Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

MÖDRARS UPPLEVELSER AV KÄNSLOR OCH RELATIONEN TILL SINA BARN VID MATNING MED MODERSMJÖLKSERSÄTTNING

MATERNAL PERCEPTIONS OF FEELINGS AND THE RELATIONSHIP TO THEIR CHILDREN DURING FEEDING WITH INFANT FORMULA

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2017

Författare: Emma Blomsterberg
Emma Carlsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Mödrars upplevelser av känslor och relationen till sina barn vid matning med modersmjölksersättning
Författare:	Blomsterberg, Emma; Carlsson, Emma
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad - distriktssköterska A1E, OM806A, 15hp
Handledare:	Thorstensson, Stina
Examinator:	Ekström, Anette
Sidor:	34
Nyckelord:	moder, spädbarn, modersmjölksersättning, anknytning, stöd

---

Bakgrund: Idag är det vanligt att mödrar inte ammar, dock värderas detta fortfarande lågt i samhället. Forskningen som finns angående dessa mödrars erfarenheter av anknytning till sina barn, är begränsad. En distriktssköterska ska kunna ge olika sorters stöd i moderskapet, exempelvis genom praktisk kunskap och på ett sätt som identifierar mödrars upplevelser kring att inte amma.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur mödrar som ger sina barn modersmjölksersättning, upplever känslorna och relationen till sina barn.

Metod: Tio intervjuer med mödrar genomfördes. Kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats och en deduktiv ansats användes i studien. Den induktiva delen bestod av öppna frågor och i den deduktiva delen användes MIRF-skalan.

Resultat: Åtta underkategorier och tre huvudkategorier framträdde. Kategorierna resulterade i ett tema: " Upplevelser av att skapa en föräldraroll och hur relationen till barnen varierade och utvecklades känslomässigt över tid."

Konklusion: Mödrarna uttryckte starka, mestadels positiva känslor gentemot sina barn. De mödrar som försökt att amma men fått avsluta amningen, var särskilt sårbara och i behov av stöd. Känslor av att vara en otillräcklig moder på grund av att inte kunna amma, kunde påverka moderns psykiska hälsa negativt och orsaka fördröjda moderskänslor.

ABSTRACT

Title:	Maternal perceptions of feelings and the relationship to their children during feeding with infant formula
Author:	Blomsterberg, Emma; Carlsson, Emma
Department:	School of Health and Education, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS ECTS
Supervisor:	Thorstensson, Stina
Examiner:	Ekström, Anette
Pages:	34
Keywords:	mother, infant, formula milk, connection, support

Background: It is common for mothers not to breastfeed today, still it is of low value by society. The research available about these mothers´ experiences of connection to their children, is limited. A district nurse should be able to support motherhood in different manners, for example by practical knowledge and in a way, that identifies mothers' experiences about not breastfeeding.

Aim: The purpose of this study was to describe how mothers who give formula milk to their infants, experience feelings and the relationship to their infants.

Method: Ten interviews with mothers were conducted. Qualitative content analysis with an inductive approach and a deductive approach was used. The inductive part consisted of open questions and the MIRF-scale was used in the deductive part.

Results: Eight subcategories and three main categories emerged. The categories resulted in a theme: "Experiences of creating a parenting roll and how the relationship with the children varied and developed emotionally over time."

Conclusion: The mothers expressed strong, mostly positive feelings towards their children. Mothers who tried to breastfeed and could not continue, were particularly vulnerable and in need of support. Feeling inadequate as a mother because of not being able to breastfeed, could affect the mother´s mental health negatively and cause delayed maternal feelings.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Att ge modersmjölksersättning 1
Att amma 2
Föräldra-barn interaktion 3
Stöd 4
Kommunikation 5
Distriktsköterskans funktion och ansvar 5
SOSFS 2008:33 5
Distriktssköterskans kompetens 6
Barnhälsovården 6
SYFTE 7
METOD 8
Urval 8
Datainsamling 8
Frågor och instrument för att mäta känslor och relation till barnet 9
Analys 9
Tabell 1. Exempel ur analysprocessen. 10
Etiska överväganden 11
RESULTAT 12
Tabell 2. Induktivt resultat 12
Känslomässiga variationer i moderskapet 12
Starka moderskänslor inför barnet 13
Svårhanterliga känslor som kan relateras till moderskapet 13
Fördröjda moderskänslor 14
En relation under utveckling 14
Starka, trygga relationer 14
Tveksamhet över hur relationen ser ut 15
Relationen och känslorna växer sig starkare 15
Rollen som ny förälder 16
Förälder för första gången 16
Den som kommer först hos barnet 16
Tabell 3. Deduktivt resultat 17
Sammanställning av induktiva och deduktiva resultat 20
DISKUSSION 21
Metoddiskussion 21
Resultatdiskussion 23
Konklusion 28
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet 28
Förslag på fortsatt forskning 29
REFERENSER 30

BILAGOR

1. MIRF-skalan
2. Information och förfrågan om deltagande i studie
3. Bakgrundsfakta

INLEDNING

En nybliven förälder är ofta i behov av kunskap och stöd på grund av att föräldraskap innebär en omvälvande förändring i livet. Det är viktigt att föräldrarna tidigt etablerar en god relation med barnet och skapar en trygg anknytning till barnet. Enligt Bowlby (1988) har anknytningen under spädbarnstiden en avgörande roll för barnets utveckling. Anknytningar bildas för den biologiska överlevnaden (Bowlby, 1988). I distriktssköterskans hälsofrämjande arbete ingår det att stödja amning. Sedan långt tillbaka ses amning som det bästa alternativet; näringsmässigt och ur perspektivet att en särskild närhet skapas mellan moder och barn. Enligt Moberg och Prime (2013) är moderns fysiologi uppbyggd för amning och en del i skapandet av det primitiva anknytningsmönstret (Moberg & Prime, 2013). Matning med modersmjölksersättning värderas inte lika högt som amning, vilket leder till press på mödrar med amningssvårigheter och ifrågasättande av deras moderskap. Huruvida uteblivandet av amning påverkar anknytningen mellan moder och barn, är omdebatterat och de studier som är utförda påvisar olika resultat. En tydlig kunskapslucka visar sig gällande situationen för mödrar som ger modersmjölksersättning. Syftet med denna studie är att beskriva hur mödrar som ger sina barn modersmjölksersättning upplever känslorna och relationen till sina barn. Det är av betydelse att distriktssköterskan får en ökad förståelse för mödrar som matar barnen med modersmjölksersättning, så att hen kan ge ett adekvat stöd samt främja en god anknytning.

BAKGRUND

Att ge modersmjölksersättning

Tillfällen då modersmjölkersättning kan vara att föredra är när modern har smärta vid amning (Blair, Cadwell, Turner-Maffei & Bridyr, 2003). En möjlighet ges att dela på matningen med partnern, då modern blir mindre uppbunden och kan få mer egen tid vid givande av ersättning (Arora, McJunkin, Wehrer & Kuhn, 2000). Andra situationer som förordar givande av ersättning är vid vissa sjukdomar samt upplevelser av otillräcklig mjölkmängd. Övriga fördelar kan vara att det går att reglera mängden mat efter barnets tillväxt och att barnet kan sova längre stunder vid givande av modersmjölksersättning (Zwedberg, 2010). Enligt Earle (2000) kan en av orsakerna till att välja flaskmatning vara en önskan om att fadern ska bli engagerad. Faderns åsikter i frågan om barnet ska ammas eller inte, behöver bli accepterade (Earle, 2000). Jansen, Weerth och Riksen-Walraven (2008) undersöker vilken roll amningen har i mor-barn relationen. Resultatet i studien visar på att det inte föreligger något övertygande stöd för ett samband mellan amning och kvaliteten på mor-spädbarns relationen. Slutsatsen är att empiriska studier inte stödjer att amning har en avgörande roll för relationen mellan mor och barn. Därmed bör rekommendationer om amning enbart baseras på väldokumenterade positiva effekter (Jansen et al., 2008).

Industritillverkad modersmjölksersättning ges till barn som inte alls, eller delvis, får bröstmjölk. Rekommendationer om hur mycket modersmjölksersättning som är lämpligt för olika åldersgrupper, finns på förpackningarna. Det är dock viktigt att låta barnets aptit avgöra mängden mat och inte försöka ge mer mat än vad barnet signalerar att vilja ha. Tillväxtkurvan som barnhälsovårdssjuksköterskan innehar, ger ofta goda fingervisningar

angående näringsbehov och är en utgångspunkt vid eventuella problem med uppfödning. Modersmjölksersättningens sammansättning är strängt reglerad för att näringsmässigt likna bröstmjölkens innehåll så mycket som möjligt. Det är vanligt att mata barnet med flaska men alla barn tycker inte om det. Vid tillfällig modersmjölksersättning kan den ges i kopp, skedflaska eller i snipa (Backlund, 2014).

Mödrar som inte ammar får en sämre hälsa, på gruppnivå (Zwedberg, 2010). En sämre återhämtning efter förlossningen upplevs av de mödrar som inte ammar. Risken för olika varianter av bröst- och underlivscancer ökar (Allen & Hector, 2005). En annan nackdel som kan uppkomma är att flera olika personer kan mata barnet och hålla barnet på varierande sätt när ersättning ges, vilket kan leda till att barnets beteende att söka sig till omvårdaren minskar (Zwedberg, 2010) Mödrar som ger ersättning till sina barn med flaska, upplever negativa känslor som skuld, oro, ilska, osäkerhet och misslyckande. Informationen och stödet till flaskmatande föräldrar upplevs som bristande, vilket kan vara praktisk information då det ofta görs misstag i matberedningen (Lakshman, Ogilvie & Ong, 2009).

Att amma

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderas idag att ett barn ska ammas under minst ett halvår. Införs näringsadekvata och säkra kompletterande livsmedel vid sex månaders ålder, kan amningen fortgå upp till två år eller längre (World Health Organization, 2016). Socialstyrelsen uppger att bröstmjölk anses ge den bästa näringen för det övervägande antalet nyfödda barn. Inom WHO:s rekommendation finns även en modell som främjar amning: Ten steps to successful breastfeeding som Socialstyrelsen (2017) har tolkat och anpassat efter svenska förhållanden. Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket och Livsmedelsverket står även bakom modellen. Stegen ska vara till hjälp för personal inom mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård (Socialstyrelsen, 2017).

Från tredje graviditetsmånaden startar mjölkproduktionen hos modern, den pågår tills barnet har fötts och hålls igång så länge den stimuleras. Hormonerna oxytocin och prolaktin frisätts hos modern i samband med amning. Oxytocin, även kallat utdrivningshormonet, har som effekt att driva ut mjölken. Hormonet har en sammandragande effekt på både mjölkkörtlar och livmoder. Det kan ta ett tag innan utdrivningsreflexen kommer igång. Ett sätt att komma igång kan vara att handmjölka, det kan även göras om barnet av någon anledning inte klarar av att suga själv. Värme, massage, avslappning och kroppskontakt gör att hormonet frisätts lättare. Stress, smärta och oro gör att adrenalin utsöndras och verkar hämmande för frisättning av oxytocin. Prolaktin har som effekt att stimulera mjölkproduktionen. Tätare amning leder till ökad frisättning av prolaktin och därmed bildas mer mjölk. En fördel kan vara att amma på natten eftersom detta hormon frisätts som mest nattetid (Berglund, 2015).

I en brasiliansk studie av Almeida, Araújo och Veiga (2014) konstateras att fler än hälften av barnen inte uteslutande ammas under sin första levnadsmånad. Det är vanligt att mödrar får felaktig och otillräcklig information angående amning. Sjukvårdspersonal påverkar ammande kvinnor och därför borde utbildning inom amning prioriteras. Hur organisationen är uppbyggd och att personalen arbetar i team har också en betydande roll i sammanhanget (Almeida et al., 2014). Mulcahy, Phelan, Corcoran och Leahy-Warren (2012) motsäger detta och konstaterar att hälso- och sjukvårdspersonal är välutbildade för att stödja amning och har en hög grad av självförtroende och kompetens samt en positiv inställning. Standardisering av utbildning som stödjer amning för berörd personal, skulle dock behövas.

Stöd i hemmet i samband med amning skulle ge mer tid och lyhördhet (Mulcahy et al., 2012). Bäckström, Hertfelt Wahn, och Ekström (2010) uppger att kvinnor som tillfrågas att beskriva sina upplevelser av stöd vid amning, är positiva till stödet i fall det utgår ifrån dem som individer. Individuellt amningsstöd ökar självförtroendet och kvinnorna upplever också en känsla av tillfredställelse (Bäckström et al., 2010).

