bandura 1977, ss. 152-155, 157-158).

I litteraturen beskrivs självförtroende (eng. *confidence*) och tillit till egen förmåga (eng. *self-efficacy*) i relation till hur den nyblivna modern ser på sin förmåga att amma och att lyckas med amning. Begreppen bedöms vara synonyma med tillit till sin förmåga att amma, vilket är det begrepp som används här. Mödrars tillit till sin förmåga att amma är mest signifikant av fem variabler som påverkar amningslängden och längden av helamning (O'Campo, Faden, Gielen & Wang 1992, s. 199; Loke & Chan 2013, s. 678). Studier visar att mödrar med låg eller avsaknad tillit till sin amningsförmåga, har högre risk att sluta amma tidigt än de som har hög tillit (O'Campo et al. 1992, s. 199; Ertem, Votto & Leventhal 2001, s. 545).

Utifrån Banduras teori härstammar även självskattningsinstrumentet *Breastfeeding Self-Efficacy Short Form* (BSES-SF) som är validerat och ett värdefullt instrument för att målinrikta amningsstöd inom vården efter förlossning (Dennis 2003, ss. 737-741; Dennis 2006, ss. 262-264). Skalan är översatt till flera språk, däribland svenska (Gerhardsson, Hedberg Nyqvist, Mattsson, Volgsten, Hildingsson, & Funkquist 2014, ss. 342-343). BSES-SF är en skala som kan förutse om en nybliven mor löper risk att sluta amma tidigare än hon avsett. Detta är möjligt då skalan förutser om enskilda mödrar väljer att amma eller ej, hur mycket ansträngning de vill lägga ner, om de kommer att ha självförstärkande eller självförgörande tankemönster och hur de kommer reagera känslomässigt på amningssvårigheter (Dennis & Faux 1999, s. 405). Vilken tillit man känner till sin förmåga påverkas av fyra olika amningsspecifika kunskapsbaser: tidigare prestation (t.ex. erfarenhet av lyckad/misslyckad amning), ställföreträdande erfarenhet (t.ex. att man sett andra mödrar amma), muntlig övertygelse (uppmuntran från vänner och familj eller amningsstödjande personal) samt psykologiska faktorer (ex. trötthet, stress och oro/ångest). Andra faktorer som har visat sig påverka mödrars tillit till sin förmåga att amma positivt är ålder, utbildningsnivå, paritet och stöd. En positiv förlossningsupplevelse, samvård och att amningen når den

framgång man förväntat ökar moderns tillit till sin förmåga att amma (Dennis & Faux 1999, s. 406; Dennis 2006, ss. 262-264; Greenberg, Rosenberg & Lind 1973, s. 785).

I barnmorskans yrkeskompetens inom sexuell och reproduktiv hälsa ingår förmågan att identifiera och bedöma eventuella amningskomplikationer. Barnmorskan kan utifrån kvinnans kunskaper om amning och eventuella tidigare amningserfarenheter, i dialog med kvinnan ge råd och stöd för att möjliggöra en så positiv amningsupplevelse som möjligt (Socialstyrelsen 2006, s. 12-14).

PROBLEMFORMULERING

Lyckad amning innebär flera hälsovinster för både mor och barn, framför allt ur ett långsiktigt perspektiv. Jämfört med andra västerländska länder så har Sverige en hög andel mödrar som påbörjar amning, andelen har dock minskat något under de senaste åren. De nationella rekommendationerna är att helamma sitt barn under de sex första månaderna men 2012 var det endast 14,5% som helammade sitt barn vid 6 månaders ålder. Denna utveckling är en utmaning för barnmorskan som i sin kompetens skall ha förmåga att tillämpa kunskaper om amning och amningskomplikationer samt ge råd och stöd för att främja en god amningsutveckling.

Samvård praktiseras i stor utsträckning direkt efter förlossning samt under eftervården av mor och barn. Det förekommer dock situationer då samvård inte är möjligt utan en separation av mor och barn sker i samband med förlossning, med påföljande separerad vård under kortare eller längre tid. Mödrar som separeras från sina barn efter förlossning har visat sig ha lägre amningsfrekvens och amningsduration än mödrar som samvårdas med sina barn. När det gäller bra amningsutveckling och amningslängd visar flera studier att moderns tillit till sin förmåga att amma är en betydelsefull faktor. Därmed är det av ytterligare intresse att undersöka om moderns tillit till sin förmåga att amma påverkas då mor och barn vårdas separerade efter förlossning, vilket ej berörts i tidigare forskning.

SYFTE

Syftet var att jämföra nyblivna mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas tillsammans respektive separerade efter förlossningen.

METOD

Ansats

För att svara på studiens syfte har en kvantitativ ansats med epidemiologisk design valts med jämförande och förklarande statistik enligt Dahmström (2011, s. 17-19). Kvantitativ ansats ansågs mest lämplig då företeelser och samband ämnade att klarlägga genom systematiskt inhämtad information (Polit & Beck 2013, s. 8). Undersökandet av om det finns eventuella samband mellan separation och moderns tillit till sin förmåga att amma möjliggörs av jämförande epidemiologiska mätningar som syftar till att finna eventuella samband mellan riskfaktorer och ohälsa (Segersten 2006, s. 97; Dahmström 2011, s. 404). Den kvantitativa ansatsen visar sig i föreliggande studie genom att en svensk validerad översättning av mätinstrumentet BSES-SF användes vid

enkätundersökning. Enkätundersökning genomfördes i två grupper bestående av mödrar som kontinuerligt samvårdats respektive vårdats separerade från sitt barn efter förlossningen. Studien genomfördes i mindre skala eftersom en mer omfattande studie inte är möjligt inom ramen för magisteruppsats.

Urval

Utifrån ett konsekutivt urval delades 60 enkäter ut på fyra förlossningssjukhus i västra Sverige, med möjlighet till BB- och neonatalvård, mellan mars och september 2014. De fyra sjukhusen som deltog i studien hade år 2012 mellan ca 2400 och 10300 förlossningar per år och alla sjukhusen klassades som amningsvänliga sjukhus vid tidpunkten för studien (Socialstyrelsen 2013, ss. 90-91). Totalt åtta enheter, varav fyra BB-enheter och fyra neonatalavdelningar, tillfrågades om deltagande i studien. En BB-enhet avböjde på grund av hög arbetsbelastning och en neonatalenhet på grund av att de hade en pågående studie. Således deltog tre BB-enheter och tre Neonatalavdelningar i studien. Neonatalavdelningar med inriktning på prematur intensivvård exkluderades.

På ett av sjukhuset informerades personalen på BB och neonatalavdelningen muntligt om studien och gällande kriterier i samband med ett avdelningsmöte. På de tre övriga sjukhusen gavs direkt information till berörda avdelningschefer som i sin tur informerade personalen om studien och gällande kriterier. En av avdelningscheferna valde dock ut en ansvarig ur personalgruppen som fick direkt information via telefon och som därefter ansvarade för att information gavs till kollegor som skulle hjälpa till att dela ut enkäter. För att öka studieresultatets generaliserbarhet var kravet att enkäterna skulle delas ut till individer som uppfyllde inklusionskriterierna (Ejlertsson 2014, s. 108). För att säkerställa detta erhöll personalen kompletterande skriftlig information om inklusionskriterierna samt att de innan utdelning av enkät kontrollerade att samtliga kriterier var uppfyllda.

Inklusionskriterierna var att mödrarna skulle behärska det svenska språket och att mor och barn samvårdats respektive vårdats separerade efter förlossning. Definitionen av kontinuerlig samvård är att mor och barn vårdas tillsammans hud-mot-hud direkt efter förlossningen med påföljande samvård i samma vårdrum under dygnets alla timmar under eftervården på BB. Definitionen av separerad vård är att mor och barn skiljs åt i snar anslutning efter förlossningen, innan första amningstillfället och därefter vårdas åtskilda på olika avdelningar under kortare eller längre tid. Eftersom enkätfrågorna ej ansågs rimliga vid lägre ålder än ett dygn och när barn var i behov av mer än en veckas sjukhusvård skulle enkäterna delas ut när barnet var mellan ett dygn och en vecka gammalt. Då graden av prematuritet eller/och nedsatt hälsa hos barnet kunde antas påverka den initiala amningsutvecklingen valdes dessutom ytterligare två inklusionskriterier i syfte att utesluta dessa faktorer påverkan på moderns tillit till sin förmåga att amma. Barnet skulle enligt inklusionskriterierna vara fött efter graviditetsvecka 35 och ha apgar \geq sju vid fem minuters ålder.

Ett konsekutivt urval innebar att efter ett bestämt startdatum tillsåg personalen att samtliga mödrar som uppfyllde inklusionskriterierna, informerades och tillfrågades om deltagande i studien (Olsson & Sörensen 2011, s. 115). De som visade intresse informerades även skriftligt om studien och dess syfte samt olika aspekter av deltagande. De som önskade delta fick skriva under ett samtyckesformulär och fyllde

därefter i frågeformuläret. Mödrar instruerades att returnera ifyllda frågeformulär till personalen i slutna kuvert. Det konsekutiva urvalet pågick tills önskat antal ifyllda enkäter var uppnått. Urvalsmetoden förväntades resultera i en slumpmässig spridning av deltagare i studien. Totalt 60 nyblivna mödrar besvarade enkäten. Mödrarna var mellan 22 och 40 år, samtliga var sammanboende med barnafadern. Av mödrarna hade 23 en högre utbildningsnivå och 36 en lägre utbildningsnivå. Både förstföderskor och omföderskor deltog i båda grupper i studien och bland omföderskorna förekom både positiv, negativ och neutral tidigare amningsupplevelse. Se vidare Tabell 1.