Amningen innebär hälsofördelar för barnet, då amning ger ett skydd mot infektioner och inflammationer. En minskad risk för exempelvis glutenintolerans, övervikt och plötslig spädbarnsdöd förefaller finnas hos barn som ammas (Allen & Hector, 2005). Modern blir känslig för barnets signaler vid amning. På gruppnivå anser mödrar som ammar att relationer är viktigare och de har lättare för att utföra handlingar för sina barn jämfört med mödrar som har valt att ge ersättning till sina barn (Hager-Budny, 1998). Mödrar som ammar upplever mindre stress, depression och oro än mödrar som ger ersättning (Groër, 2005). Fördelar med amning kan vara att modern lever upp till samhällets förväntningar. Amning kan bidraga till en känsla av uppskattning från barnet och modern får mer kroppskontakt med barnet. Svårigheter med amning kan vara moderns oro över mjölkkvaliteten och mängden. Det kan vara omständligt att få regelbundenhet och rutiner i vardagslivet att fungera vid amning (Zwedberg, 2010).

Föräldra-barn interaktion

Enligt Bowlby (1988) är anknytningsteorin ett försök att förklara hur fenomenet anknytning verkar. Ett anknytningsbeteende kan vara bundet till ett barns olika utvecklingsfaser. Bestående anknytningar som barn och andra individer skapar till andra förklaras genom anknytningsteorin. Beteendesystemet är centralt inom anknytningsteorin. Enligt beteendesystemets redogörelse för hur ett barn eller en äldre person upprätthåller sin relation till personen de fått en anknytning till, används fysiologiska principer för att beskriva en annorlunda form av jämvikt. Fasta gränser avseende dessa tydligt identifierade personer, upprätthålls av beteendemässiga resurser. Ett barns anknytningsbeteende aktiveras speciellt starkt av vissa inslag. Barnet reagerar exempelvis positivt på förälderns närhet och kan även reagera negativt, i fall föräldern är otillgänglig. Både människors och djurs beteenden har observerats och visat att föräldraskap och anknytning har starka, biologiska rötter (Bowlby, 1988).

Hormonet oxytocin inverkar på interaktionen mellan förälder-barn. Oxytocin aktiverar och påverkar andra signalsubstanser. Aktiveringarna leder till olika effekter; psykologiska och beteendemässiga. Oxytocin stimulerar exempelvis välmående och minskar smärtkänsligheten. Det finns olika tillfällen då hormonet frisätts och det är tre olika vägar som nämns då oxytocin kan frisättas, under interaktionen hos mor och spädbarn. Hud mot hud-kontakt, mammans bröst och barnets munslemhinna är områden som påverkar produktionen av oxytocin. Mammans bröstmjölk innehåller till viss del oxytocin, dock är det osannolikt att hormonet skulle transporteras till barnets hjärna (på grund av blod-hjärnbarriären). Angående anknytning så uttrycks det att själva handlingen när barnet suger på mammans bröst kan öka anknytningen mellan mödrar och nyfödda. Paralleller dras till lamm som suger på moderns juver direkt efter födseln och känner igen, samt följer sin moder snabbare efteråt än de som är åtskilda från sin moder initialt. Slutsatsen är att den naturliga interaktionen mellan moder och barn uppmuntras att följas, där amning ingår (Moberg & Prime, 2013).

Barns beteende kan ofta relateras till moderns lyhördhet inför barnets signaler, att vara lyhörd är en grund för ett bra samspel mellan mor och barn. Acceptans och tillgänglighet inför barnet är grundläggande i samspelet (Broberg, et al. 2006). Cassidy och Shaver (2008) använder termen omvårdnadssystem för att beskriva en del av föräldrars beteenden. De beteenden som skildras, syftar till att främja närhet och trevnad när barnet är i verklig eller tänkbar fara. Görs omvårdnadssystemet verksamt, får barnet skydd av närheten mellan barn och förälder. I de flesta fall försöker både barnet och den vuxne att upprätthålla en nivå av närhet som känns bekväm. Drar sig barnet undan, hämtar föräldern tillbaka barnet. I fall föräldern drar sig undan så gör barnet likadant eller signalerar till föräldern att hen ska komma tillbaka. Förälder och barn kan ha olika uppfattningar om vilket avstånd som är acceptabelt mellan dem, vilket är kopplat till deras olika beteendesystem (Cassidy & Shaver, 2008).

Tecken på att anknytningen mellan barn och förälder är bristfällig, kan visa sig genom exempelvis avvikande mätvärden i vikt- och längdutveckling. Mat- och sömnproblem kan också uppstå vid brister i den fysiska omvårdnaden. Outvecklad ögonkontakt, andra utvecklingsförseningar, stel mimik och spända eller slappa muskler hos barnet är tecken på att anknytningen kan vara otrygg. Sättet föräldern uttalar sig om sitt barn på, kan ge betydelsefull information om deras relation. Sköter föräldern inte sina kontakter med barnhälsovården, kan det tyda på omsorgssvikt. Problem hos föräldrar som påverkar anknytningen är konflikter och våld, missbruk, utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom hos en eller båda föräldrarna (Allmänna Barnhuset, 2004).

Stöd

Enligt Thorstensson och Ekström (2014) beskrivs stöd som en interaktiv process som påverkar välbefinnande och hälsa. Stöd kan bland annat kopplas till anknytningsprocessen, som påverkar en individs förmåga att interagera med andra människor och även att lita på andra människor. Begreppet stöd kan i relation till begreppet vård behöva undersökas. Det kan finnas en skillnad mellan att agera stödjande och att ta hand om. När det gäller att agera stödjande, finns en förväntan på mottagaren att hen ska ta befälet och att personen som ger stöd förlitar sig på mottagarens kapacitet. Handlar det om att ta hand om, så förväntas personen som ger stöd att vara ansvarig för mottagaren och mottagaren förväntas att bli omhändertagen. Vid professionellt stöd är det sannolikt att personen som ger stödet uttrycker en attityd där vårdgivaren bekymrar sig om mottagaren. Något sjukvårdsexperter bör överväga i varje relevant situation, är i fall att det är vård eller ett stödjande agerande som behövs. Behöver en individ stöd är det inte synonymt med att personen ska omhändertas. En person som är i behov av mer hjälp än stödinsatser, ska erbjudas vård. Det är viktigt att kunna identifiera individens behov för att erbjuda stöd eller vård ifrån den utgångspunkten (Thorstensson & Ekström, 2014). Enligt Oakley (1994) innefattar begreppet stöd tre olika delar. Emotionellt stöd innebär att den individ som får stöd känner sig trygg i relationen till den person som ger stöd. Informativt stöd innefattar den information och kunskap som ges till den individ som är i behov av stöd. Instrumentellt stöd innebär att den person som stödjer ger praktisk hjälp till den individ som behöver stöd. Aktivt lyssnande är grunden för att kunna ge det stöd som individen är i behov av (Oakley, 1994). Hvatum och Glavin (2016) understryker att om amningen inte fungerar, behöver mödrar informativt stöd från sjukvårdspersonal. När vårdpersonal ger vägledning om amning bör moderns individuella

situation övervägas. Information om fördelarna med amning och skillnaderna mellan bröstmjölk och modersmjölkersättning bör vara balanserad så den förhindrar upplevelser av skam och skuld (Hvatum & Glavin, 2016). Mödrar som väljer att inte amma, upplever otillfredsställda behov när det gäller att få stöd och utbildning inom vården. Berörd sjukvårdspersonal bör identifiera mödrarnas behov och ta upp dessa behov på ett omtänksamt, empatiskt och opartiskt sätt. Det betonas att mödrar som inte ammar ska ha rätt till vård av högsta standard, trots att amning är att föredra ur vårdpersonalens perspektiv (Wirihana & Barnard, 2011).

Kommunikation

Zwedberg (2010) understryker att mödrar som ger ersättning till sina barn kan vara i behov stöd, när de upplever vissa svårigheter. Enligt Fredriksson (2012) behöver en patient som lider bli inbjuden till vårdande kommunikation för att kunna få tillgång till stöd. Instrumentell kommunikation innebär att objektiv information förmedlas från en patient till vårdpersonal i syfte att minska obehagliga känslor för patienten. Emotionell kommunikation syftar till att vårdpersonalen tröstar, respekterar, ger tillit, visar förståelse och ger stöd till patienten. Genom emotionell kommunikation kan patienten lättare berätta om sina upplevelser och hantera sin situation. Relationell kommunikation kan förklaras som en bro eller möte mellan vårdare och patient. Narrativ kommunikation innebär att patienten får berätta om sina upplevelser så att den blir begriplig både för patienten och vårdaren, den här kontakten förbinder patientens historia och framtid. Etisk kommunikation inkluderar ömsesidig respekt mellan människor som en central del, för att kommunikationen ska bli vårdande. Kommunikation är ett svårdefinierbart begrepp som förenar och gör förståelse möjlig men skapar också konflikter. Genom kommunikation kan lidande lindras, därmed kan hälsa uppnås och med hälsa kan en individ uppnå sina mål (Fredriksson, 2012).

Distriktsköterskans funktion och ansvar

SOSFS 2008:33

I Sverige finns det en författningssamling som handlar om uppfödning genom amning eller med modersmjölk. Enligt SOSFS 2008:33 ska det göras en bedömning i fall det finns behov av att ge modersmjölksersättning till ett spädbarn. Bedömningen ska dokumenteras i både moderns och i barnets journal. Information som ges om modersmjölksersättning och om amning ska vara entydig och objektiv samt anpassad till moderns och barnets behov. Den person som vårdar ett spädbarn ska få information om amningens fördelar mot modersmjölksersättning. Upplysningar angående näringsbehov för modern som ammar, hur modern kan förbereda och upprätthålla amningen bör också ges. Information till vårdnadshavarna ska ges om att modersmjölksersättning kan ha en negativ inverkan på amningen samt svårigheter att övergå till amning då givande av ersättning påbörjats. Vid uppfödning med modersmjölksersättning ska instruktioner ges om hur den används på ett korrekt sätt och hur man kan stärka anknytningsprocessen mellan moder och spädbarn. Vårdnadshavaren ska få ta del av de hälsorisker som är kopplade till olämplig föda, uppfödningsmetoder och oriktig användning av modersmjölksersättning (SOSFS 2008:33).

Distriktssköterskans kompetens

Distriktssköterskan ska, enligt kompetensbeskrivningen, kunna involvera sitt yrkeskunnande och när det gäller modersmjölksersättning ska hen enligt den yrkesteoretiska delen följa relevanta lagar. I professionen ingår också ett hanterande av ersättning enligt den arbetstekniska delen. En distriktssköterskas kompetens ska göra att hen förstår en individs eller en familjs resurser ur en hälsofrämjande synvinkel. Ett ansvar för att stödja patientens egenvårdsförmåga och att arbeta på ett hälsofrämjande vis, åligger en distriktssköterska (Distriktssköteföreningen i Sverige, 2008). Enligt Wilhelmsson och Lindberg (2009) har det varit ett paradigmskifte i vården. Perspektivet ändrats från att vara sjukdomsorienterat till ett hälsofrämjande förhållande. Kunskap underlättar hälsofrämjande arbete för distriktssjuksköterskan. I begreppet kunskap innefattas vidareutbildning samt specialisering inom vissa områden och att detta kan ge en ökad kompetenskänsla. Hinder för det hälsofrämjande arbetet upplevs vid framför allt underbemanning. Arbetsuppgifter av medicinsk natur är mer av en norm, den typen av uppgifter är mer respekterade vilket gjort att distriktsjuksköterskors hälsofrämjande arbete har fått en lägre prioritet (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Barnhälsovården

Olander (2003) beskriver att barnhälsovården ser varierande ut när det gäller hur arbetssituationen är upplagd och att det kan vara barnsjuksköterskor eller distriktssköterskor som arbetar med barnhälsovård. I enlighet med barnhälsovårdsprogrammet har distriktssköterskan täta besök med föräldrar och barn, tills barnet är arton månader. Fortsatta hälsokontroller, vaccinationer och hälsovägledning erbjuds efter barnet uppnått ett och ett halvt års ålder. Läkare deltar i valda hälsoundersökningar vid vissa åldrar hos barnet. En öppen mottagning till barnhälsovårdens sjuksköterskor finns så att föräldrar kan komma oplanerat och diskutera hälsofrågor som rör barnet (Olander, 2003). Det finns utarbetade strategier inom barnhälsovården, kring hur personalen ska arbeta för att kunna hjälpa alla familjemedlemmar. Det är viktigt att skapa en god relation till föräldern och att ge relationen tid för reflektioner. Ett sätt att hjälpa familjer kan vara att erbjuda hembesök och att ha vägledande samtal med föräldrar. Det är också av vikt att ta hjälp av kollegor i fall det behövs, då omsorgssvikt eller psykiska problem ska bedömas hos barnet och föräldern (Lannér Swensson, 2014).

PROBLEMFORMULERING

Blivande mödrar genomgår en omvälvande förändring i livet under graviditeten och perioden då de påbörjar skapandet av en föräldraroll. Bekymmer med amning initialt är frekvent förekommande och en del mödrar kan, av olika anledningar, inte amma alls. Oberoende av i fall en moder har valt att mata sitt barn med modersmjölksersättning eller gör det på grund av att hon har svårigheter som rör amningen, så är det vanligt att hon får uppleva hur samhället värderar amning. Mödrar som inte ammar kan känna sig nedvärderade och i underläge. Modersmjölksersättningen påminner om bröstmjölk så mycket som det är möjligt. En av fördelarna med amning är att en särskild närhet mellan modern och barnet uppstår. Det omdebatteras i fall mödrar som ger modersmjölksersättning saknar närheten eller kan skapa den på annat sätt. Begreppet anknytning är centralt i relationen mellan moder och barn. En trygg anknytning är grundläggande för barnets utveckling. Hur barn påverkas

av att ammas eller att få ersättning, diskuteras. Det finns dock få studier utförda inom området som behandlar mödrar som matar sina barn med modersmjölkersättning och hur det påverkar samspelet mellan dem. Ökade kunskaper om hur mödrar som inte ammar, upplever sin relation samt sina känslor inför sina barn behöver tillkomma. Lärdomar om mödrarnas upplevelser är användbara för att kunna ge adekvat stöd som distriktssköterska.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur mödrar som ger sina barn modersmjölksersättning upplever känslorna och relationen till sina barn.

METOD

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ metod. Enligt Polit och Beck (2016) används kvalitativ forskning för att undersöka fenomen fördjupat och i sin helhet. Enligt Elo och Kyngäs (2008) användes kvalitativ innehållsanalys till både deduktiv och induktiv ansats. Kvalitativ innehållsanalys är vanligt förekommande vid omvårdnadsstudier och är adekvat i områden av känslig, mångfasetterad karaktär. Målet med innehållsanalysen är att uppnå en bred, koncentrerad beskrivning av fenomenet och resultatet av analysen utgjordes av begrepp eller kategorier som beskriver fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008). Induktiv analys innefattar att upptäcka mönster, teman och kategorier bland data som samlats in. Det induktiva resultatet framträder ur data, till skillnad från det deduktiva resultatet där data analyseras enligt en befintlig ram (Patton, 2002). Valet av analysmetod var relevant på grund av att det var mödrars upplevelser och erfarenheter som analyserades och tolkades. Med utgångspunkt från två ansatser, framkom ett omfattande resultat där ansatserna kompletterade varandra.

Den kvalitativa intervjun var lämplig för denna studie eftersom den undersöker upplevelser. Enligt Kvale och Brinkman (2014) används den kvalitativa forskningsintervjun för att få fram nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa infallsvinklar enligt de utfrågades upplevelser. Det som motsvarar de kvantitativa måttens exakthet, är exempelvis den kvalitativa intervjuns precision när det gäller att beskriva i ord (Kvale & Brinkman, 2014).

Urval

Inklusionskriterierna bestod av mödrar som inte haft möjlighet att amma och mödrar som valt bort amning. Deltagarna var förstföderskor med enkelbörd och barnet skulle matas uteslutande med modersmjölksersättning. Det hörde till inklusionskriterierna att barnens ålder skulle vara mellan två och sex månader. Mor och barn skulle ha varit väsentligt friska i samband med förlossningen och modern skulle kunna läsa och förstå svenska språket för att ingå i studien.

Strategiskt urval tillämpades i studien (Polit & Beck, 2016). Urvalet bestod av tio förstföderskor. Åldern på deltagarna varierade från 24-33 år. Utbildningsnivån sträckte sig från grundskola till universitetsutbildning. Deltagarnas civila status var att de var sambo eller gifta med barnets far. Mödrarna bodde på olika platser i Sverige, med variation från landsbygd till olika stora städer. Barnen i studien var födda mellan veckorna 35 och 41. Vaginal förlossning samt akut och planerat kejsarsnitt fanns representerade som förlossningssätt.

Datainsamling

Kontakt togs först genom vårdcentralers verksamhetschef och sedan med de sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården i berört område. BHV-sjuksköterskorna försökte finna deltagare till studien, bland sina inskrivna förstföderskor, men det fanns inga som uppfyllde studiens kriterier. Sökandet efter studiedeltagare i Facebookgrupper påbörjades. I grupperna ”Rätten att välja flaskmatning” och ”Till dig som flaskmatar ditt barn – tips och råd på vägen!” fanns mödrar som ville dela sina erfarenheter. Intervjuerna genomfördes genom videosamtal via Facebook´s Messengerfunktion. Före intervjuerna utfördes, skickades

information om studien (se bilaga 2), via Messenger. MIRF-skalan skickades också till deltagarna i förväg så de skulle kunna förbereda sig. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och längden varierade från ca 10–30 minuter. Ett samtycke från informanten spelades in i samband med varje intervju. Intervjuerna transkriberades ordagrant samma dag som de genomfördes.

Frågor och instrument för att mäta känslor och relation till barnet

Datainsamlingen genomfördes med kvalitativa, semistrukturerade intervjuer samt två inledande, öppna frågor. Semistrukturerade intervjuer består inte av specifika frågor, utan en rad ämnen som innefattar området (Polit & Beck, 2016). Intervjuerna genomfördes i två steg, första steget hade en induktiv ansats och innebar att två öppna frågor ställdes: ”Beskriv din relation till ditt barn?” och ”Beskriv dina känslor inför ditt barn?” Deltagarna fick berätta fritt, med hjälp av eventuella följdfrågor från författarna. Exempel på neutrala följdfrågor kunde vara: ”Vill du utveckla?”/”Vill du berätta mer?”/ ”Är det något du vill tillägga?” (Kvale & Brinkman, 2014). Det andra steget; MIRF-skalan, Mother-to-Infant-Relation-and-Feelings scale (se bilaga 1), hade en deduktiv ansats och innehöll två delar. Enligt Thorstensson, Hertfelt Wahn, Ekström, & Langius (2012) är MIRF-skalan konstruerad så att den första delen beskriver moderns uppfattning angående hennes relation till barnet och den andra delen ger en bild av moderns känslor inför barnet. MIRF-skalan mäter abstrakta fenomen och den fångar de intervjuades beskrivningar. Instrumentet består av fjorton påståenden där skalan delas in i två delar. Svarsalternativet för skalan är sjugradigt med graderingen ett till sju, där sju motsvarar en god kontakt eller ett gott samspel. Den första delen innefattar olika påståenden som är varandras motsatser. Deltagarna värderade var de befann sig på skalan vid respektive påstående, i relationen till barnet. Andra delen innehåller motsatsord där mödrarna graderade sina svar på skalan utifrån hur kontakten med barnet kändes. Deltagarna fick gradera sina svar, sedan fick de berätta om sina tankar kring ämnena. Avslutningsvis ställdes frågan om hur mödrarna uppfattade skalans olika delar (Thorstensson et al., 2012). MIRF-skalans påståenden står emellanåt omvända, vilket studiens författare och deltagare uppmärksammat. Rutinmässiga svar kan undvikas genom att skalans struktur varierar (Polit & Beck, 2016). ”Think aloud”-metoden applicerades på denna studie. Enligt ”think aloud”-metoden uppmuntras deltagarna att tänka högt och under intervjuerna ges särskilt utrymme för att beskriva specifika upplevelser (Drennan, 2003). Enligt Ekström (2011) utgör föräldra-barninteraktion och anknytningsteorier en teoretisk grund för MIRF-skalan.

Analys

Datamaterialet analyserades induktivt och deduktivt genom kvalitativ innehållsanalys, utifrån en modell beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Datan från den induktiva analysen innehöll responsen från deltagarna på de öppna frågorna. Den deduktiva analysens data innefattade svaren från ämnena på MIRF-skalan, vilket var graderingarna samt kommentarerna.

Den induktiva analysfasen delades upp i tre olika faser, vilka var förberedelsefas, organiseringsfas samt redovisningsfas. Förberedelsefasen innebar att välja ut analysenhet, vilket i det här fallet avsåg texten som bildades utifrån intervjuerna. Texten som transkriberades ur intervjuerna läses flera gånger av båda författarna för att få en känsla för helhet av innehållet. Organiseringsfasen innebar i den induktiva analysen att meningar

och ord togs fram ur texten, utifrån syftet i studien. Meningsenheter identifierades, kondenserades och bildade koder. Så många ord och meningar som var nödvändigt, togs ut för att beskriva alla aspekter av fenomenet. Koderna skrevs ut i intervjutexterna och samlades ihop till ett särskilt ark. Varje händelse eller fenomen fick en kod som belyste innehållet i texten. Uttagna koder övervägdes noga så att ingen väsentlig fakta försvann. Koder som hade något gemensamt, delades in i grupper som bildade underkategorier. Abstraktion genomfördes för att komma fram till likheter mellan underkategorierna och bilda huvudkategorier, vilka står för beskrivningar av fenomenet. Ett övergripande tema framkom då latenta tolkningar av texten gjordes gemensamt (Elo & Kyngäs, 2008). Resultatet redovisades med beskrivningar av kategorierna som innefattade illustrerande citat och i tabellform (se tabell 1 och 2).

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen.

Tema: Upplevelser av att skapa en föräldraroll och hur relationen till barnen varierade och utvecklades känslomässigt över tid				
Meningsenheter	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Huvudkategori**
Det har väl nästan kommit allt eftersom det där som alla tycker att man ska känna så fort man ser ungen, om man säger så.	Känslorna har kommit i efterhand, de som vanligen upplevs i första stund med barnet	Fördröjd moderskärlek	Fördröjda moderskänslor	Känslomässiga variationer i moderskapet
Min relation till mitt barn… alltså den… jag tror den är bra, gör jag	Relation till barnet är troligen god	Troligen god relation	Tveksamhet över relationen ser ut	En relation under utveckling
Det har ju blivit lättare att förstå henne och lättare att bemöta henne och bemöta hennes behov ju mer jag förstår henne.	Lättare att bemöta barnet och hennes behov med ökad förståelse	Lära sig tyda barnets signaler	Relationen och känslorna växer sig starkare	En relation under utveckling
En liten ny människa som man överhuvudtaget inte känner.	En ny okänd människa	Ny individ	Förälder för första gången	Rollen som ny förälder

Kommentarer och graderingar angående ämnena på MIRF-skalan analyserades genom en deduktiv, kvalitativ innehållsanalys. Enligt Elo och Kyngäs (2008) genomfördes förberedelsefasen som i den induktiva analysen och all text som bildades genom intervjuerna lästes även här flera gånger av författarna, för att erhålla en helhet av texten. Analysenheten i den deduktiva delen bestod av mödrarnas svar på MIRF-skalan. Organisationsfasen innebar att utveckla en kategoriseringsmall, som väljs utifrån syftet i studien, genom att använda

MIRF-skalan fanns redan givna kategorier (påståenden/ämne). Svar med lägst respektive högst poäng valdes ut för att redovisas i tabellform och övriga svar användes för att ge en generell beskrivning över hur deltagarna hade svarat (se tabell 3). Slutligen jämfördes resultaten från den induktiva analysen med resultaten från den deduktiva analysen. Övergripande likheter identifierades och betydande skillnader i de båda resultaten belystes (Elo och Kyngäs, 2008).