Datainsamling

En validerad svensk översättningen av mätinstrumentet BSES-SF, har använts genom enkätundersökning, då denna mäter moderns tillit till sin egen förmåga att amma. Mätinstrumentet BSES-SF utgörs av 14 påståenden som inleds med en positiv ansats "*Jag kan alltid...*" som mödrar besvarar utifrån en femgradig Lickertskala där 1=litar inte alls på min förmåga och 5=litar helt på min förmåga. Poängen summeras för att producera ett intervall från 14 till 70, där de högre nivåerna indikerar högre tillit till förmågan att amma (Gerhardsson et al. 2014 ss. 340-345). I studien används BSES-SF för att utvärdera hur mödrarnas tillit till sin egen förmåga att amma sina barn påverkas av kontinuerlig samvård respektive separation och separerad vård. Frågeformuläret innehöll även en första sida med frågor om mor och barn för att populationens egenskaper skulle kunna beskrivas och eventuella störande variabler skulle kunna identifieras.

Sammanlagt 30 enkäter delades ut på BB-enheterna för att få in data gällande tilliten hos mödrar som samvårdats med sina barn efter förlossning. För att få in data gällande tilliten hos de mödrar som i den initiala fasen separerats från sitt barn delades 15 enkäter ut till mödrar på neonatala enheter och 15 enkäter till mödrar på BB som genomgått kejsarsnitt.

Dataanalys

Inhämtad data analyserades med IBM SPSS Statistics version 22.0. Data från enkäten registrerades i analysprogrammet SPSS i två steg för att eliminera eventuella inmatningsfel. Vid första steget skrevs data in och vid andra steget kontrollerades att inmatad data var korrekt. Därefter kontrollerades kategoriska och kontinuerliga variabler med hjälp av felsökande procedurer i SPSS. Felaktigheter som återfanns i datafilen korrigerades (Pallant 2013, ss. 44-51). Beskrivande statistik användes för beskrivning av den undersökta populationens egenskaper vilka framkommit i enkätens första del. Medelvärde och spridningsmått beräknades för de kontinuerliga variablerna respektive fördelning för de kategoriserade variablerna (Ejlertsson 2012 ss. 87-102). Demografiska data jämfördes även mellan grupperna, med independent t-test och Chi-2 test, för att försäkra att inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna (Ejlertsson 2012, ss. 139-149, ss. 195-204; Pallant 2013, ss. 225-228, ss. 247-252). För att möjliggöra jämförelser mellan grupperna utfördes även dikotomisering av några variabler, vilket innebär att variabelvärden förts samman så att det istället bildat två grupper (Dahmström 2011, s. 249). För andra variabler lades värdena istället samman till tre eller fyra grupper utifrån variabelns egenskaper och värdenas spridning, för en tydligare presentation av resultatet.

För att besvara syftet valdes jämförande statistik då den möjliggör undersökning om moderns tillit till förmågan att amma påverkas av samvård respektive separerad vård (Dahmström 2011, s. 17). För jämförelse av de två gruppernas poäng på BSES-SF användes ett icke parametriskt test eftersom variabeln inte är normalfördelad (Ejlertsson 2012, s. 176). För små stickprov väljs med fördel Mann-Whitneys U-test, för att undersöka skillnaderna mellan grupperna vid en kontinuerlig skala (Pallant 2013, s. 235). För att kunna konstatera en skillnad i grupperna bestämdes först en mothypotes så som vid hypotesprövning. Mothypotesen innebar att skillnad fanns mellan grupperna samvård och separerad vård. En signifikanstestning utfördes där signifikansnivå sattes till ett p-värde på $<0,05$ (Ejlertsson 2012, s. 177).

En beräkning av den totala poängen på BSES-SF för vardera enkät genomfördes. I båda grupperna har studiedeltagares summa mellan 14-70 på BSES-SF, rangordnats i följd efter varandra från de lägsta till det högsta. Rangsummorna, dvs summan av rangtalen, och medel-rang, dvs medelvärdet av rangtalen, beräknas därefter för vardera grupp. Utifrån beräkningen kan eventuell skillnad mellan grupperna konstateras (Ejlertsson 2012, s. 177). För en tydligare presentation av resultatet beräknades även en median av summorna på BSES-SF för vardera grupp samt medelvärde och standardavvikelse. För att få reda på hur mödrars tillit till sin förmåga att amma påverkas vid separerad vård av mor och barn, utfördes även en jämförelse mellan grupperna med ett Mann Whitney U test på svaren på vardera fråga på BSES-SF. Påföljande beräkning av median, medelvärde och standardavvikelse på vardera fråga, för samvård respektive separerad vård, utfördes. Vardera fråga kunde anta värdet 1-5 enligt svarsalternativ på Lickertskalan. Vidare utformades ett spridningsdiagram, för att ta reda om någon samvariation kunde ses mellan tidslängden som mor och barn vårdats separerade och moderns tillit till sin förmåga att amma utifrån totalpoängen på BSES-SF skalan (Pallant 2013, ss. 134-140).

På sex enskilda enkäter hade enstaka frågor på BSES-SF skalan lämnats obesvarade, två av dem i samvårdsgruppen samt fyra i gruppen med separerad vård. Enkäter där samtliga frågor ej besvarats exkluderades i de analyser där det interna bortfallet krävdes för analysen.

I samband med inmatning av data i SPSS noterades att omföderskor med en tidigare positiv amningsupplevelse verkade ha en högre tillit till sin förmåga att amma än de som hade negativ eller neutral tidigare amningsupplevelse. För att testa om denna hypotes stämde utfördes efter dikotomisering vidare beräkningar. Mann Whitney U Test utfördes för att jämföra grupperna *Tidigare positiv amningsupplevelse* med *Ej tidigare positiv amningsupplevelse* på såväl totalsumman på BSES-SF som på respektive fråga. Median, medelvärde och standaravvikelse beräknades på samma sätt som vid den dataanalys som utfördes för att svara på syftet. Genom att gruppera resultatet utifrån tidigare amningsupplevelse utfördes även jämförelser med Mann Whitney U test mellan samvård och separerad vård utifrån tidigare amningsupplevelse. Resultatet från dessa beräkningar ses som ett bifynd och svarar ej på studiens syfte.

Etiska överväganden

Etikprövning krävdes ej för genomförande av en studie på magisternivå. Tillstånd söktes från verksamhetsansvarig chef för respektive enhet. Informationsbrev till

verksamhetschef för godkännande (Bilaga 1) och informationsbrev (Bilaga 2) samt samtyckesformulär (Bilaga 3) till deltagare utformades utifrån de uttryckta kraven i dokumentet Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet u.å, ss. 1-17) samt Helsingfors- deklARATIONEN (WMA General Assembly 2013, ss. 1-8). Betoningen låg på att deltagande i studien var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens gång. Deltagande skedde utifrån ett välinformerat samtycke. Alla personuppgifter hanterades konfidentiellt i enlighet med Personuppgiftslagen och Personuppgiftsförordningen (Justitiedepartementet 1998a; Justitiedepartementet 1998b). Materialet avidentifierades efter insamlandet och kunde ej under vare sig analysprocessen eller i samband med presentation av data kopplas till person. Uppgifterna som lämnades i samband med datainsamlingen har enbart hanterats av författarna.

Enligt HelsingforsdeklARATIONEN (WMA General Assembly 2013, ss. 1-2) skall deltagarnas hälsa komma i första hand vid genomförande av humanvetenskaplig forskning. Studiens genomförande kunde innebära att mor-barn par med behov av extra amningsstöd identifierades. Önskvärt hade varit att alla mödrar som identifierats garanterats möjlighet till extra amningsstöd i enlighet med HelsingforsdeklARATIONEN. Tyvärr var det inte möjligt att genomföra eftersom varken ekonomiska resurser eller tid fanns att tillgå för ändamålet.

RESULTAT

Demografisk data

Egenskaper hos de undersökta populationerna i respektive grupp presenteras i Tabell 1 som demografisk data. Demografiska data jämförs mellan grupperna och ett framräknat *p*-värde, som anger om det finns en signifikant skillnad mellan grupperna, presenteras i Tabell 1. Resultatet visar att ingen signifikant skillnad mellan grupperna finns vad gäller mors ålder, civilstånd, utbildningsnivå, paritet eller tidigare amningserfarenhet. Däremot ses en signifikant skillnad avseende förlossningssätt och barnets ålder vid ifyllande av enkäten.

Tabell 1 Redovisning av demografisk data i grupperna samvård respektive separerad vård.

Demografisk data	Jämförelsegrupp (n=30) Samvård	Experimentgrupp (n=30) Separerad vård	Samvård vs. Separerad vård <i>p</i> - värde
Mors ålder(År) Medelvärde, SD	(n=27) 30,53 ± 3,99	(n=30) 29,07 ± 4,45	0,365
≤ 29	16	14	0,493
≥ 30	11	16	
Civilstånd Sammanboende	(n=29) 29	(n=30) 30	1,00
Utb. Nivå Gymnasium/likvärdig	(n=29) 15	(n=30) 21	0,241
Högskola/universitet	14	9	

Paritet			
Förstföderska	18 (n=29)	15 (n=29)	0,596
Omföderska	11	14	
Tidigare ammat antal barn			
0			0,603
1	18 (n=29)	14 (n=28)	
≥2	7	10	
	4	4	
Tidigare ammat längd (månader)			
0			0,196
,01-3	18 (n=29)	14 (n=28)	
3,01-6	3	2	
≥6,01	0	4	
	8	8	
Tidigare amningsupplevelse			
Med tidigare positiv amningsupplevelse	8 (n=11)	9 (n=15)	0,500
Ej tidigare positiv amningsupplevelse	3	6	
Förlossningssätt			
Vaginal	28 (n=28)	13 (n=30)	0,000
Sectio	0	17	
Barnets ålder vid ifyllande av enkät(timmar)			
Medelvärde, SD	67,00 ± 36,10 (n=29)	88,07 ± 50,41 (n=29)	0,013
≤ 48	13	11	0,112
49-70	4	1	
71-106	9	7	
≥ 107	3	10	