Etiska överväganden

Studien har genom högskolan i Skövde, fått etiskt tillstånd från Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg med diarienummer 40509. Forskning som innefattar hantering av känsliga personuppgifter ingår i det etiska tillståndet (Etikprövningsnämnden, å.u.). I denna studie följdes forskningsetiska principer enligt Vetenskapsrådet (2002). Principerna innefattar informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekravet. Mödrarna fick skriftlig och muntlig information om syftet med studien, samt om deras uppgift och vad för ny kunskap som kunde uppkomma. Enligt informationskravet gavs upplysningar om rättigheter att bestämma över sin medverkan. Information delgavs om att deltagandet var frivilligt och att mödrarna hade rätt att avbryta sin medverkan utan att negativa följder skulle uppstå. Deltagarna utsattes inte för påverkan vid beslut om att medverka eller avbryta studien. Beroendeförhållanden förelåg inte mellan forskarna och mödrarna. Då deltagarna var utspridda i landet gavs endast muntligt samtycke och detta spelades in med mobiltelefon. Mödrarna kunde påverka vilken tidpunkt de ville medverka och bestämma hur länge de deltog. Information gavs om hur uppgifter som samlas in skulle användas och att de endast skulle brukas för forskning, i enlighet med nyttjandekravet. Det är inte möjligt att identifiera vem som lämnade uppgifterna och obehöriga kan inte få tillgång till dem, enligt konfidentialitetskravet. Bakgrundsuppgifter och intervjumaterial förvaras åtskilt och inga övriga personuppgifter finns bevarade, då författarna kodade av materialet direkt. Författarna till studien lämnade in allt material till högskolan i Skövde när examensarbetet var slutfört och innan dess förvarades materialet otillgängligt för obehöriga. På högskolan kommer datamaterialet och kodnyckel att förvaras inlåst, separat och sparas under tio års tid. Vid publicering kommer vare sig tid, plats eller person att vara möjlig att identifiera. Ansvarig för uppgifterna är Högskolan i Skövde (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjuerna planerades med gott om tid för varje deltagare, på grund av att de ämnen som togs upp i intervjuerna kunde upplevas som känsliga för mödrarna.

RESULTAT

Mödrar som inte hade möjlighet att amma och mödrar som valt bort amning, tillhörde studien. Bland de mödrar som inte kunde amma, ingick de med medicinska hinder samt mödrar som försökte amma fast det av olika skäl inte fungerade. Mödrar som, av olika orsaker, hade svårt med närhet ansågs tillhöra de mödrar som inte hade möjlighet att amma. Deltagare som valde bort amning, gjorde det för att de ville dela på ansvaret med matningen med sin partner. Mödrar som led av olika svårigheter, hade valt bort amning då de förutsatte att deras egna problem skulle förvärras av amningen.

I resultatet från den induktiva analysen framkom det ett övergripande tema med tre huvudkategorier samt åtta underkategorier (se tabell 2). Huvudkategorierna ”Känslomässiga variationer i moderskapet”, ”En relation under utveckling” och ”Rollen som ny förälder” framkom. Tema: Upplevelser av att skapa en föräldraroll och hur relationen till barnen varierade och utvecklades känslomässigt över tid. Resultatets tema påvisade hur de berörda mödrarna upplevde att identifiera sig i sin nya situation som föräldrar och vilka förändringar som kunde uppstå i känslolivet efter att barnet fötts. Hur relationen till barnet utvecklades på olika sätt och kunde variera, ingick också i det övergripande temat. Tabell 3 visar det deduktiva resultatet enligt MIRF-skalan. Kolumnen ”Mödrarnas uppfattning om ämnet” gav en generell beskrivning av mödrarnas uppfattningar om respektive ämne/påstående. Kommentarer vid låga poäng påvisade hur deltagarna som gav en låg poäng, uttryckte sig kring ämnet. De mödrar som graderade höga poäng, kunde ge kommentarer som placerades i kolumnen längst till höger.

Tabell 2. Induktivt resultat

Tema: Upplevelser av att skapa en föräldraroll och hur relationen till barnen varierade och utvecklades känslomässigt över tid			
Huvudkategorier:	Känslomässiga variationer i moderskapet	En relation under utveckling	Rollen som ny förälder
Underkategorier:	Starka moderskänslor inför barnet	Starka, trygga relationer	Förälder för första gången
	Svårhanterliga känslor som kan relateras till moderskapet	Tveksamhet över hur relationen ser ut	Den som kommer först hos barnet
	Fördröjda moderskänslor	Relationen och känslorna växer sig starkare	

Känslomässiga variationer i moderskapet

Mödrarna upplevde åtskilliga slags känslor inför barnet, mestadels positiva men också svårdefinierade känslor som innebar problem med att sätta ord på känslorna. Deltagarna erfor känslor av att vilja ta hand om barnet och att det verkligen var deras barn. Mödrarna yttrade sig positivt angående barnets egenskaper. Svårhanterliga känslor som exempelvis

oro framträdde, samt fördröjda moderskänslor där det tagit längre tid att få kontakt med barnet än vad modern förväntat sig.

Starka moderskänslor inför barnet

Mödrarna upplevde starka känslor inför sina barn. Det föreföll som att deltagarna inte hade upplevt känslor i närheten av känslorna de kände inför sina barn. Positiva, omvälvande erfarenheter beskrevs av deltagarna. Moderskärleken var starkare än vad deltagarna hade kunnat föreställa sig; den kunde till och med upplevas som overklig. Deltagarna betonade att de inte kunde veta i förväg hur känslorna skulle påverkas av att få barn. Mödrarna beskrev kärleken till barnet som oändlig och som en upplevelse av varma, glädjerika känslor. Deltagarna berättade om sina moderskänslor:

> *Åh, jag älskar henne mer än något annat på den här jorden, mer än vad jag trodde var möjligt. Mer och mer för varje dag, det är otroligt. Man kan ju aldrig föreställa sig riktigt hur det ska vara när man har sin lilla men det är verkligen fantastiskt, det är otroligt att ha en sån här liten.*

Enligt mödrarna kunde känslorna inför barnet upplevas som svårdefinierade. Det verkade komplicerat att svara rakt och enkelt på en fråga som innefattade något så abstrakt och intimt som känslorna inför det egna barnet. Känslorna var ibland svåra att uttrycka, då det var svårt att beskriva så omfattande känslor:

”Oj, det går nog inte att beskriva riktigt. Det är så väldigt, det är väldigt stort.”

Mödrarna uttryckte en känsla av att vilja sätta barnet främst, att vilja skydda och att på egen hand föredra att sköta om barnet. Deltagarna hade en önskan om att få se sina egna personlighetsdrag framträda hos barnen. Mödrarna upplevde en instinktiv känsla för det egna barnet som var selektiv. Det var känslor som verkade vara ofrånkomliga och som fanns naturligt i moderns beteende.

> *Men att det är klart att det här är ju min unge det är ju liksom att man blir ju den där lejoninnan på något vis. Hur ska jag förklara det? Det är min unge och han kommer i första rummet liksom, det är inte snack om annat.*

Deltagarna uppgav positiva egenskaper hos sina barn, vilka handlade om barnets utseende och beteende. Mödrarna ansåg att det egna barnet var unikt och att det inte var jämförbart med andra barn.

”Oj. Ja, hon är ju typ världens snällaste, underbaraste lilla unge som är glad 99 % av tiden, så jag tycker att det har gått hur lätt som helst med henne.”

Svårhanterliga känslor som kan relateras till moderskapet

Deltagarna uttryckte svårhanterliga känslor som de upplevt i samband med moderskapet. Mödrarnas nya situation krävde anpassning och nya krav på föräldrarollen verkade kunna ge upphov till motstridiga känslor. Känslor av ensamhet när mödrarna kom hem från sjukhuset efter förlossningen förekom. Deltagarna kände sig utelämnade och fick klara sig ensamma, utan stöd från personal. Mödrarna oroade sig ofta för sina barn, exempelvis för deras hälsa och för att någonting skulle inträffa med barnen. Rädsla för att inte kunna ta sig an barnet förekom och en osäkerhet över att klara föräldraskapet upplevdes. Deltagarna oroade sig för barnets framtid och hur de som föräldrar formade barnet. Mödrarna kände sig otillräckliga, ville ge mer och kunde ha känslan av nedsatt ork. Ångest beskrevs i situationer

som var svåra att hantera och motstridiga känslor innebar en vilja av att ta hand om barnet i förhållande till att följa sina egna behov:

> *Han har kolik, så då triggar han mycket ångest hos mig när han är väldigt ledsen, samtidigt som jag kan ha svårt att lämna över honom till hans pappa för att jag vill trösta även om det är svårt att hantera.*

Stress över amning som inte fungerade var en annan faktor som gav upphov till en pressad känsla hos mödrarna:

”Den här stressen med amningen och det där som inte funkade och sådana saker, som gjorde att, det gjorde inte att jag inte älskade mitt barn men så fort jag tittade på honom så blev jag stressad.”

Fördröjda moderskänslor

Mödrarna upplevde att de inte fick den omedelbara kontakten med barnet, inte på det sättet som de väntat sig. Känslorna var inte självklara initialt och det var svårt att njuta av umgänget med barnet. Anledningarna till varför moderskänslorna var fördröjda varierade och deltagarna beskrev olika orsaker. Mödrarna angav amningsrelaterad stress som en orsak, då mödrarna blev stressade av att amningen inte fungerade. Deltagarna hade inte kunnat slappna av förrän de kommit igång med matningen i form av ersättning och därmed varit emotionellt blockerade. En annan orsak som deltagarna beskrev var om barnet fötts för tidigt. Mödrarna var inte förberedda på att barnen skulle födas tidigare, vilket enligt dem resulterade i fördröjda moderskänslor. Rädsla för att inte kunna ta sig an barnet, beskrevs av mödrarna. Deltagarna upplevde inledningsvis svårigheter med att älska sitt barn och känna att det var deras egna. Mödrarna påverkades olika av att moderskänslorna fördröjdes. Det fanns mödrar som upplevdes oroliga av den fördröjda kontakten. och mödrar som accepterade situationen, då de inte tyckte att fördröjningen var något akut problem. Mödrarna beskriver att när moderskänslorna infann sig, upplevdes de som starka och kraftfulla:

”Nu kan jag kan känna, shit, vad jag älskar den ungen och det kunde jag inte känna i början.”

En relation under utveckling

Denna huvudkategori handlade om mödrarnas upplevelser av sina relationer till barnen, de beskrevs huvudsakligen som positiva och trygga. Deltagarna kunde uppleva en viss tveksamhet inför hur relationen var. Relationen utvecklades kontinuerligt i samspelet mellan moder och barn, bland annat genom att modern lärde sig tyda barnets signaler. Barnet förändrades genom sina utvecklingsfaser och sökte kontakt på olika vis.

Starka, trygga relationer

Mödrarna föreföll trivas gott i sina relationer med barnen och gav positiva omdömen om relationerna. Deltagarna beskrev att de byggde upp trygga och positiva relationer till barnen genom att de var närvarande för barnen när de gav tecken på att vilja ha uppmärksamhet. Upplevelser av att ha en harmonisk och trevlig relation till barnen, framställdes av deltagarna. Relationerna upplevdes som spännande och berikande. Deltagarna berättade att de tyckte om att utföra diverse aktiviteter med barnen, ligga och titta på barnen när de sov och att ha barnet nära sig. Mödrarna erfor att relationen var lärorik både för moder och barn:

Jag tycker det är, det är ganska spännande, vi lär oss väldigt mycket av varandra jag och han, [---] vi bär i sjal och sele och sånt där, även om vi inte ammar då. Det är en stark relation från mitt håll.

Tveksamhet över hur relationen ser ut

Deltagarna svarade att de inte visste hur de upplevde relationen, men de förmodade att den var god eftersom det inte var något särskilt som kändes fel i kontakten med barnet. Det som gjorde mödrarna tveksamma över hur relationen såg ut, berodde på de individuella faktorer som omgav dem. Olika hälsotillstånd hos mödrarna kunde göra att de upplevde att relationen inte var som de hade föredragit, vilket exempelvis handlade om nedsatt ork och hur det påverkade barnet. Dåligt samvete hos modern över att hon inte hade den ork som hon hade tänkt sig, föreföll vara ett problem som kunde leda till tveksamhet över relationen:

”Jag orkar nog inte lika mycket som jag hade önskat eftersom jag är trött, kroppen är trött och så. ”

Mödrarna uppgav också en tveksamhet över om de hade den relationen till sitt barn som de borde ha. Deltagarna föreföll vara påverkade av normer gällande hur relationen mellan barn och moder skulle fungera. Mödrarna påpekade att det fanns ingen tidigare erfarenhet att utgå ifrån eller jämföra med, då det var deras första barn. En känsla av osäkerhet upplevdes av deltagarna eftersom de inte kunde relatera till någon liknande relation eller situation.

”Jag tror att vi har den relationen som vi ska ha, mamma och barn, faktiskt. Nu är det här mitt första barn så jag vet inte riktigt.”

Relationen och känslorna växer sig starkare

Mödrarna berättade om relationen som en utvecklande process. Samspelet mellan mor och barn var av betydelse för framstegen i processen, när barnen visade framsteg i utvecklingen kände mödrarna att relationen förändrades. Inledningsvis var det svårt att förstå vad barnen ville, i den nya situationen. Utvecklingsfaser då barnen sökte mer kontakt uppskattades och detta underlättade samspelet enligt deltagarna. Gemenskapen och känslorna blev starkare i samband med att tiden gick och att mödrarna lärde känna sina barn. Deltagarna föreföll genomgå en utveckling med sina barn där de under kort tid lärde känna barnen och kunde komma att tyda deras signaler samt förstå deras olika mönster, fastän de från början varit okända för varandra. Relationen och förändringarna hos barnen beskrevs enligt deltagarna:

”Ja, men det är väl någonting som utvecklas med tiden ju äldre hon har blivit också. Det har ju blivit lättare att förstå henne och lättare att bemöta henne, även att bemöta hennes behov ju mer jag förstår henne.”