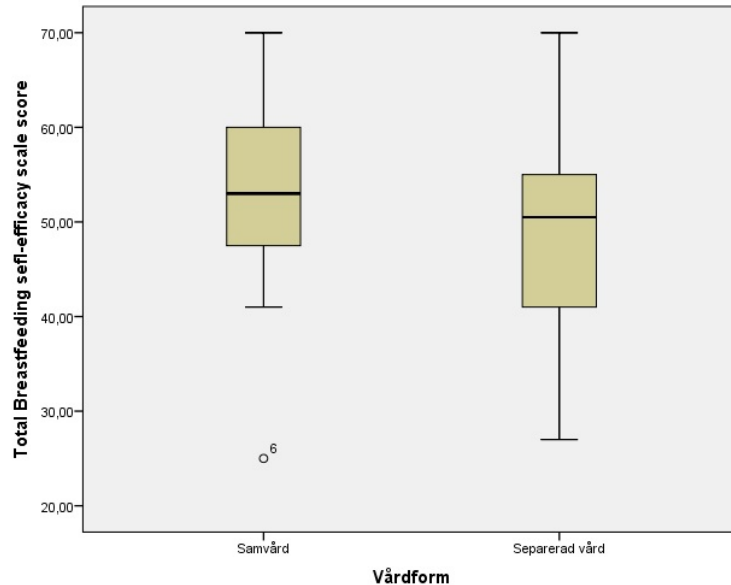
Mödrars tillit till sin förmåga att amma - samvård och separerad vård

En numerisk skillnad kan ses mellan medianerna för sammanlagd poäng på BSES-SF hos nyblivna mödrar som samvårdats med sina barn efter födelsen (Median=53, n=28) och mödrar som vårdas separerade från sina barn efter födelsen (Median=50,5 n=26). Med Mann-Whitney U Test visas att skillnaden mellan totalpoängen för BSES-SF för samvård respektive separerad vård ej kan påvisas som signifikant (p -värde=0,109) med en signifikansnivå på <0,05, se Tabell 2.

Tabell 2 Jämförelse av totalpoäng för BSES-SF mellan grupperna samt framräknat p-värde enligt Mann-Whitney U Test

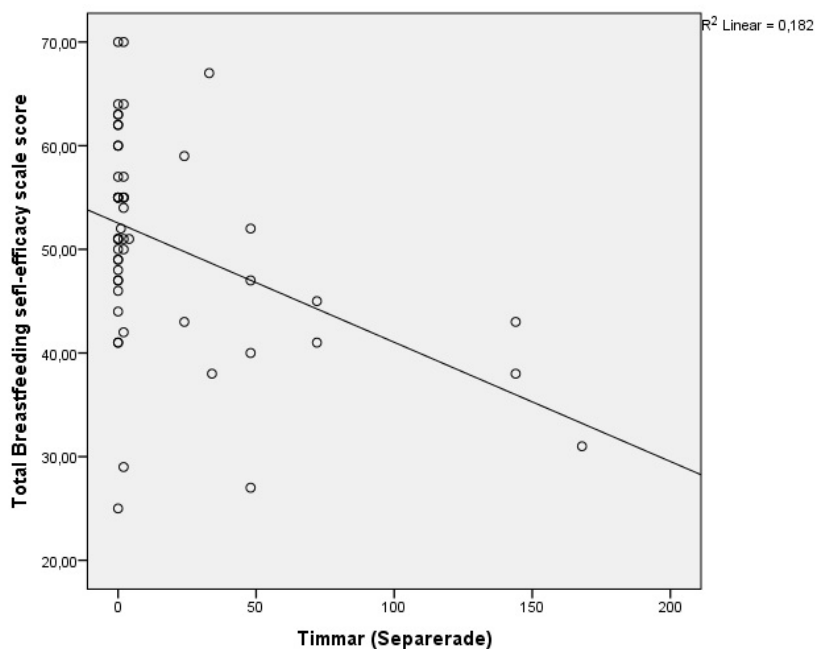
Vårdform	n	Medelvärde, SD	Median	Medel-rang	Rangsumma	Samvård vs. separerad vård p-värde
Samvård	28	52,86 ± 9,21	53,0	30,80	862,5	0,109
Separerad vård	26	48,31 ± 11,02	50,5	23,94	622,5	
Total	54	50,67 ± 10,28	51,0			

I Figur 1 ses att spridningen av totalsummorna för BSES-SF bland mödrarna som separerats från sina barn efter förlossningen sträcker sig något lägre än i samvårdsgruppen med en viss övervikt nedom medianen. I samvårdsgruppen ses motsatt övervikt ovan medianen.



Figur 1 Spridning av och median för totalpoäng BSES-SF för grupperna samvård respektive separerad vård.

Totalpoängen på BSES-SF är något högre hos mödrar som samvårdats med sina barn efter förlossningen eller enbart separerats under kort tid. Sjunkande totalvärde på BSES-SF kan ses vid ökad separationstid, se Figur 2. Det linjära sambandet är dock mycket svagt.



Figur 2 Relation mellan antalet timmar med separerad vård och totalpoäng på BSES-SF (n = 53).

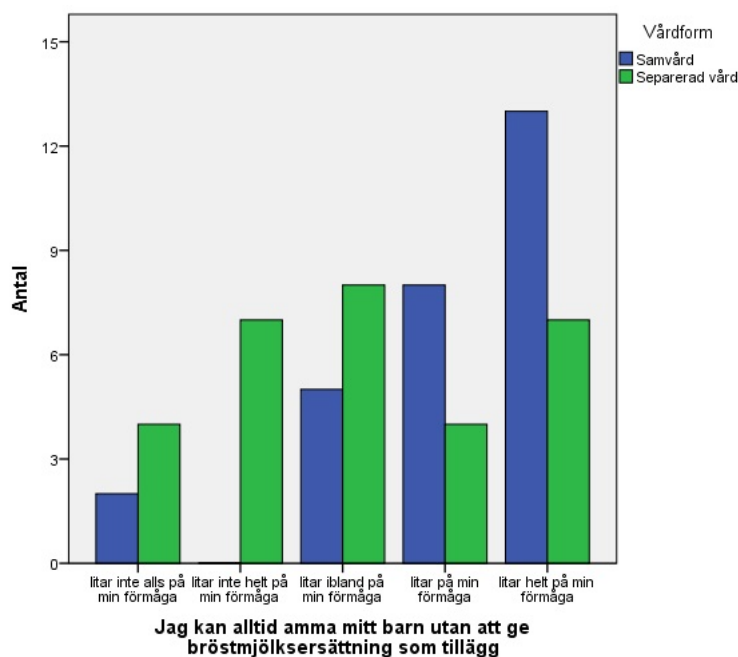
Då svaren på varje enskild fråga på BSES-SF skalan jämförs mellan mödrar som samvårdats respektive vårdats separerade från sina barn efter förlossningen framkommer en signifikant skillnad på tre frågor. På de tre frågorna skattar mödrar i samvårdsgruppen en signifikant högre tillit till sin förmåga att amma, än vad mödrarna som vårdats separerade från sina barn gör. Dessa tre frågor berör moderns upplevda förmåga att amma utan att ge bröstmjölk ersättning som tillägg (p -värde=0,006), moderns upplevda förmåga att komma fram till att hon vill fortsätta amma (p -värde=0,022) och moderns upplevda förmåga att avgöra när barnet ammat klart (p -värde=0,030). På övriga frågor hamnar samvårdsgruppen genomgående på högre värden vid rangsummetestet, undantaget fråga 8 som berör moderns bekvämlighet att amma inför andra familjemedlemmar. Skillnaderna kan dock ej bevisas som signifikanta med en signifikansnivå på $<0,05$, se Tabell 3.

Tabell 3 Jämförelse av varje enskild fråga på BSES-SF utförd med Mann-Whitney U Test mellan samvård och separerad vård.

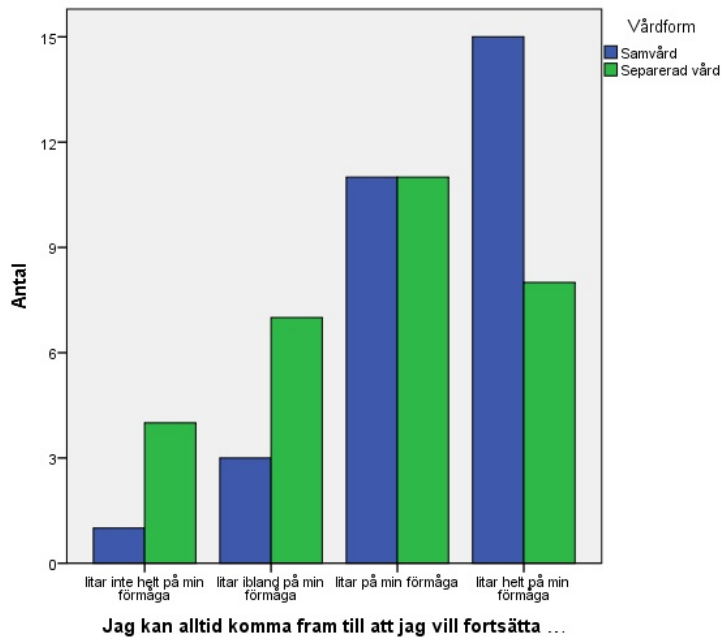
Enkätfråga	Vårdform	n	Medelvärde, SD	Median	Medelrang	Rangsumma	Samvård vs. separerad vård p -värde
1. Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk.	Samvård	30	3,30 ± 0,92	3,00	33,50	1005,0	0,165
	Separerad vård	30	2,90 ± 1,16	3,00	27,50	825,0	
2. Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar.	Samvård	30	3,33 ± 1,24	3,50	30,63	919,0	0,765
	Separerad vård	29	3,28 ± 1,16	3,00	29,34	851,0	
3. Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölk ersättning som tillägg	Samvård	28	4,07 ± 1,15	4,00	35,63	997,5	0,006
	Separerad vård	30	3,10 ± 1,37	3,00	23,78	713,5	
4. Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen.	Samvård	30	3,50 ± 1,11	4,00	30,52	915,5	0,994
	Separerad vård	30	3,53 ± 1,01	4,00	30,48	914,5	
5. Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt.	Samvård	30	3,63 ± 0,10	4,00	33,58	1007,5	0,089
	Separerad vård	29	3,21 ± 1,05	3,00	26,29	762,5	
6. Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter	Samvård	30	3,53 ± 1,22	4,00	32,78	983,5	0,292
	Separerad vård	30	3,23 ± 1,17	3,00	28,22	846,5	
7. Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma.	Samvård	30	4,33 ± 0,80	4,50	35,37	1061,0	0,022
	Separerad vård	30	3,77 ± 1,01	4,00	25,63	769,0	
8. Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande.	Samvård	30	3,97 ± 1,22	4,00	28,50	855,0	0,335
	Separerad vård	30	4,27 ± 1,05	5,00	32,50	975,0	
9. Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse	Samvård	30	3,63 ± 0,93	4,00	32,95	988,5	0,253
	Separerad vård	30	3,33 ± 0,99	3,00	28,05	841,5	
10. Jag kan alltid hantera det	Samvård	30	4,20 ± 0,85	4,00	34,33	1030,0	