Mödrarna verkade ha lättare för att fästa sig vid barnen ju mer de sökte kontakt och visade sina personliga egenskaper. Det föreföll som att deltagarna såg barnet på ett annat sätt och att uppoffringarna kring barnet inte kändes lika mödosamma när barnet tog kontakt. Deltagarna beskrev att när de började se barnet, som från början var okänt, som en individ så kom de närmare barnet. Relationen och känslorna för barnet fördjupades i samband med att utbytet mellan moder och barn växte. Barnen signalerade gensvar utifrån deras ålder och förmåga. Mödrarna delgav att barnen sökte mer kontakt ju äldre de blev, vilket mottogs positivt:

Nu när han blir mer och mer kontaktsökande och inte bara sovandes hela tiden om man säger så, när de utvecklas och man börjar se mer personlighet, då känner jag att då var det liksom lite roligare så man kan börja leka med dem på ett annat vis och så.

Rollen som ny förälder

En ny roll som förälder innebar en stor förändring i livet som kunde vara glädjande, krävande och utmanande. Känslor av att barnet skulle vara närmast mödrarna beskrevs och att en relation till barnet skapades redan under graviditeten.

Förälder för första gången

Barnen föreföll uppta så stor del av mödrarnas tid, att det kunde vara svårt att ta sig tillfälle för reflektion över sitt föräldraskap och hur de förändrades som personer. Deltagarna uppfattades som osäkra när de ställdes inför nya situationer i sitt föräldraskap. Lyckades mödrarna lösa problem, stärktes deras tilltro till den egna föräldrarollen. Mödrarna upplevde att den nya situationen var speciell och unik. Första barnet innebar en omfattande förändring och det var inget deltagarna kunde förutse eller förbereda sig på. Den nya modersrollen upplevdes som osannolik och det var svårt att hantera situationen i början. Enligt mödrarna förändrades livets prioriteringar och barnet sattes främst. Initialt var det flera omställningar, många nya signaler att tyda och att lära känna barnet var av högsta prioritet. Mödrarna beskrev skillnaden mellan att ha sina egna barn och ta hand om andras, exempelvis:

”Det är helt annorlunda att ha ett eget barn jämfört med någon annans barn, hon vänder sig ju alltid till mig och letar efter mig.”

Den som kommer först hos barnet

Föräldrar får olika roller för barnet beroende av olika faktorer och här verkade normer vara av betydelse. Delad matning kunde vara till fördel för att stärka partnerns relation till barnet och för jämställdheten i föräldraförhållandet:

Jag märker ju att min man får större anknytning till honom när han matar och så än att jag ska honom hela, hela, hela tiden. Jag behöver ju inte vara orolig, om han blir hungrig, då blandar han ju en flaska [---] jag vill att han ska han ska vara delaktig.

Mödrarna verkade uppleva en konflikt i att de ville ha ett jämställt förhållande där partnern tog hand om barnet lika mycket som dem, samtidigt som de ville vara den som betydde mest för barnet. Deltagarna erfor att barnen var nöjdast och lugnast hos modern. Mödrarna påpekade att deras relation med barnet hade börjat redan under graviditeten och de förmodade att den perioden påverkade den nuvarande relationen positivt. Deltagarna upplevde att de var närmare barnen än sina partners. De mödrar som uppgav att föräldrarna var likvärdiga inför barnet, saknade känslan av att vara favorit hos barnet. Enligt traditioner och mödrarnas umgängeskrets, var det vanligt att modern var den som var viktigast för barnet:

Det är väl ett självisk behov av att jag är mamma och i min värld så är mamma viktigast för så har det alltid varit för mig, även andra barn i min egen ålder när vi var små och barn jag har sett, syskonbarn, kompisars barn, att det är mamma som gäller.

Tabell 3. Deduktivt resultat

Ämnen/påståenden, MIRF-skalan	**Gradering (1–7)**	**Mödrarnas uppfattning om ämnet**	**Kommentarer vid låga poäng**	**Kommentarer vid höga poäng**
Jag pratar mycket med mitt barn/ Jag pratar inte alls med mitt barn	5–7	Kontakt och språkutveckling. Barnet lärde sig urskilja nyanser.	Glömdes av ibland. Dagsformen hos modern påverkade kommunikationen, trötthet begränsade.	Ständiga samtal. Upplevelser av ömsesidig behållning.
Jag vet vad mitt barn vill/ Jag vet inte vad mitt barn vill	4–7	Mödrarna lärde sig att läsa av vad olika tecken hos barnen betydde.	Svårt att tyda barnet i början och vid förändringar. Vid särskilda situationer, som kolik försvårades tolkningen.	Interaktionen växte sig starkare i samband med tid som spenderades ihop.
Jag vilar bäst när barnet är hos mig/ Jag vilar bäst när barnet är hos andra	1–7	Ville helst ha barnet nära men kunde inte slappna av helt.	Att kunna slappna av bättre när barnet var hos någon annan pålitlig person. Svårigheter med att vila och sova med barnet intill sig.	Tryggast att ha barnet nära. En vilja av att vara i närheten av barnet uttrycktes.
Mitt barn är sötare än andra/ Mitt barn är inte så sött som andra	5–7	Positiva upplevelser om det egna barnets utseende.	Det fanns en objektiv bild om barnets utseende. Andra barn kunde vara söta men ur den subjektiva bilden var det egna barnet sötast.	Barnet var sötast både enligt det subjektiva och objektiva synsättet.
Jag känner mycket starka moderskänslor/Jag känner mycket starka moderskänslor	6–7	Omtumlande känslor. Ett behov av att svara på barnets signaler.	-	Självklart och naturligt. Överväldigande av starka känslor. Fördröjda moderskänslor som utvecklades.
Jag känner att barnet är mitt/Jag känner inte att barnet är mitt	6–7	Säkrare känsla nu än vid barnets födsel. Likheter med pappan betonades.	_	Beskrevs som en självklarhet. En känsla av att vilja ha barnet för sig själv. Förbindelse till

				barnet fanns och förväntningar om barnets beteende.
Jag tycker om att mata mitt barn/Jag tycker inte om att mata mitt barn	4–7	Fungerade väl att flaskmata. Barnen upplevdes som mätta och nöjda. Tillfredställelse av att uppfylla barnets behov.	Behov hos mödrarna fick prioriteras bort på grund av matning. Funderingar om i fall amning vore mer njutbart. Tankar om oxytocinets effekt relaterat till amning.	Barnet går upp i vikt på grund av ersättning. Ökad fysisk och psykisk hälsa hos mödrar. Närhet och mysiga stunder. Andra kunde mata, partnern blev mer delaktig och avlastade modern.
Lätt/Svår	5–7	Det handlade om att kunna förstå och tolka barnets signaler. Varierade beroende på vilken utvecklingsfas barnet var i samt mödrarnas dagsform.	Svårt att tolka signaler, vilket ledde till svårigheter med att bekräfta barnets behov.	Utvecklingen gjorde det lättare att förstå barnet. Gensvar från barnet underlättade kontakten och att tyda barnet.
Säker/Osäker	5–7	Mödrarna blev säkrare och mindre oroliga för att göra fel. Strategier skapades för att hantera olika situationer.	Upplevelse av en känsla som inte är helt säker.	En säker känsla. Ofta visste mödrarna vad barnen ville och vilken sinnesstämning de var i.
Behaglig/Obehaglig	6–7	Mindre behagligt när mödrarna inte visste vad barnen ville.	-	Beskrevs som en behaglig känsla med ett nära samspel.
Trygg/Otrygg	5–7	Tryggare kontakt. En viss otrygghet fanns när mödrarna inte visste vad barnen ville.	Inte helt trygg kontakt. En del situationer var svåra att hantera, exempelvis när det handlade om barnets hälsa.	Mödrarna kände sig trygga i kontakten med barnen och upplevde att det var ömsesidigt.

Stabil/Bräcklig	4–7	Kontakten stabiliserades genom att mödrarna lärde känna sina barn och kunde tyda dem.	Behov som ökad sömnkänslighet hos modern och övrig psykisk ohälsa påverkade kontaktens stabilitet/bräcklighet.	Stabil kontakt trots att mödrarnas humör och tillstånd skiftade.
Nära/Långt ifrån	6–7	Mödrarna upplevde att de var nära sina barn, både fysiskt och emotionellt.	-	En känsla av att närheten fanns där naturligt.
Varm/Kall	5–7	Kontakten upplevdes som varm och kärleksfull av mödrarna.	Mödrarna kunde distansera sig för att orka med svåra situationer, exempelvis vid kolik.	Kontakten upplevdes som ömsesidigt varm även vid de tillfällen då barnen var svåra att hantera.

Sammanställning av induktiva och deduktiva resultat

Det induktiva och det deduktiva resultatet överensstämde inom de övergripande områdena: Det framkom att mödrarna hade starka moderskänslor som utvecklades i olika takt. Känslorna för barnet kunde vara komplicerade och inte enbart lättsamma. Samspelet utvecklades genom att mödrarna lärde sig läsa av barnens signaler, vilket blev lättare ju mer de lärde känna barnen. Gensvar från barnet var betydande för utvecklingen i relationen. Erfarenheter gav mödrarna känslor som säkerhet och trygghet i sin föräldraroll.

Ämnet ”Jag vilar bäst när barnet är hos mig/ Jag vilar bäst när barnet är hos andra” hade som motsvarande tagits upp i det induktiva resultatet som någonting positivt; att det var mysigt att vila tillsammans. Bland svaren fanns hela MIRF-skalans gradering representerad och detta påvisade att det förekom mödrar som föredrog att vila när barnet var med andra, vilket tydde på att det var ett komplicerat område.

I det induktiva resultatet framkom ett beskrivande, nyanserat resultat gällande känslor och relationer. ”Den som kommer först hos barnet” var en kategori som identifierades inom den induktiva delen. Kategorin beskrev uppfattningar om att modern var den som var närmast barnet av föräldrarna i den nya rollen. Enligt svaren på MIRF-skalan kunde det inte urskiljas lika tydligt även om svar som handlade om att vilja ha barnet för sig själv gav indikationer åt samma håll. Abstrakta kategorier som ”Svårhanterliga känslor som kan relateras till moderskapet” och ”Tveksamhet över hur relationen ser ut” urskildes i den induktiva delen.

Ett ämne som inte nämndes i det induktiva resultatet var ”Jag pratar mycket med mitt barn/ Jag pratar inte alls med mitt barn”. I svaren till MIRF-skalan framkom det olika anledningar till varför mödrarna pratade med sina barn samt orsaker till varför kommunikationen kunde utebli. I det deduktiva resultatet blev det uppenbart att mödrarna hade olika strategier för att hantera svåra situationer, exempelvis vid ämnet ”Varm/ Kall”, vilket kunde innebära att mödrarna distanserade sig för sin egen skull.

MIRF-skalan utvärderades av deltagarna som generellt var positiva och skalans innehåll upplevdes som relevant. Allmänna kommentarer om svårigheter med att mäta känslor förekom. Skalan upplevdes som tydlig men de omvända påståendena gjorde att deltagarna kunde bli fundersamma över hur de skulle svara.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En förförståelse har funnits hos författarna när det gäller förhållandet amning-anknytning. Genom förförståelsen förutsattes det att begreppen amning och anknytning hade ett samband. Enligt Polit och Beck (2016) kan förutfattade meningar hota studiens validitet och trovärdighet. Forskare kan oavsiktligt föra över sina förväntningar till studiens deltagare och förorsaka att de svarar utefter forskarnas förförståelse (Polit & Beck, 2016). Då den nämnda förförståelsen blev medvetandegjord, tänkte författarna på amning och anknytning som två fristående begrepp utan samband och utgick därifrån vid litteratursökningsökning samt intervjuer.

Till den kvalitativa metoden har en flexibel forskningsdesign använts då ett rikligt, berättande material samlats in (Polit & Beck, 2016). Till den kvalitativa studien valdes en induktiv och en deduktiv ansats. Enligt Kvale och Brinkman (2014) närmar sig forskare fenomenet förutsättningslöst utan en särskild teori vid induktion. Vissa fall avviker från det som uppskattas som generellt och därför är slutsatsen vid induktion inte helt giltig. Deduktion utgår från hypoteser som härleds till generella hypoteser för att kunna falsifiera dem. En svårighet vid deduktion för forskaren är att veta i fall hypotesen ska avvisas eller i fall de ska bortse från egna observationer, när dessa strider mot varandra (Kvale & Brinkman, 2014). Det har varit en fördel att utgå från båda ansatserna. Hade studien endast utgått ifrån en induktiv ansats, så hade mycket information exkluderats. Påståendena på skalan utgjorde ett utgångsläge som gav tillåtelse att uttrycka känslor som kunde varit svåra att identifiera i annat fall. I början av studien upplevde författarna en viss osäkerhet över skalan men under intervjuerna var det inga problem att förklara den för deltagarna. I samband med användandet av MIRF-skalan fick deltagarna berätta fritt om sina tankar kring ämnena, vilket var en fördel för att kunna fånga upp deras erfarenheter. Det förekom att deltagarna upplevde svårigheter när det gällde att gradera sig på en skala som avsåg känslor, men det blev lättare att uppge en siffra när de fick prata om ämnena. De individuella intervjuerna är en viktig del, när abstrakta fenomen mäts för att fånga deltagarnas omedelbara kommentarer (Bowling, 2005; Streiner & Norman, 2008).

I studien intervjuades tio stycken förstföderskor. Enligt Kvale och Brinkman (2014) kan antalet intervjupersoner skifta mellan fem och tjugofem personer, beroende på tillgängligheten, fler intervjuer leder inte till mer kunskap i ett visst skede (Kvale & Brinkman, 2014). Vid kvalitativ forskning kan en mättnad uppstå då ytterligare deltagare inte tillför någon ny information (Polit & Beck, 2016). Inledningsvis var det problematiskt att finna deltagare till studien. Barnhälsovårdssjuksköterskorna som kontaktades hade svårt att finna deltagare efter kriterierna, då barnen inom de åldrar som inklusionskriterierna efterfrågade, ammades. Hög amningsförekomst inom berörd region sågs som positivt men det försvårade situationen för studien. Sjuksköterskorna upplevde också en hög arbetsbelastning och svårigheter med att hinna söka efter deltagare. Användandet av videointervjuer ledde till ett mer varierat urval geografiskt sett, då sökandet på vårdcentraler varit lokalt. Urvalet blev brett gällande utbildning och ålder hos deltagarna samt varierat i orsaker till varför mödrarna gav sina barn ersättningsmat. Patton (2002) understryker att val av deltagare har betydelse för resultatets giltighet, genom att inkludera personer med olika åldrar och erfarenheter kan resultatet beskriva variationer av fenomenet.

Författarna lade ut förfrågan om deltagande på nämnda Facebook-sidor. Mödrarna fick chansen att anmäla sitt deltagande frivilligt. Det fanns det ingen yttre påverkan, vilket eventuellt inte upplevdes lika uppenbart i de fall då kontakten skulle ha skapats med hjälp av BHV-sjuksköterskan. Deltagarna skulle eventuellt kunna ha upplevt en press att medverka vid förfrågan från sin BHV-sjuksköterska, relaterat till deras tidigare kontakt. De som ville medverka i denna intervju, gjorde det av fri vilja och detta sågs som en styrka för studien. Mödrarna fick information om studien samt ett dokument med MIRF-skalan skickad till sig genom Messenger i förväg, så att de läste igenom och var förberedda vid genomgång av dokumenten. Utskickandet av MIRF-skalan visade hur mätinstrumentet såg ut och gav en uppfattning om vad det innehöll. Det fanns tid att tänka ut frågor innan videosamtalet genomfördes och svaren samt åsikterna som uppgavs av deltagarna kring MIRF-skalan, upplevdes av författarna som väl genomtänkta. Eventuellt blev mödrarna styrda i hur de svarade de öppna frågorna för att de fick se MIRF-skalan först, detta var dock inget som visade sig i intervjuerna.

Författarna upplevde ett större ansvar för deltagarna i studien vid intervjuerna än vad som först planerats. Under första försöket att få deltagare, var meningen att deltagarna skulle kunna välja att ha sin BHV-sjuksköterska i närheten vid intervjutillfället, på grund av att känsliga ämnen avhandlades. Olika positiva förhållanden förknippades med intervjuerna som genomfördes; En avslappnad stämning kunde infinna sig genom att intervjun genomfördes från hemmet och det verkade som att deltagarna var bekväma i den situationen. En upplevelse av en att viss distans mellan intervjuaren och deltagaren underlättade samtalet om känsliga ämnen. Tiden som mödrarna behövde avsattes, så att de skulle känna sig trygga, lugna och kunna ta sig tid att reflektera. Tillsammans med influenser från ”think aloud”-metoden (Drennan, 2003) bidrog förhållandena till utförliga svar och att ”gömda” kunskaper kom fram hos deltagare. I fall intervjuerna exempelvis hade genomförts i ett rum på BVC av mer klinisk karaktär, hade kanske inte mödrarna eller intervjuarna slappnat av i samma utsträckning. Miljön omkring intervjuerna påverkar deltagarna och upplever de avslappning, bidrar detta till att uttömmande svar ges (Kvale & Brinkman, 2014). En nackdel med att utföra intervjuerna genom videosamtal, var att det blev svårare i de fall mödrarna var i behov tröst om de blev ledsna eller berörda. Det upplevdes begränsande att inte vara i samma rum som mödrarna vid situationer då exempelvis en fysisk gest hade varit av betydelse, för att visa omsorg.

Intervjuerna pågick under 10–30 minuter och variationerna kunde exempelvis bero på intervjupersonernas behov av att ta sig tid att berätta om sina erfarenheter. Tidsåtgången kunde även vara relaterad hur väl mödrarna i förväg tänkt ut och bearbetat sina svar. Neutrala följdfrågor enligt Kvale & Brinkman (2014) hade antecknats inför intervjuerna, för att begränsa att författarna ställde egna, spontana frågor. Forskarnas delaktighet i studien kunde påverkas av att de ställde ledande frågor och det kunde lett till ett resultat som speglades av frågorna. Det fanns förfrågningar hos mödrarna om att genomföra intervjuer per telefon, vilket författarna inte accepterade. Enligt Kvale och Brinkman (2014) kan telefonintervjuer vidga utbudet av informanter avseende geografisk lokalisering. Rika och detaljerade beskrivningar försvinner dock ofta och vägledning från kroppsspråk finns inte (Kvale & Brinkman, 2014). Ytterligare en anledning till att använda sig av videosamtal, var för att säkerställa att personen som intervjuas inte var någon annan än personen utgav sig för och undvika så kallade nättroll. Videosamtalen gav ett helhetsintryck av deltagaren, samtidigt

som det var enkelt för modern att boka in en tid. Mödrarna behövde inte boka barnvakt utan upplevde det mycket smidigt, då de kunde ha barnen nära sig under samtalet.

Den kvalitativa forskningsintervjun är subjektiv och det är även tolkningen av intervjun, eftersom forskare finner olika innehåll då de har skilda perspektiv. Utreds de olika perspektiv som läggs på en intervjutext, kan olika tolkningar vara en styrka (Kvale & Brinkman, 2014). Kompetensen hos datainsamlaren avgör hur tillförlitliga resultaten blir (Patton, 2002). Då studiens två forskare analyserade intervjutexterna gemensamt och diskuterade olika koder samt kategorier, ökade studiens tillförlitlighet (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Tolkningar som gjorts utifrån texten påverkades utav författarnas självförståelse och uppfattningar av meningen i texten (Kvale & Brinkman). En svårighet med att ta ut meningsenheter var att de skulle innehålla endast en kod, utan att helheten försvann. Enligt Graneheim och Lundman (2004) fragmenteras materialet då för små enheter valdes ut och för stora enheter kan innehålla mer än en företeelse. Oavsett om blir för långa eller korta, går man miste om viktig information (Graneheim & Lundman, 2004). En tabell med exempel ur analysprocessen (tabell 1) skapades. Beskrivande tabeller underlättar för läsare att göra en bedömning avseende om studiens resultat är överförbart till andra grupper och liknande situationer (Polit & Beck, 2016).

En etisk diskussion uppstod på en av Facebook-sidorna, då medlemmar i gruppen hade åsikter angående hur givandet av modersmjölksersättning skulle benämnas. Deltagarna ansåg att uttryck som "frånvaro av amning" var nedvärderande och därför har författarna försökt formulera sig på andra sätt så att en neutral hållning ska framgå. En avslutande reflektion som författarna funderade över genomgående i relation till studien, handlade om det faktum att författarna inte är föräldrar. Vid kvalitativa studier är det viktigt att forskaren är väl insatt i ämnet som ska studeras (Kvale & Brinkman, 2014). Hur väl inläst intervjupersonen än är inom området, kan det eventuellt i det här fallet vara en nackdel att inte ha upplevt de känslor som förstföderskorna beskriver. Styrkan med att inte ha egna barn och genomföra en studie som denna, skulle kunna vara att en ökad objektivitet föreligger, därmed minskar risken för att omedvetet överföra känslor från egna upplevelser vid tolkningar.

Resultatdiskussion

Syftet i studien besvarades och enligt sammanställningen av induktiva och deduktiva resultat framkom gemensamma erfarenheter. Mödrarna upplevde starka moderskänslor som utvecklades i olika takt. Känslorna till barnen kunde vara komplicerade och inte endast lättsamma. Samspelet utvecklades när mödrarna lärde känna barnen och därmed kunde läsa av barnens signaler. Gensvar från barnen var betydande för relationens utveckling. Erfarenheter gav mödrarna känslor som säkerhet och trygghet i sin föräldraroll.

Huvudfyndet i resultatet bedömdes vara att mödrarna i studien uppgav övervägande positiva svar gällande relationerna till sina barn och beskrev fördelaktiga känslor inför sina barn. Det fanns dock en viss variation bland deltagarnas svar och hur de uppskattade sina känslor. Hur mödrarna uttryckte sina starka och mångfacetterade känsloyttringar angående barnen, uppfattades också som betydelsefullt i sammanhanget. En av känslorna som betonades och beskrevs på olika vis, var närhet. Enligt Cassidy och Shaver (2008) försöker både barnet och den vuxne att upprätthålla en nivå av närhet som känns bekväm, dock kan olika uppfattningar

finnas om vilka avstånd som är acceptabla (Cassidy & Shaver, 2008). Mödrarna i studien som upplevde att de inte var bekväma med närhet och att de inte kunde amma därför, kunde ha varit behov i av stöd i ett tidigt skede. Ett emotionellt stöd borde ges där individen känner sig trygg med personen som ger stödet (Oakley, 1994). Enligt Kennell och McGrath (2005) är det grundläggande för barnets utveckling att en förbindelse skapas mellan modern och barnet. Sjukvårdspersonal kan skapa goda förutsättningar för att etablera en bindning mellan moder och barn. Genom att placera barnet på moderns bröst hud mot hud omedelbart efter födseln och vänta tills barnet vill amma och uppmuntra fortsatt amning ger en god förutsättning. Genom att låta modern vara tillsammans med barnet första timmarna och dagarna efter förlossningen bidrar till att stärka banden dem emellan. Känslig personal kan skapa en miljö som tillåter att starta bindningen mellan moder och barn. Enligt Broberg, et al. (2006) är lösningar som passar både barnet och modern, där barnets integritet och önskningar respekteras, en viktig aspekt i relationen. Tillgänglighet är en dimension för lyhördhet som handlar om att vara närvarande psykiskt och fysiskt i barnets liv (Broberg, et al. 2006). Distriktssköterskan skulle kunna uppmuntra till hud mot hud-kontakt i fall försök till amning är uteslutet. Det är viktigt för samspelet att finna en fysisk samvaro som känns bekväm för modern och barnet.