faktum att amning kan ta mycket tid	Separerad vård	30	3,80 ± 0,89	4,00	26,67	800,0	0,072
11.Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst	Samvård	30	3,87 ± 0,94	4,00	32,57	977,0	0,340
	Separerad vård	30	3,53 ± 1,20	4,00	28,43	853,0	
12.Jag kan alltid fortsätta amma mitt barn vid varje amningstillfälle	Samvård	30	3,87 ± 0,86	4,00	31,38	941,5	0,359
	Separerad vård	28	3,54 ± 1,20	4,00	27,48	769,5	
13.Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov	Samvård	30	3,57 ± 1,07	3,50	31,15	934,5	0,765
	Separerad vård	30	3,42 ± 1,33	3,00	29,85	895,5	
14.Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart	Samvård	30	3,70 ± 0,92	4,00	35,20	1056,0	0,030
	Separerad vård	30	3,03 ± 1,13	3,00	25,80	774,0	

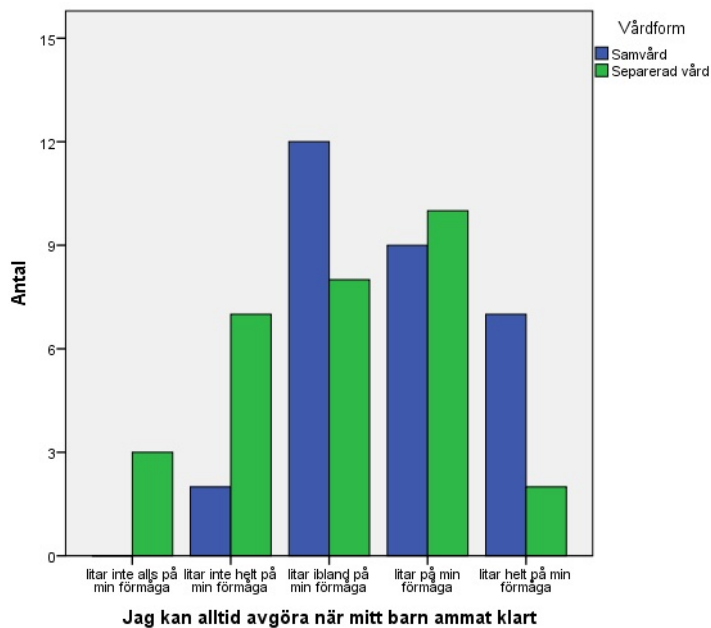
Vid jämförelse av samvård respektive separerad vård av mor och barn efter förlossning framkommer signifikant skillnad på tre frågor på BSES-SF. Fördelningen av svaren på dessa tre frågor presenteras i Figur 3-5.



Figur 3 Fördelning av enkätsvar på fråga 3, där signifikant skillnad sågs mellan grupperna samvård respektive separerad vård ($p = 0,006$).



Figur 4 Fördelning av enkätsvar på fråga 7, där signifikant skillnad sågs mellan grupperna samvård respektive separerad vård ($p = 0,022$).



Figur 5 Fördelning av enkätsvar på fråga 14, där signifikant skillnad sågs mellan grupperna samvård respektive separerad vård ($p = 0,030$).

Sammanfattningsvis visar resultatet på en numerisk skillnad mellan de som vårdats tillsammans och de som separerats från sitt barn efter förlossning, avseende mödrars tillit till sin förmåga att amma. Mödrar som separerats från sina barn skattar en lägre tilltro till sin förmåga att amma än mödrar som samvårdats med sina barn. Skillnaden är dock ej signifikant. Däremot finns en signifikant skillnad mellan de två grupperna då det gäller tre enskilda enkätfrågor; Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg, Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma, Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart. I undersökningen framkommer

ett svagt samband mellan den tid som mor och barn varit separerade och det totala värdet på BSES-SF. Ju längre separationstid desto lägre värde på BSES-SF.

Tidigare amningsupplevelses inverkan på mödrars tillit till sin förmåga att amma - Ett bifynd

Då mödrars tillit till sin förmåga att amma jämförs mellan omfödernor som har en tidigare positiv amningsupplevelse (median=55,0, n=15) och de som ej har en tidigare positiv amningsupplevelse (median=51,0, n=9) framkommer en skillnad (p -värde=0,048) som är signifikant på en signifikansnivå på $<0,05$. Vid jämförelse av mödrarnas skattning på respektive fråga ses en genomgående högre skattning hos mödrar med tidigare positiv amningsupplevelse än hos mödrar utan tidigare positiv amningsupplevelse, där skillnaden är signifikant på fem av frågorna. De frågorna är: Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk (p -värde=0,045); Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar (p -värde=0,029); Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma (p -värde=0,037); Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov (p -värde=0,040); Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart (p -värde=0,049).

Vid vidare jämförelse av tilliten till den egna förmågan att amma hos mödrar med tidigare positiv amningsupplevelse som samvårdats (median=57,5 n=8) med sitt barn respektive vårdats separerad (median=52,0 n=7) från sitt barn efter förlossningen, framkommer ingen signifikant skillnad (p -värde=0,642). Vid motsvarande jämförelse av mödrar som ej har en tidigare positiv amningsupplevelse som samvårdats (median=46,0 n=3) respektive vårdats separerade (median=53,0 n=6) ses ingen signifikant skillnad (p -värde=0,294). Signifikanta skillnader saknas också vid jämförelse av respektive fråga på BSES-SF i de båda fallen. Resultaten bör dock ses med försiktighet, då antalet enkäter som ingick i analyserna anses vara för få för att erhålla ett tillförlitligt p -värde. Vid vidare intresse av bifyndets resultat kan kontakt tas med författarna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att jämföra nyblivna mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas tillsammans respektive separerade efter förlossningen, vilket gjorts genom en jämförande undersökning. I resultatet framkom skillnader mellan grupperna, dock ej signifikanta. Eftersom studien utfördes i mindre skala kan det begränsade antalet enkäter, som ingår i resultatet, medverka till att framräknad signifikans är påverkad av ett snedvridet urval. Om ett större stickprov av den totala populationen ingått i studien är det möjligt att resultatet varit annorlunda (Borg & Westerlund 2012, s.23).

Även om syftet i undersökningen var att skapa en jämförelsegrupp som var så lik experimentgruppen som möjligt, gick det inte att säkerställa att påverkan av eventuella störande variabler (eng. *confounding factors*) ej ägt rum. Samtidigt är det känt att epidemiologiska studier ofta är förenade med svårigheter att identifiera och utesluta eventuella störande variabler (Dahmström 2011, ss.18-20). Moderns ålder,

utbildningsnivå, civilstånd, tidigare amningsupplevelse och amningserfarenhet är faktorer som har visat sig ha inverkan på det totala BSES-SF-värdet och amningslängden (Dennis 2002, s. 15; Tokat, Okumus & Dennis 2010, s. 105). Avseende nämnda bakgrundsfaktorer kunde ingen signifikant skillnad mellan grupperna ses. Det stärker den interna validiteten eftersom det talar för att ingen av dessa bakgrundsvariabler inneburit några störande variabler. Signifikant skillnad kunde dock ses mellan grupperna med avseende barnets ålder vid ifyllande av enkät. Detta förklaras av att mödrar som separerats från sina barn ofta har en längre vårdtid antingen pga. eftervården kring kejsarsnitt eller då barnet är i behov av neonatalvård. En signifikant skillnad kunde också ses mellan grupperna med avseende på förlossningssätt, vilket beror på valda inklusionskriterier. Endast vaginalförlösta kvinnor inkluderades i samvårdsgruppen, eftersom de ej separerats från sina barn. Här måste hänsyn tas till att mödrar som genomgått kejsarsnitt upplever att den postoperativa smärtan i stor utsträckning vilket påverkar deras förmåga att amma (Karlström, Engström-Olofsson, Norbergh, Sjöling & Hildingsson 2007, s. 434). De har även sämre frisättning av viktiga amningshormoner som i förlängningen bevisats påverka amningen jämfört med vaginalförlösta mödrar (Nissen, Uvnäs-Moberg, Svensson, Stock, Widström, & Winberg 1996, ss. 107-111). Att skillnaderna mellan grupperna, avseende barnets ålder vid ifyllande av enkät samt förlossningssätt, påverkat resultatet går därför ej att utesluta.