Mödrarna beskrev genomgående, både i frågorna och genom skalan, att det var viktigt att kunna läsa av barnets signaler. I början var det svårt när allting var nytt och barnet var okänt, men deltagarna lärde sig att på kort tid att tyda och förstå signaler. Cassidy & Shaver (2008) påtalar att anknytningsbeteenden motiverar föräldrars respons. Avstyrande beteende som gråt, motiverar föräldrarna särskilt för att de vill kunna ta hand om barnet och trösta barnet (Cassidy & Shaver, 2008). Mercer och Walker (2006) genomgår studier som utförts angående olika omvårdnadsåtgärder som kan främja moderskapet. Resultatet visar att det som hjälper blivande och nyblivna mödrar mest är ett ömsesidigt samspel mellan dem och sjuksköterskan. Genom stödet modern får förbättras mor-spädbarn interaktionerna och moderns kunskap om spädbarnsvård. Rapporter angående omvårdnadsåtgärder som utförts på gravida kvinnor och på mödrar med barn upp till fyra månader innefattades i studien (Mercer & Walker, 2006). Svaren som uppgavs i samband med MIRF-skalan varierade och det var bara ett påstående som fick de lägsta poängen: ”Jag vilar bäst när barnet är hos mig /Jag vilar bäst när barnet är hos någon annan”. Enligt en studie av Bigelow, MacLean, Proctor, Myatt, Gillis och Power (2010) är moderns känslighet inför barnet relativt konsekvent under de första två och ett halvt åren. Då barnet är fyra månader, upplevs moderns beredskap att ge svar som den starkaste förutsägelsen för tryggheten i barnets anknytning och den kvarstår tills barnen uppnår åldern av två och ett halvt år. Det understryks hur företeelsen att ge respons till barnet på olika vis är av betydelse (Bigelow et al., 2010). En vana av att ständigt vara beredd på att bekräfta barnet gör det svårare för modern att slappna av och orsaka att de föredrog att en annan person tog hand om barnet. Den som fick sköta om barnet var någon modern litade på och även någon som barnet hade god kontakt med. Cassidy & Shaver (2008) uppgav att de flesta barn skapade anknytning till flera personer. Det var viktigt att inte antaga att barnen behandlade personerna de hade anknytning till på ett likvärdigt vis. Ofta var personerna som barnen skapade en anknytning till inte utbytbara och ett hierarkiskt system kunde råda (Cassidy & Shaver, 2008). Ett annat perspektiv angående varför mödrarna graderade ämnet som de gjorde, kunde vara en konflikt i dem då inte visste i fall de skulle sätta sina egna eller barnens behov främst. Slappnade mödrarna inte av med barnet, så behövde de ändå få sin vila på egen hand för att ha fortsatt ork med barnet, så ofta kom barnets behov först fast på olika vis. De mödrar som angav hög

poäng på påståendet tröstade sina barn fastän de var själva var trötta och lämnade inte bort dem. Mödrarna upplevde att relationen stärktes när barnen blev nöjda.

I denna studie framkom det att de mödrarna som upplevde att de misslyckades med amningen uppgav att känslorna för barnen var fördröja. Stressen över att de inte kunde ge sitt barn tillräckligt med näring, kunde göra att mödrarna kände att deras moderskänslor blev hämmade. När mödrarna satte sin egen önskan om att kunna amma åt sidan och började ge ersättning, så upplevde de att barnen blev mätta och nöjda. Barnen blev mindre skrikiga och sov bättre då kunde mödrarna känna sig lugnare och slappna av. Relationen och känslorna till barnen blev starkare och de kunde känna sig trygga med att barnen fick i sig den näringen de var i behov av. Enligt Zwedberg, (2010) kan det vara en lång väg från graviditet till att få en ny individ i sitt liv där vardagslivet fungerar. Oförutsedda händelser kan inträffa, vilka kan orsaka en livskris hos modern. En händelse som kan inträffa är att amningen inte fungerar som förväntat. Normer och attityder i samhället bygger upp en idealbild om amning, modern får en bild av att en god mor ger sitt barn bröstmjölk. När amningen inte fungerar, kan det upplevas som ett misslyckande och det kan i sin tur utlösa en kris hos modern (Zwedberg, 2010). Beskrivningar om att amningen är relaterat till att vara en god förälder framkommer även i andra studier (Sweet, 2008). En uppfattning av den sociala normen är att amning bör utföras och att det är en trevlig samvaro med barnen (Zwedberg, 2010). De mödrar som hade problem med amningen upplevde att samvaron med barnen blev trevligare när de började med ersättning och barnen därmed blev mätta och nöjda.

Mödrarna upplevde ett stort behov av att bli lyssnade till när det gällde frågeställningar kring att inte amma. Aktivt lyssnande är grunden till ett fungerande stöd (Oakley, 1994). För att undvika att mödrarna utsätts för en kris, behöver samhällets värderingar om att duga som moder genom amningen, förändras. Genom att vårdpersonal tar upp frågan om hur mödrarna ser på amning i relation till moderskap, kan mödrarna bli medvetna om skillnaderna mellan amning och att vara en god mor. Det finns en möjlighet att mödrarna reflekterar över sin situation i ett nytt perspektiv; de kan finna nya lösningar på problemen och därigenom komma vidare i sin nya roll som moder. En viktig del för personal som möter dessa mödrar är att lyssna på och bekräfta deras upplevelser. Ett anpassat bemötande, känslighet och lyhördhet för var modern befinner sig i sin process, är av betydelse för hur hon klarar av att hantera situationen. Genom att mödrarna får förtroende för personalen vågar de delge sina upplevelser och känslor, vilket är till grund för att kunna hjälpa mödrarna med deras problem. En möjlighet att skapa ett förtroende är ett öppet förhållningssätt. Genom att vara nyfiken på vad mödrarna har att berätta om sina upplevelser och känslor, så kan de känna sig betydelsefulla och få lättare att öppna sig. När det blir ett givande och tagande i dialogen kan detta leda till en personlig utveckling för mödrarna (Zwedberg, 2010). Modern får en känsla av meningsfullhet, genom att är vårdpersonalen är lyhörda och lyssnar på vad hon är sårbar inför i den sociala interaktionen (von Wright, 2000). Det krävs tid i mötet med modern för att kunna sätta sig in i hennes upplevelser, både känslomässiga och praktiska samt kunna förstå och tolka henne på rätt sätt (Fägerskiöld, Timpka & Ek, 2003).

Deltagarna i studien upplevde att deras roll som moder bekräftades av barnen när de började med ersättning och de kunde ge dem tillräckligt med mat så de blev nöjda. Enligt Zwedberg, (2010) är det viktigt att ha en diskussion angående hur modern uppfattar sin identitet som moder, för att kunna se det som är meningsfullt i modersrollen utan amningen. Modern kan

då göra ett medvetet val hur hon vill gå vidare med amningen utan att det är sammankopplat till att vara en god mor. En utmaning för personalen blir att balansera stödet till modern i relation till att barnet får i sig tillräckligt med näring. Enligt SOSFS 2008:33 ingår det i personalens ansvar att ge information om modersmjölksersättning samt nackdelar med att ge denna ersättning. Personalen ska därmed förklara att amning är det mest optimala, sett till hälsoskäl, i relation till att stödja modern i den svåra situation hon befinner sig, så att hon inte upplever det som ett misslyckande och får skuldkänslor över att inte amma. Enligt Hvatum och Glavin (2016) bör informationen om bröstmjölk och modersmjölksersättning till mödrarna vara balanserad för att motverka upplevelser av skam och skuld.

Mödrarna i studien var oroliga och stressade över att det inte fungerade med amningen, detta kan ha lett till att hormoner som hämmar produktionen och utdrivningen av bröstmjölken utlöstes, vilket kunde ha varit en negativ effekt för amningen (Berglund, 2014). Amningen framställs som en naturlig del av moders biologiska system och det finns en tro på att alla ska kunna amma. En föreställning hos modern om att amningen kommer att vara enkel kan uppstå, vilket kan leda till känslor angående att något är fel, antingen på barnet eller henne om amningen inte fungerar. Informationen om amning bör istället framställas med en aspekt av att amning kan vara avancerad, att det kan uppstå problem och att stöd kan behövas. Sådana viktiga upplysningar kan minska pressen på mödrarna att klara av amningen självständigt och därmed undvika att mödrarna hamnar i en kris. (Zwedberg, 2010). I studien beskrev mödrarna att de hade önskat att personalen hade lyssnat på dem. Genom att fråga om och lyssna på mödrarnas tankar och känslor kring amning hade personalen kunnat stödja och hjälpa mödrarna så att de troligen klarat av att hantera situationen bättre, enligt författarna. Hur modern blir bemött av personalen påverkar hur modern bemöter barnet, genom att ha ett emotionellt bemötande till modern kan leda till att modern bemöter barnet känslomässigt (Karl, Beal, O´Hare & Rissmiller, 2006). Relationen mellan organisationen på en högre nivå och personalen påverkar hur personalen bemöter mödrarna (McInnes & Chambers, 2008). När det inträffar något oväntade för modern kan det var särskilt viktigt med stöd från omgivningen (Lundgren, 2005). Det blev uppenbart vid studiens sökning efter litteratur att det finns ett uppbyggt stöd i vården kring ammande mödrar. Huruvida stödet fungerar, uppfattas olika men det finns ändå en grund att utgå ifrån. Utbildning är en basal faktor när det gäller personal som arbetar med amning (Almeida et al., 2014; Mulcahy et al., 2012). Det är svårt att få en bild av det professionella stödet för kvinnor som ger ersättning. Enligt Bäckström et al., (2010) ökar självförtroendet hos mödrarna när de får individanpassat stöd och i det här fallet ges det vid amning. Författarna till denna studie reflekterar över att mödrar som ger modersmjölkersättning även verkar vara i behov av stöd som utgår från individen.

I studien var det tydligt att mödrarna ville lära sig förstå sina barn och när de kunde göra det så upplevde de att relationen blev säkrare och att känslorna blev starkare. Enligt Zwedberg (2010) innebär föräldrarollen att lära sig samarbeta och förstå en okänd individ med en relation som bygger på öppenhet med givande och tagande. Barnets utveckling sker genom denna relation (Zwedberg, 2010). En moder och hennes barn blir påverkade av omgivningen, amningen involverar biologiska förutsättningar, psykologiska, sociala och kulturella faktorer. Barnet blir en individ först när den får interagera med andra personer. Amning är en relation där barnet får återkommande kontakt med en betydelsefull person, vilket gör att barnet blir någon och kan utvecklas (Mead, 1976). Enligt Bron & Lönnheden (2004) skapas och omskapas människans identitet i relation till betydelsefulla personer. De mödrar som inte ammar kan skapa en återkommande kontakt med barnet som gör att barnet blir en individ

i relation till andra och kan utvecklas. Det är därför av betydelse att vara nära fysiskt och emotionellt när näring ges till barnet. Enligt Zwedberg (2010) har mödrar med god självkännedom, egen trygghet och tillit en förmåga att möta barnet med närvaro. De mödrar i studien som beskrev att de var fysiskt nära och emotionellt närvarande för sina barn uppgav goda och trygga relationer med sina barn.

Mödrarna i den nuvarande studien som fött barn med akuta eller planerade kejsarsnitt, uppgav inte att de upplevde ”fördröjda moderskänslor” eller någon övrig uppenbar svårighet i relationen till sina barn. De berörda mödrarna som inte svarade så högt på MIRF-skalan uppgav andra förklaringar till de låga graderingarna, vilket gjorde resultatet svårtolkat. I en studie av Thorstensson, Nissen och Ekström (2012) tydliggörs det att förlossning genom kejsarsnitt kan påverka relationen mellan barnet och modern på ett negativt sätt. Mödrar som fött barn med kejsarsnitt erhåller en särskild sårbarhet. Det visar sig att då förstföderskorna, vilka erbjuds ett professionellt stöd av vårdpersonal som genomgått en extra utbildning i stöd kring barnafödande och amning, jämfört med vårdpersonal som inte genomgått den utbildningen, får professionellt stöd stärks deras relation och känslor inför barnen (Thorstensson, Nissen & Ekström, 2012). Lai, Hung, Stocker, Chan och Liu (2015) bekräftar i sin studie att modern och barnets anknytning kan bli svagare när barnet föds med kejsarsnitt. Kvinnor som genomgår operationen lider av en annan trötthet än de kvinnor som föder vaginalt. Mödrarna är ofta utmattade postoperativt och nedsatta i sin fysiska funktion. Det betonas att mödrar som opereras för kejsarsnitt bör få specifika åtgärder utvecklade på ett anpassat vis, under tiden de bor på sjukhuset (Lai et al., 2015).