Två av inklusionskriterierna ändrades initialt för att möjliggöra studiens genomförande inom rimligt tidsintervall. De två ursprungliga inklusionskriterierna var att barnet skulle vara fullgånget, det vill säga född efter graviditetsvecka 37 och separerad vård av mor och barn skulle ha varat i mer än 24 timmar. Då endast två enkäter ifylldes under loppet av tre veckor justerades inklusionskriterierna i syfte att få ett ökat antal mödrar som uppfyllde kriterierna. Avsikten med att barnet skulle vara fött efter graviditetsvecka 37 var att få med relativt välmående barn i syfte att få mer jämförbara grupper. Forskning visar dock att barn födda efter graviditetsvecka 35 är mer benägna att få en längre sjukhusvistelse på grund av svårigheter med tillmatning/amning än fullgångna barn (Radtke 2011, s. 11). Sannolikt är även att barn, som har apgar ≥ 7 vid 5 minuters ålder, har en ökad risk för nedsatt hälsa postpartalt i den grad att det kan ha påverkat amningen. Avseende modern visar studier att stress, oro och att amningen ej når den framgång man förväntat påverkar moderns tillit till sin förmåga att amma negativt (Dennis & Faux 1999, ss. 406-407; Dennis 2006, ss. 262-264; Greenberg, Rosenberg & Lind 1973, s. 785). Det saknas uppgifter om hur stor andel av barnen, som ingick i studien, var lätt prematura och i vilken grad deras hälsa var nedsatt därför har det ej funnits möjlighet att utesluta eventuell påverkan av dessa störande variabler. Att beslut togs om att även inkludera mödrar som varit utsatta för kortare tids separation, än vad som var tänkt initialt, har varit av fördel för studien. Detta som följd av en trolig minskning av inverkan av störande variabler i form av uttalat nedsatt hälsa hos mor, barn eller båda, vilket kan vara orsaken till längre tids separation. Att deltagare till gruppen där mor och barn vårdats separerade också hämtades bland mödrar, som genomgått kejsarsnitt och eftervårdades på BB, kan delvis haft en minskande inverkan från nämnda störande variabler i gruppen med separerad vård. Samtidigt är det känt att förlossningsupplevelsen (Dennis 2006, ss. 262-264; Greenberg, Rosenberg & Lind 1973, s. 785) också påverkar moderns tillit till sin förmåga att amma och kan därmed bidra till ytterligare en störande variabel.

Mätinstrumentet BSES-SF har i upprepade studier validerats i olika miljöer och sammanhang och med stor säkerhet bevisats mäta just det den avser att mäta, nämligen mödrars tillit till sin förmåga att amma (Dennis 2003, ss. 737-741, Dennis 2006, ss. 262-264). Även den svenska översättningen är validerad i en tidigare genomförd studie (Gerhardsson et al. 2014, ss. 340-345) vilket ansetts som en styrka. Mätinstrumentet BSES-SF har visat sig ha god reabilitet vid mätningar en vecka efter förlossningen och därefter (Dennis 2003, s. 738). Möjligen kan ett dygn vara för kort tid för att instrumentet skall kunna mäta moderns tillit till förmågan att amma, samtidigt som det hade varit svårt att genomföra studien efter utskrivning från sjukhus inom ramen för en magisteruppsats. De flesta av enkäterna var dock ifyllda då barnet var äldre än ett dygn. Eftersom det finns en viss snedfördelning mellan grupperna, avseende barnets ålder vid ifyllande av enkät, kan det vara tänkbart att mätinstrumentet har sämre reabilitet i gruppen där barnets ålder generellt varit lägre, det vill säga i samvårdsgruppen.

Studien har genomförts med strävan på objektivitet, dvs så formellt och neutralt som möjligt. Kontakt med de mödrar som svarat på enkäten har enbart skett på distans, via en tredje part i form av avdelningarnas vårdpersonal. Eftersom kontakt skett utifrån ett avstånd har det subjektiva inslaget i samband med datainsamling neutraliserats och därmed hållits under kontroll (Olsson & Sörensen 2011, s. 19). Att inslag från vårdpersonal, som fått i uppdrag att dela ut och samla in enkäten, kan ha påverkat studiens objektivitet kan däremot ej uteslutas. I samband med att enkäterna samlades in framkom att personalen på en neonatalavdelning medvetet valt att inte tillfråga mödrar, som de bedömde ha det svårt med bland annat amning, om deltagande i studien. Personalen uppgav att mödrarna var ledsna och grät och därför ville de ej belasta dem ytterligare med gällande enkätfrågor och uppväcka svåra känslor. Då deltagande i studien på alla sett var helt frivilligt och den riktade sig till vuxna personer med en förmåga till självbestämmande, är intressant att vårdare valde att agera på detta sätt. Fanns det en rädsla hos vårdgivare att väcka upp känslor och behov hos modern som inte kunde hanteras? Eller handlade det om att skydda sig själv som vårdare? Labbok (2008) belyser problematiken kring amningssvårigheter i relation till känslan av skam hos såväl mödrar och vårdgivare. Labbok menar att eftersom barn har en rättighet till en bra start i livet blir amning därmed moderns ansvar samtidigt som det åligger familjen, vårdgivaren och samhället som helhet att erbjuda henne nödvändig information och rätt stöd för att lyckas. Känslor av förlust och ilska kan uppstå när förväntningar inte möts eller då behov inte uppfylls. Många gånger söker modern en orsak till misslyckandet och ofta är den lättaste måltavlan hon själv. Dock kan det vara även så att om rätt stöd inte ges eller det stöd som ges brister är det andra som bär skulden för att ha misslyckandet (Labbok 2008, ss. 81-82). För att som vårdare hjälpa modern ur känslor av sorg, förlust och skam vid amningssvårigheter menar Labbok (2008 s. 83) att istället för att låta modern undertrycka känslorna bör man låta henne uttrycka känslor och upplevelser, tillåta gråt och hjälpa henne att acceptera såväl positiva som negativa känslor. Stöd skall också tillhandahållas som dokumenteras och följs upp (Labbok 2008 s. 83).

Det faktum, att personal medvetet valt att inte dela ut enkäter till vissa mödrar, innebar även ett bortfall av deltagare som uppfyllt inklusionskriterierna för studien. Bortfallet kan ha bidragit till att snedvrیدا resultatet då urvalet inte framtagits konsekutivt (Olsson & Sorensson 2011, s.154) och kan därmed inte anses representativt för populationen

som ämnats undersökas, vilket leder till försiktighet vid vidare generaliserbarhet (Ejlertsson 2014, s. 20, 108).

Avseende bakgrundsvariablerna på enkätens första del fanns ett internt bortfall då enstaka frågor ej besvarats på några enskilda enkäter samt att en studiedeltagare i samvårdsgruppen missat att fylla i samtliga frågor (Olsson & Sörensson 2011, s. 153). Den bakgrundsvariabel där flest (tre) uteblivna svar återfanns var moderns ålder, som eventuellt kan upplevas som en känslig fråga för vissa. Det interna bortfallet på enkätens första del har ej korrigerats i resultatet eftersom de ej bedömts påverka resultatet. Även på BSES-SF skalan fanns ett internt bortfall på sex enskilda enkäter, varav två i samvårdsgruppen samt fyra i gruppen med separerad vård. Interna bortfall sammankopplas ofta med brister i frågeformuläret (Olsson & Sörensen 2011, s. 153) men eftersom mätinstrumentet är validerat anses orsaken mer sannolikt bero på svarandens glömska, förbiseende och ovilja att besvara (Dahmström 2011, s. 180). För att öka studiens validitet exkluderades de enkäter, där samtliga frågor på BSES-SF skalan ej besvarats, i analyser där det interna bortfallet krävdes för analysen.

Avseende studiens generaliserbarhet skall det nämnas att en fördel är att datainsamling skett på flera olika sjukhus och att mödrar inkluderats som separerats från sina barn antingen på moder- eller barnindikation. Detta bidrar till att resultatet erhåller en ökad generaliserbarhet till andra miljöer och sammanhang samt olika variationer av bakgrundsvariabeln separerad vård. Då urvalets storlek i studien var begränsat går det dock ej att generalisera och dra slutsatser som innebär att resultatet gäller för andra populationer än den studerade (Olsson & Sörensson 2011, s. 239) För generaliserbarhet måste en uppföljande större studie genomföras för att separationens påverkan på mödrars tillit till sin förmåga att amma skall kunna mätas. I det fallet måste även hänsyn tas till de störande variabler som identifierats i denna studie.

Resultatdiskussion

En numerisk skillnad kunde ses mellan mödrar som vårdats tillsammans och mödrar som separerats från sitt barn efter förlossning, då mödrars tillit till sin förmåga att amma jämfördes. Samvårdade mödrar skattade högre poäng på såväl skalan som helhet som på enskilda frågor, än de som vårdats separerade från sina barn. Dock var skillnaden ej signifikant. Resultatet bekräftas av tidigare studier inom området som visar att samvård direkt efter förlossning är associerat med högre tillit hos både först- och omfödernor och att kvinnor som kejsarsnittas har ett lägre totalvärde på BSES-SF än kvinnor som fött vaginalt (Koskinen, Aho, Hannula & Kaunonen 2014, s. 467; Tokat, Okumus & Dennis 2010, s. 106). I en japansk studie framkom en liknande skillnad i BSES-SF-värdet mellan mödrar som vårdats på ett amningsvänligt sjukhus, där samvård tillämpades i hög utsträckning, respektive icke-amningsvänligt där separation av mor och barn var vanligt. Kvinnor i kontrollgruppen som eftervårdats på ett amningsvänligt sjukhus hade ett medelvärde på BSES-SF-värde 51,5 och motsvarande värde hos de kvinnor som vårdats på ett icke-amningsvänligt sjukhus var 48,8, vilket samstämmer med motsvarande värden i resultatet med en viss förskjutning (52,9 respektive 48,3) (Otsuka, Taguri, Dennis, Wakutani, Awano, Yamaguchi & Jimba 2013, s. 303). I en randomiserad kontrollerad studie kunde det med en signifikant skillnad ses att hud-mot-hud kontakt mellan mor och barn direkt efter förlossning påverkar mödrars tillit till sin förmåga att amma i positiv riktning (Aghdas, Talat & Sepideh 2014, ss. 39-40) vilket

också stödjer resultatet. Det är dock möjligt att andra faktorer, utöver separation, bidragit till att mödrar värderat sin förmåga att amma lägre. Mödrar, vars barn vårdas på neonatal, upplever till exempel många gånger att barnet tillhör personalen. De känner sig ifrågasatta då de inte ses som experter på sitt eget barn (Flacking et al. 2006, ss. 72-78; Hall 2005a, s. 182; Wigert et al. 2006, ss. 37-38). Sammanfattningsvis anses resultatet visa, med stöd av annan forskning, att kontinuerlig samvård av mor och barn direkt efter förlossning bidrar till en ökad tillit till förmågan att amma hos modern.

På tre enskilda frågor på BSES-SF kunde en signifikant skillnad ses mellan grupperna; Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölk ersättning som tillägg, Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma, Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart. Varför det finns en signifikant skillnad, när det gäller att amma utan att ge mjölkersättning som tillägg, kan sannolikt härledas till att barn som vårdas på neonatalavdelning många gånger tillmatas med bröstmjölk ersättning i det initiala skedet, både på medicinsk och icke medicinsk indikation. Resultatet visar att tillmatning med ersättning minskar tilliten, vilket även framkommit i andra liknande studier (Dennis 2003, s. 241; Oliver-Roig, d'Anglade-Gonzálles, Garcíá-García, Silva-Tubio, Richart-Martínez & Dennis 2012, s. 171; Koskinen et al. 2014, s. 467). Forskning visar att ersättning på medicinsk indikation inte påverkar längden av helamning, men däremot har tillmatning utan medicinsk indikation visat sig ha en negativ effekt på längden av helamning. Om ett barn får ersättning utan uppenbar anledning kan det vara så att modern upplever att hon inte kan tillmötesgå sitt barns behov och därmed känna lägre tilltro till sig själv och sin förmåga att amma (Ekström, Widström & Nissen 2003, ss. 175-176). Mödrar som inte har möjlighet att amma inom en timme efter födsel eller vars spädbarn tillmatas under vårdtiden kan dra nytta av extra stöd och amningsrådgivning (Koskinen et al. 2014, s. 467). Många gånger tillmatar personalen inom neonatalvård barnen under natten i syfte att avlasta mödrar, medans mödrarna själva uppger att de vill bli tillfrågade om de önskar amma innan bröstmjölk ersättning ges. Mödrar upplever en besvikelse när de kommer för att amma och barnet redan tillmatats (Hedberg Nyqvist, Sjödén & Ewald 1994, s. 240). Som bifynd till föreliggande studie framkom signifikant skillnad mellan mödrar med och utan tidigare positiv amningserfarenhet på tre av frågorna som berör: tillräcklig mjölmängd, att fylla sitt barns amningsbehov och att bedöma när barnet ammat klart. Detta stärks av teorin kring tillit till sin egen amningsförmåga, då tilliten har ett starkt samband med upplevelsen av otillräckliga mjölmängder (Dennis & Faux 1999, s. 406). Ovanstående resonemang visar att det som personal är viktigt att vid initiala amningssvårigheter i första hand stärka moderns tilltro till sin förmåga att amma, vilket kan göras genom att erbjuda henne möjligheten att amma även nattetid, innan ersättning utan medicinsk indikation ges till barnet.

Att stärka moderns tillit till sin förmåga att amma

Att signifikant skillnad ej erhållits i resultatet kan bero på att mödrar som vårdats separerade från sina barn erhållit stödjande åtgärder som lett till ökad tillit hos mödrar. Meedya, Fahy & Kable har i en litteraturöversikt (2010, ss. 137-138) pekat på olika faktorer som påverkar amningslängden positivt samt i vilken grad dessa faktorer går att påverka. I studien framkom att barnmorskan kan påverka mödrarnas tillit till förmåga att amma genom pedagogiska interventioner. Pedagogiska interventioner som syftar till att öka mödrarnas tillit till förmågan att amma har rapporterats vara mer effektiva än de interventioner som fokuserat på att förbättra kunskapen kring amning. Intressant i

sammanhanget är att i en omfattande metaanalys kunde ingen signifikant skillnad ses i amningsduration hos mödrar som erhållit stöd från låg- eller/och högutbildad personal (Britton, McCormick, Remfrew, Wade & King 2007, s.9).

I en kanadensisk respektive kinesisk undersökning anordnades tre extra samtalstillfällen i en interventionsgrupp, med syftet att öka moderns tillit till sin förmåga att amma, i jämförelse med kontrollgrupp som enbart fick sedvanlig amningsinformation. I båda studierna framkom en skillnad, i den kinesiska studien var skillnaden signifikant. Mödrarna i interventionsgruppen angav att de var nöjda med samtalen och det stöd de fick samt att stödet som gavs hjälpte dem att känna sig mer säkra på att de klarade av att amma (Wu, Hu, McCoy & Efid 2014, s. 1874; McQueen, Dennis, Stremmer & Norman 2011, ss. 36-37, 41-42). Med tillits-stärkande interventioner kan man alltså höja mödrars tillit till sin förmåga att amma, vilket kan ha positiv effekt för mödrar som separerats från sina barn efter förlossningen och resultera i att deras tillit till sin förmåga att amma stärks.

Mödrars tilltro till förmågan att amma är viktig att belysa även i ett större perspektiv. Gravitet, förlossning och vården av ett nyfött barn är en del av kvinnans livsmål, det är en del av hennes livscykel där amning är en del av kvinnans identitet när hon påbörjar sin resa in i moderskapet (Sundström 2011, s. 30; Marshall 2011, ss. 4-5). I sitt begynnande moderskap möter hon både fram- och motgång, vilket påverkar hennes hälsa positivt eller negativt. Mödrar likställer ofta en god amning med bra moderskap medans svårigheter vid amning undergräver mödrarnas självförtroende och kan resultera i en känsla av dåligt moderskap (Marshall, Godfrey & Renfrew 2007, s. 2156). Då mödrars tillit till sin förmåga att amma jämfördes mellan omfödernor med respektive utan tidigare positiv amningsupplevelse framkom en signifikant skillnad som bifynd. Samma resultat erhöles i samband med validering av den svenska översättningen av mätinstrumentet BSES-SF, där mödrar med tidigare positiva amningserfarenhet skattade högre totalvärde på BSES-SF jämfört med mödrar med mindre positiva erfarenhet. Studien pekade också på att tilliten hos modern ökade med antalet barn (Gerhardsson et al. 2014, ss. 342-343). Även studier som utfördes under utformningen av den ursprungliga BSES-SF skalan kunde konstatera att tilliten till ens egen förmåga att amma påverkas av fyra olika amningsspecifika kunskapsbaser, varav en är tidigare prestation (t.ex. erfarenhet av lyckad/misslyckad amning) vilket stödjer bifyndet. Barnmorskan har därmed en betydande roll då hon utifrån sin profession och kompetens inom sexuell och reproduktiv hälsa kan stärka kvinnans modersroll och hennes tillit till sin förmåga att amma genom att ändra en sådan kunskapsbas (Dennis & Faux 1999, s. 406; Socialstyrelsen 2006, s.13). Utöver den kortsiktiga betydelsen har en god amningserfarenhet även en långsiktig betydelse eftersom en tidigare positiv amningserfarenhet har visat sig påverka moderns beslut att initiera amning vid efterkommande gravitet (Simard, Turgeon O'Brien, Beaudoin, Turcotte, Damant, Ferland, Marcotte, Jauvin & Champoux 2005, ss. 331-332).

En svensk studie visar att förlusten av tillit till sin förmåga att amma, som inträffar då förväntningarna krossas i samband med amningssvårigheter, kan avhjälpas genom att barnmorskan är närvarande, ser modern och har förmågan att hjälpa henne på ett individuellt och unikt sätt. Mödrar finner styrka genom att få dela sina upplevelser, att bli behandlade som individer, inte som mjölkproducerande objekt och inte bli dömda för sina svårigheter. Sådant vårdande minskar stressen och pressen och stärker moderns

tillit till sig själv och barnet (Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström 2012, ss. 4, 6). Omstart med hud-mot-hud kontakt kan förstärka positiva känslor hos modern vid amningsproblem. Studier visar att även efter en tids separerad vård kan mor och barn starta om med hud-mot-hud för att nå den framgång som modern förväntar sig, vilket stärker hennes tillit till förmågan att amma (Dennis 2006, ss. 262-264; Greenberg, Rosenberg & Lind 1973, s. 785; Svensson, Velandia, Matthiesen, Welles-Nyström & Widström 2013 ss. 8-10). Därmed kan det summeras att när mor och barn separerats av olika skäl, är barnmorskans stöd, närvaro och individuellt anpassade stöd av betydelse för hennes moderskap. Individuellt vårdande, som ger utrymme för modern att sätta ord på upplevelser och känslor, samt omstart med hud-mot-hud kan påverka tilliten positivt hos de mödrar som separerats från sina barn. Det kan medföra att deras tillit till sin förmåga att amma ökar vilket i förlängningen kan ha positiva effekter på amningsfrekvensen och amningsdurationen i denna utsatta grupp.

Slutsatser

Samvård tycks vara en bidragande orsak till en ökad tillit till amningsförmågan hos mödrar, även om resultatet ej kunde påvisa en signifikant skillnad. Det innebär att vårdpersonal skall göra sitt yttersta för att inte separera mor och barn. Om en separation på medicinsk indikation ändå är nödvändig skall denna göras så kortvarig som möjlig och mor och barn skall få möjlighet att starta om hud-mot-hud när de återförenas samt samvårdas därefter. Tillitsstödande åtgärder skall ges till de mödrar som behöver, oavsett om separation ägt rum eller ej, eftersom det har positiv effekt på amningsutvecklingen.

Kliniska implikationer

Separation av mor och barn direkt efter förlossningen bör, utifrån resultatet, helt undvikas eller göras så kortvarig som möjligt. Mödrar som har en minskad tillit till sin förmåga att amma bör ges stödande åtgärder i syfte att höja tilliten. Vården bör utformas så att detta är möjligt och åtgärder som skulle kunna underlätta detta är:

- Samarbete mellan förlossnings- och operationsavdelning som möjliggör direkt och kontinuerlig hud-mot-hud kontakt efter förlossningen. Vårdrutiner bör utformas så att det tydligt framgår vem som har ansvar för barnet och hur säkerhet skall möjliggöras när barnet vårdas hos mor på operationsavdelningen.
- Rotationstjänster bör upprättas där barnmorskor roterar mellan förlossningsavdelning och neonatalavdelning. Om barnmorskor, med uppdaterad kompetens, finns i personalstyrkan på neonatalavdelningen kan kontroller och eftervård av modern efter förlossningen utföras där hennes barn finns och hon behöver inte kvarhållas på förlossnings- eller BB-avdelning. Detta kan innebära kortare separationstid av mor och barn.
- Endast ge modersmjölksersättning på medicinsk indikation.
- BSES-SF är validerat som ett lämpligt kliniskt redskap som kan användas för att identifiera mödrar som har en nedsatt tillit till sin förmåga att amma. Med instrumentet kan mödrar som behöver extra stöd identifieras, oavsett om de varit utsatta för separation eller det finns någon annan orsak till bristande tillit.

Mätinstrumentet skall dock ses som ett komplement och kan inte ersätta samtal och en närvarande vårdare.

- Med amningsstöd som inriktas på att höja moderns tillit till sin förmåga att amma, kan förutsättningarna för en god amningsutveckling öka med eventuellt längre tids helamning som följd, vilket i förlängningen kan leda till positiva hälsoeffekter för mor och barn.

REFERENSER

- Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), ss. 37-40.
- Alves, E., Rodrigues, C., Fraga, S., Barros, H. & Silva, S. (2013). Parents' views on factors that help or hinder breast milk supply in neonatal care units: systematic review. *Archives of disease in childhood.Fetal and neonatal edition*, 98(6), ss. 511-517.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), ss. 191-215.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Tredje uppl. Malmö: Liber.
- Britton, C., McCormick, F. M., Remfrew, M. J., Wade, A. & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane database of systematic reviews*, 24(1): CD001141
- Brown, A. & Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration; an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), ss. 828-839.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Mukhamedrakhimov, R., Ulvnäs-Moberg K. & Widström A.-M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), ss. 97-109.
- Carlander, A.-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(1), ss. 27-34.
- de Château, P., Holmberg, H., Jakobsson, K. & Winberg, J. (1977). A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 19(5), ss. 575-584.
- Chien, L.-Y. & Tai, C.-J. (2007). Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), ss. 123-130.
- Crenshaw, J. (2007). Care practice #6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *The journal of perinatal education*, 16(3), ss. 40-46.
- Crenshaw, J. (2014). Healthy birth practice #6: Keep mother and baby together - it's the best for mother, baby and breastfeeding. *The journal of perinatal education*, 23(4), ss. 211-217.
- Dahmström, K. (2011). *Från datainsamling till rapport - att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Dennis, C.-L. & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), ss. 399-409.

Dennis, C.-L., 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(1), ss. 12–32.

Dennis, C.-L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(6), ss. 734-744.

Dennis, C.-L. (2006). Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. *Research in Nursing & Health*, 29(4), ss. 256-268.

Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A. M. (2013). Influence of skin- to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), ss. 310-336.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ekström, A., Widström, A.-M. & Nissen, E. (2003). Duration of breastfeeding in swedish puerperal and multiparous women. *Journal of Human Lactation*, 19(2), ss. 172-178.

Elliott-Carter, N. & Harper, J. (2012). Keeping Mothers and Newborns Together After Cesarean. *Nursing for Women's Health*, 16(4), ss. 290-295.

Ertem, I. O., Votto, N., & Leventhal, J. M. (2001). The timing and prediction of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*, 107(3), ss. 543-548.

Flacking, R., Ewald, U., HedbergNyqvist, K. & Starrin, B. (2006). Trustful bond: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62(1), ss. 70-80.

Gerhardsson, E., HedbergNyqvist, K., Mattsson, E., Volgsten, H., Hildingsson, I. & Funkquist E.-L. (2014). The Swedish Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form: Reliability and Validity Assessment. *Journal of Human Lactation*, 30(3), ss. 340-345.

Greenberg, M., Rosenberg, I. & Lind, J. (1973). First mothers rooming-in with their newborns: its impact upon mother. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43(5), ss. 783–69.

Hall, E.O.C. (2005a). Being in an alien world: Danish parents lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19(3), ss. 179-185.

Hall, E.O.C. (2005b). 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), ss. 90-97.

Hall, E.O.C. & Brinchmann, B. S. (2009). Mothers of preterm infants: Experiences of space, tone and transfer in the neonatal care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 15(4), ss. 129-136.

Hedberg Nyqvist, K., Sjöden, P.-O. & Ewald, U. (1994). Mother's Advice About Facilitating Breastfeeding in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Human Lactation*, 10(4), ss. 237-242.

Hildingsson, I. (2009). Kejsarsnitt. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Tredjeuppl. Lund: Studentlitteratur. Kap.7, ss. 350-356.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A. & Lau, J. (2009). A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. *Breastfeeding Medicine*, 4(1), ss. 17-30.

Jaafar, S. H., Lee, K. S. & Ho J. J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews*, 9(1), ss. 1-18: CD006641.

Johnson, N. W. (1976). Breastfeeding at one hour of age. *American Journal of Maternal-Child Nursing*, (1), ss. 12-16.

Justitiedepartementet. (1998a). *Personuppgiftsförordning 1998:1191*. http://rkrattsbaser.gov.se/sfs/sfst_form2.html [2013-12-17]

Justitiedepartementet (1998b). *Personuppgiftslag 1998:204*. http://rkrattsbaser.gov.se/sfs/sfst_form2.html [2013-12-17]

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K.-G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(5), ss. 430-440.

Koskinen, K. S., Aho, A. L., Hannula, L. & Kaunonen, M. (2014). Maternity hospital practices and breastfeeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*, 30(4), ss. 464-470.

Kylberg, E., Westlund, A.-M. & Zwedbeg, S. (2009). *Amning idag*. Stockholm: Gothia.

Labbok, M. (2008). Exploration of Guilt Among Mothers Who Do Not Breastfeed: The Physician's Role. *Journal of Human Lactation*, 24(1), ss. 80-84.

Livsmedelsverket (2011). *Bra mat för spädbarn*. www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/bra_mat_spadbarn_broschyr.pdf [2014-05-26]

Loke, A. Y. & Chan S. L.-K. (2013). Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Behaviors of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(6), ss. 672-684.

Marshall, J. (2011). Motherhood, breastfeeding and identity. *Practicing Midwife*, 14(2), ss. 16-18.

- Marshall, J., Godfrey, M. & Renfew, M. (2007). Being a "good mother": Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, 65(10), ss. 2147-2159.
- McFadden, C., Baker, L. & Lavender, T. (2009). Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section. *Evidence Based Midwifery*, 7(2), ss. 64-70.
- McGrath, P. & Phillips, E. (2009). The breast or bottle? Women's infant feeding choices in a subsequent birth after a previous Caesarean Section. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), ss. 37-47.
- McQueen, K. A., Dennis, C.-L., Stremler, R. & Norman, C. D. (2011). "A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 40(1), ss. 35-46.
- Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women & Birth*, 23(4), ss. 135-145.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic reviews*, 5(1), ss. 1-112: CD003519.
- Moran-Peters, J. A., Zauderer, C. R., Goldman, S., Baierlein, J. & Smith, A. E. (2014). A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Birth. *Nursing for Women's Health*, 18(4), ss. 294-303.
- Mahmood, I., Jamal, M. & Khan, N. (2011). Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *Journal of the college of physicians and surgeons Pakistan*, 21(10), ss. 601-605.
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widström, A.-M. & Winberg, J. (1996). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development*, 45(1-2), 103-118.
- Oliver-Roig, A., d'Anglade-Gonzálles, M.-L., Garcíá-García, B., Silva-Tubio, J.-R., Richart-Martínez, M. & Dennis, C.-L. (2012). The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale - short form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Study*, 49(2), ss. 169-173.
- O'Campo, P., Faden, R., Gielen, A. & Wang, M. (1992). Prenatal factors associated with breastfeeding duration: Recommendations for prenatal interventions. *Birth*, 19(4), ss. 195-201.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.
- Otsuka, K., Taguri, M., Dennis, C.-L., Wakutani, K., Awano, M., Yamaguchi, T. & Jimba, M. (2013). Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do

hospital practices make a difference? *Maternal Child Health Journal*, 18(1), ss. 296-306.

Pallant, J. (2013) *SPSS-Survival manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Fifth Edi. New York: Open University press.

Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M. & Nyström, M. (2010). Breastfeeding: An existential challenge - women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*, 5(3), ss. 1-11.

Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M. & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother - Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1), ss. 1-10.

Polit, D. & Beck, C. (2013) *Essentials of nursing research - Appraising evidence for nursing practice*. Fourth edi. Wolters Kluwer health / Lippincott Williams & Wilkins

Radtke, J. (2011) The paradox of breastfeeding - associated morbidity among late preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(1), ss. 9-24.

Rowe-Murray, H. & Fisher, J. (2002). Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth*, 29(2), ss. 124-131.

Sassin, J. F., Frantz, A. G., Weitzman, E. D., & Kapen, S. (1972). Human prolactin: 24-hour pattern with increased release during sleep. *Science*, 177(1), ss.1205-1207.

Segersten, K. (2006). Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. Kap. 9, ss. 97-104.

Simard, I., Turgeon O'Brien, H., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S., Marcotte, M-J., Jauvin, N. & Champoux, L. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *Journal of human lactation*, 21(3), ss. 327-337.

SNQ. (u.å). *SNQ:s årsrapport 2012. Neonatalvårdens omfattning och resultat*. www.medscinet.com/pnq/Uploads/Årsrapport%202012.pdf [2014-05-26]

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006 [2015-01-14]

Socialstyrelsen. (2012). *Bilaga 1 - Gravditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinskt födelseregister 1973-2010*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18669/2012-4-2_Bilaga1.pdf [2014-09-11]

Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn - Medicinska födelseregistret 1973-2012 - Assisterad befruktning 1991-2011*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-16> [2014-05-16]

Socialstyrelsen. (2014). *Amning och föräldrars rökvanor*. Sveriges officiella statistik. Hälso- och sjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19537/2014-9-37.pdf> [2014-05-09]

Sundström, K. (2011). Reproaktiv Hälsovård - barnmorskans verksamhetsområde. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur. Kap. 1, ss. 29-38.

Svensson, K. (2011). *Practice that facilitate or hinder breastfeeding*. Diss., Karolinska Institutet, Sverige. Stockholm: Karolinska Institutet. <http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/40513>[2014-08-12]

Svensson, K., Velandia, M., Matthiesen, A.-S., Welles-Nyström, B. & Widström, A.-M. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), ss. 1-13.

Tokat, M.-A., Okumus, H. & Dennis, C.-L.(2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding self-efficacy scale - Short form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), ss. 101-108.

Vetenskapsrådet. (u.å) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>[2014-01-03]

Wataker, H., Meberg, A. & Nestaas, E. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26(4), ss. 336-342.

WHO/UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services*. Geneva, Switzerland. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf> [2013-12-17]

WHO. (2002). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review*. Department of nutrition for health and Development of child and adoles health and development. http://www.who.int/nutrition/topics/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf [2014-09-26]

WHO.(1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva. http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf [2014-09-26]

Widstrom, A. M., Wahlberg, V., Matthiesen, A. S., Eneroth, P., Uvnas-Moberg, K., & Werner, S. (1990). Shortterm effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early human development*, 21(3), ss. 153-163.

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. & Hellström, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20(1), ss. 35-41.

Wigert, H., Berg, M. & Hellström, A. L. (2010). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(1), ss. 139-146.

WMA General Assembly.(2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [2013-12-17]

Wu, D.S., Hu, J., McCoy, T. & Efirid, J. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of advanced nursing*, 70(8), ss. 1867-1879.

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37(4), ss. 275-279.



Inbjudan till medverkan i studie

Vi är två sjuksköterskor som nu under våren påbörjar vårt examensarbete på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. Vårt arbete har som syfte att studera hur mödrars tillit till sin förmåga att amma påverkas då mor och barn vårdas på olika avdelningar post partum. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring nyblivna mödrars behov för att kunna möta dessa samt att vårda på bästa sätt.

För att möjliggöra studien krävs att sammanlagt 60 enkäter delas ut till kvinnor som vårdas på en förlossnings- eller BB-avdelning inom Västra Sverige. Av dessa 60 kvinnor skall ena hälften ha sina barn hos sig och den andra hälften vara separerade från sina barn, vilket är tillämpligt då barnen vårdas på neonatalavdelning. Kvinnorna vi önskar inkludera i studien skall ha förlöst i fullgången tid.

För att kunna genomföra detta önskar vi er tillåtelse och personalens hjälp för att kunna dela ut delar av dessa 60 enkäter till kvinnor som uppfyller kriterierna för att ingå i studien under tiden april-maj 2014. Kvinnorna kommer att få skriftlig information om studien och ett samtyckesformulär tillsammans med enkäten då den delas ut. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att ange orsak.

Önskar Ni medverka i studien kommer vi att återkomma till Er med vidare information. Vi hör av oss inom en vecka för att efterhöra Ert ställningstagande. Vid eventuella frågor är Ni välkomna att höra av Er till oss.

Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Härmed godkänner jag att Therese Keränen och Mirjam Kuusela får genomföra studien inom vår verksamhet och att mödrar tillfrågas för deltagande i enkätundersökning inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

.....

Examensarbetet utförs under handledning av Lina Palmér, doktorand och adjunkt vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-4354457 eller e-mail: lina.palmer@hb.se

Med vänliga hälsningar,

Namn: Therese Keränen

Tel: 0702-834281

Mail: s133815@student.hb.se

Namn: Mirjam Kuusela

Tel: 0709-751795

Mail: s070245@student.hb.se



Mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas på samma respektive olika avdelningar efter förlossningen

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Syftet med vårt examensarbete är att genom enkätundersökning ta reda på hur mödrars tillit till sin förmåga att amma påverkas då mor och barn vårdas på samma respektive olika avdelningar efter förlossningen. Kunskap om detta ger oss i vår framtida yrkesroll möjlighet att få en förståelse för dessa mamma-barnpars behov och ger oss möjlighet att ge det stöd och utföra de vårdåtgärder som behövs för att underlätta amningsstarten.

Frågeformuläret som du fått tillsammans med detta brev är ett av totalt 60 stycken som kommer att delas ut på olika sjukhus inom Västra Sverige. Hälften av dessa frågeformulär är tänkta att besvaras av mödrar som samvårdas med sina barn efter förlossning och den andra hälften av mödrar som av olika anledningar inte kan samvårdas med sina barn. Du får själv välja ifall du önskar delta och det är möjligt att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. Studien innebär ett aktivt deltagande i form av ifyllande av enkät. Deltagande eller avböjande av deltagande i studien kommer ej att påverka din eller ditt barns vård. Ifyllandet av frågeformuläret beräknas ta ungefär 10 minuter. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver nedan angivna, kan få tillgång till det. Uppgifterna kommer enbart användas för att besvara studiens syfte. I resultatet kommer inga uppgifter som kan kopplas till person att framgå. Uppsatsen kommer att publiceras i Borås Akademiska Digitala Arkiv (BADA) vid Högskolan i Borås och om önskemål finns kan en sammanfattning av studien eller en fullständig rapport även erhållas av dig som studiedeltagare. Om du önskar detta, vänligen hör av dig till oss.

Om du önskar delta i studien, vänligen fyll i bifogat samtyckes- och frågeformulär och lämna detta i medskickat kuvert till personalen på avdelningen. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien eller om du skulle vilja avbryta ditt deltagande efter att du lämnat in enkäten är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Lina Palmér, doktorand och adjunkt vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon:033-4354457 eller e-mail: lina.palmer@hb.se

Med vänliga hälsningar,

Namn: Therese Keränen
Tel: 0702-834281
Mail: s133815@student.hb.se

Namn: Mirjam Kuusela
Tel: 0709-751795
Mail: s070245@student.hb.se



Samtyckesformulär

Jag har tagit del av medskickad information angående enkätstudien om påverkan på mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas på samma respektive olika avdelningar och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Detta är möjligt då svarsformulär samt samtyckesformulär har fått en gemensam kodning. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Med vänliga hälsningar,

Namn: Therese Keränen
Tel: 0702-834281
Mail: s133815@student.hb.se

Namn: Mirjam Kuusela
Tel: 0709-751795
Mail: s070245@student.hb.se



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Bilaga 4

Frågeformulär

Mödrars tillit till sin förmåga att amma då mor och barn vårdas på samma respektive olika avdelningar efter förlossningen

Therese Keränen
0702-834281
s133815@student.hb.se

MirjamKuusela
0709-751795
s070245@student.hb.se



Allmänna frågor om dig och ditt barn

Civilstånd

Jag är:

- gift/sambo/registrerad partner med den andra föräldern
- ensamstående

Min ålder ärår

Utbildningsnivå

Jag har genomfört:

- grundskoleutbildning
- gymnasieutbildning
- högskole-/universitetsutbildning
- annan eftergymnasial utbildning

Erfarenhet av barn och amning

Jag har(antal) barn sedan tidigare

Jag har tidigare ammat (antal) barn

Jag har tidigare ammat i(ange hur länge du ammat varje barn)

Mina tidigare amningsupplevelser är:

(om du har flera barn och upplevelsen är olika kan flera alternativ anges)

- Positiva
- Neutrala
- Negativa
- Har inga tidigare amningsupplevelser

Förlossningssätt

- Normal (vaginal) förlossning, inklusive sugklocka
- Kejsarsnitt

Barnets nuvarande ålder:timmar / dagar / veckor

Vårdform

- Jag vårdas tillsammans med mitt barn, och har gjort det sedan förlossningen
- Jag och mitt barn har vårdas på olika avdelningar efter förlossningen men vårdas nu tillsammans. Vi vårdades på olika avdelningar i: timmar / dagar / veckor.



Tillit till din förmåga att amma

Välj det svar som passar bäst på följande påståenden, som beskriver om du litar på din förmåga att amma din nyfödda bebis. Vänligen markera svaret genom att ringa in det nummer som bäst beskriver hur du känner. Det finns inget rätt eller fel svar.

1 = litar inte alls på min förmåga

2 = litar inte helt på min förmåga

3 = litar ibland på min förmåga

4 = litar på min förmåga

5 = litar helt på min förmåga

		Litar inte alls			Litar helt	
1	Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk	1	2	3	4	5
2	Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar	1	2	3	4	5
3	Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg	1	2	3	4	5
4	Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen	1	2	3	4	5
5	Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredställande sätt	1	2	3	4	5
6	Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter	1	2	3	4	5
7	Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma	1	2	3	4	5
8	Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande	1	2	3	4	5
9	Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse	1	2	3	4	5
10	Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid	1	2	3	4	5
11	Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst	1	2	3	4	5
12	Jag kan alltid fortsätta att amma mitt barn vid varje amningstillfälle	1	2	3	4	5
13	Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov	1	2	3	4	5
14	Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart	1	2	3	4	5

Tack för dina svar!