Denna studie fokuserade på modern som förälder. Resultatet påvisade att i de fall som moderns partner delade allt kring barnet med henne, fanns ändå en önskan hos modern om att vara centrum för barnet. Mödrarna uttryckte ändå en glädje och lättnad över att de var två i föräldraskapet, speciellt med fördelen att olika personer kunde mata barnet. Författarnas avsikt var inte att exkludera en familjemedlem. Det vore värdefullt med mer kunskap om nyblivna fäder eller den nyblivna föräldern som inte var gravid i partnerskapet och deras upplevelser kring relationer och känslor inför barnen. Enligt Thomas, Bonér och Hildingsson (2011) framkommer det att fäderna behöver mer uppmärksamhet under graviditeten, som är en omfattande förändring även för dem och de kan känna sig utanför. Fäder oroar sig mest för att kunna balansera arbets- och familjeliv. Förändringar i relationen till modern samt att kunna utveckla en god relation med barnet är andra anledningar till oro för männen. Ekonomi är också något som kan få fäderna att bekymra sig angående framtiden. Fädernas orosmoment är sådant som bör kunna tas upp i de grupper som finns för moderns behov, så att grupperna utökas för att finnas till för familjens behov (Thomas et al., 2011). Fäder kan behöva bjudas in till vårdande kommunikation. Genom kommunikation kan lidande lindras, alltså kan hälsa uppnås genom kommunikation och med hälsa kan en individ uppnå sina mål (Fredriksson, 2012). Barnhälsovården ska kunna vara öppen för hela familjen och avsätta tid för olika familjemedlemmars behov (Lannér Swensson, 2014). Enligt Thomas et al., (2011) understryks det hur fadern kommunicerar med barnet på ett annat sätt än vad modern gör. Olikheter när det gällde lek- och omvårdnadssituationer med barnet är tydliga och kan relateras till föräldrarnas genus. Cassidy & Shaver (2006) framhåller att skillnader när det gäller kvalitéer i föräldraskapet som påverkas av moderskap respektive faderskap, bör uppmärksammas ytterligare.

Konklusion

Mödrar som ger modersmjölksersättning upplever känslorna inför och relationerna till sina barn som positiva, i sin helhet. Fördröjda moderskänslor finns representerade hos deltagarna och de har själva angett tänkbara orsaker till detta. Studien understryker att förstföderskor genomgår en bestående förändring i livet som innebär känslomässiga variationer samtidigt som modern skapar en ny relation till barnet, som först är en okänd individ. Känslor till det egna barnet upplevs som starka och varma men kan också vara av komplicerad karaktär och uttrycka oro samt osäkerhet. Modern är den som står närmast barnet och att modern har haft en lång samvaro med barnet redan innan barnet fötts, är av betydelse. Moderns förmåga att tyda signaler hos barnet och i fall barnet uttrycker gensvar påverkar känslorna och relationen. Fördelar med att ge barnet ersättning upplevs vara att andra personer kan bli delaktiga i barnets omvårdnad samt att avlasta modern. Gruppen av mödrar som har försökt att amma men inte lyckats, är särskilt sårbara. Känslor av att inte duga som moder och en stress över att amningen inte fungerar, gör att moderns psykiska hälsa påverkas negativt. Mödrarna som inte ammar verkar trivas med att ge ersättning till sina barn, samtidigt som de även funderar över hur det skulle vara att amma samt amningens konsekvenser.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

- Studien är värdefull för distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovården, då denna studie tillför kunskap inför mötet med mödrar som ger modersmjölksersättning till sina barn. Barnmorskor har nytta av studien, för att få kunskaper om berörda mödrars situation.

- Ett individanpassat stöd bör ges till mödrar som ger modersmjölksersättning. Distriktssköterskan bör utgå från individens specifika livssituation och anpassa stödet därefter.

- I distriktssköterskans kompetens ingår ett kunnande om ersättningsprodukter som bör uppdateras kontinuerligt. Brister har visat sig inom kunnandet och mödrar har fått söka information på egen hand.

- Samspelet mellan moder och barn handlar ofta om att läsa av barnets signaler och det är värdefullt i fall distriktssköterskan kan ge stöd i detta avseende.

- Modern upplever ofta oro över barnets hälsa och har frågor om barnets utvecklingsfaser. Flera orosmoment kan förebyggas om modern får en god kontakt inom vården under graviditeten.

- Användandet av MIRF-skalan kan vara av värde även polikliniskt för att kunna fånga upp avvikelser och utgå från skalan som ett standardformulär för förstföderskor.

Förslag på fortsatt forskning

- Forskning som inriktar sig på olika specifika grupper som ingår denna studie. Det kan exempelvis vara hur mödrar som äter mediciner och inte kan amma av den anledningen, upplever sin situation.

- Fortsatta studier om hur den förälder som inte föder och bär barnet, påverkas av att bilda familj.

- Hur anknytningen mellan barn och mor påverkas av moderns behov av sociala medier, med tanke på hur närvarande modern är, vid exempelvis måltidssituationer.

REFERENSER

Allen, J. & Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. *The NSW Public Health Bull 16,* 42-46.

Allmänna Barnhuset. (2004). *Att knyta an en livsviktig uppgift: om små barns anknytning och samspel.* Stockholm. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Almeida, J. M., Araújo Barros Luz, S. & Veiga Ued, F. (2014). Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Revista paulista de pediatria*, *33*, 355-362.

Arora, S., McJunkin, C.,Wehrer, J. & Kuhn,P. (2000). Major factors influencing breastfeeding rates: mothers perception of fathers attitude and milk supply. *Pediatrics, 106*(5).

Backlund, J. (2014, 18 mars). *Modersmjölkersättning. Rikshandboken i barnhälsovård.* Hämtad 17 mars, 2017, från http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barn-som-inte ammas/Modersmjolksersattning/

Berglund, M. (2015, 25 maj). *Amningshormoner. Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 2 januari, 2017, från http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Hur-amning-fungerar/Amningshormoner

Bigelow, E., MacLean, K., Proctor, J., Myatt, T., Gillis, R. & Power, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant Behavior & Development, 33,* 50-60.

Blair, A., Cadwell, K., Turner-Maffei, C. & Brimdyr, K. (2003). The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the lataching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeeding review, 11*, 5-10.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic books.

Bowling, A. (2005). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (Third ed.). New York: Open University Press.

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

Bron, A. & Lönnheden, Ch. (2005). Lärande utifrån symbolisk interaktionism. I: A. Bron & L. Wilhelmson (Red.), *Lärprocesser i högre utbildning.* (s. 36–50). Stockholm: Liber

Bäckström, C., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2010). Two sides of breastfeeding support: experience of women and midwives. *International Breastfeeding Journal, 5,* 1-8.

Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child´s Ties I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *HANDBOOK of ATTACHMENT Theory, Research, and Clinical Applications* (2: a uppl., s. 3-22). New York: The Guilford Press.

Distriktssköteföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska.* Hämtad från http://www.distriktsskoterska.com/kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor.pdf

Drennan, J. (2003). Cognitive Interviewing: verbal data in the design and presenting of questionnaires. *J. Adv. Nurs., 42*(1), 57-63.

Earle, S. (2000) Why some women do not breast feed: bottle-feeding and fathers' role. *Midwifery, 16***,** 323-330.

Ekström, A. (2011). *Projektplan. Validering av The Mother-to-Infant Relation and Feelings (MIRF)-skalan och The Mother perceived support from Professionals, Partner och Social network (MoPPS)-skalan.* Hämtad 6 januari, 2017, från http://www.researchweb.org/is/sverige/document/89931

Elo, S. Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal Advance Nurse, 62*,107–115.

Etikprövningsnämnderna. (u.å.). *Välkommen till etikprövningsnämnderna*. Hämtad 14 maj, 2017, från http://www.epn.se/start/

Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s322-330). Lund: Studentlitteratur.

Fägerskiöld, A., Timpka, T.& Ek, AC. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scand J Caring Sci 17*(2); 160-8.

Groër, M. W. (2005) Differences between exclusive breastfeeders, formulafeeders and controls: a study of stress, mode, and endocrine variables. *Biological research for nursing, 7,* 106-117.

Grossman, K., Grossman K. E., Kindler, H & Zimmermann, P (2008). A Wider View of Attachment and Exploration, the Influence of Mothers and Fathers on the Development of Psychological Security from Infancy to Young Adulthood Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *HANDBOOK of ATTACHMENT Theory, Research, and Clinical Applications* (2: a uppl., s. 857-879). New York: The Guilford Press.

Hager-Budny, M. (1998). *Mothers´ choice to breast or bottle-feed her infant and its relation to differences in maternal object-relations and depression.* (Akademisk avhandling). USA: Long Island University.

Hvatum, I. & Glavin, K. (2016). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10:1111/jocn13663

Jansen, J. Weerth, C. & Riksen-Walraven, M. Breastfeeding and the mother-infant relationship - A review. *Developmental Review, 28,* 503-521.

Karl, D. J., Beal, J. A., O´Hare, C. M. & Rissmiller, P. N. (2006). Reconceptualizing the nurse´s role in the newborn period as an ”attacher”. *MCN Am J Matern Child Nurs, 31* (4), 257-262

Kennell, J. & McGranth, S. (2005). Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatr, 94,* 775-777.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Lai, Y-L., Hung, C-H., Stocker, J., Chan, T-F. & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research 28,* 116-120.

Lakshman, R., Ogilvie, D., & Ong, K. (2009). Mothers’ experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Archives of Disease in childhood, 94,* 596-601.

Lannér Swensson, A. (2014, 5 september). *Viktiga strategier i BHV arbetet. Rikshandboken i barnhälsovård.* Hämtad 1 maj, 2017, från http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Viktiga-strategier-i-BVC-arbetet/

Lundgren, I. (2005). Swedish women´s experience of childbirth two years after birth. *Midwifery, 21*: 346-354.

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

McInnes, R, J. & Chambers, J, A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synhesis. *Journal of Advanced Nursing 62*(4), 407-427

Mead, G.H. (1976). *Medvetandet, jaget och samhället: från socialbehavioristisk ståndpunkt.* (P. Arvidson, Trans.). Lund: Argos

Mercer, R. T. & Walker, L.O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing 35*, 662-670.

Moberg, K. & Prime, D. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant, 9,* 201-206.

Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.

Mulcahy, H., Phelan, A. Corcoran P. & Leahy-Warren P. (2012). Examining the breastfeeding support resources of the public health nursing services in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, *21*, 1097-1108

Oakley, A. (1994). Giving support in pregnancy: the role of research midwives in randomized controlled trial. I Robinson, S. & Thomson, AM (Red.), *Midwives, research and childbirth*, (s.30-63). London: Chapman & Hall.

Olander, E. (2003). *HÄLSOVÄGLEDNING I BARNHÄLSOVÅRDEN Syntetisering av två uppdrag* (Doktorsavhandling). Lärarutbildningen: Malmö högskola.

Patton, MQ. (2002). *Qualitative research and evalution methods*. California: Sage Publications inc.

Polit, D. & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10ed.). Philadelphia: Wolters Kluver.

Rikshandboken, barnhälsovård (2014). *Viktiga strategier i BHV arbetet.* Hämtad 7 mars, 2017, från http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Viktiga-strategier-i-BVC-arbetet

Socialstyrelsen, (2016). *Statistik om amning 2014* (Artikelnr 2016–0919). Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-9-19

Socialstyrelsen. (2017). *Barn och familj, barns hälsa, amning. Tio steg som främjar amning*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnshalsa/amning

SOSFS 2008:33. *Socialstyrelsens författningssamling: Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2 januari, 2017, från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8600/2008-10-33_2008_33.pdf

Streiner, DL. & Norman, GR. (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their developement and use* (4th ed.). New York: Oxford university press, pp. 1-431.

Sweet, L. (2008). Expressed breast milk as connection and its influence on the construction of motherhood for mothers of preterm infants: a qualitative study. *International breastfeeding journal, 3*, 1-12.

Thomas, J., Bonér, A-K. & Hildingsson, I. (2011). Fathering in the first few months. *Scandinavian Journal of Caring Science, 25*, 499-509.

Thorstensson, S., Claesson, A., Packalen, A., Herfelt-Wahn, E & Ekström, A (2014). Validating the Mother-to-Infant Relation and Feelings´ Scale by First-Time Mothers´ Descriptions Three Month after Birth. *Journal of Women´s Health, Issues & Care ,3,* 1-7.

Thorstensson, S. & Ekström, A. (2014). To be Supportive or to Care For. *Journal of Nursing and Care, 3,* 1-2. doi:10.4172/2167-1168.1000e114

Thorstensson, S., Hertfelt, WE., Ekström, A & Langius, EA (2012). Evaluation of the Mother-to-Infant relation feeling scale: Interviews with first-time mothers´ for feelings and relation to their baby three days after birth. *International journal of Nursing and Midwifery,4,* 8-15.

Thorstensson, S., Nissen, E. & Ekström, A. (2012) Professional Support in Pregnancy Influence Maternal Relation to and Feelings for the Baby after Cesarean Birth; an Intervention Study. *J Nurs Care 1*, 1–9. doi: 10.4172/2167-1168.1000112

Unicef. (2016). Barns överlevnad. *De allra första åren i livet är helt avgörande för ett barns framtid*. Hämtad från https://unicef.se/fakta/barns-overlevnad

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 2 januari, 2017, från http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

von Wright, M. (2000). *Vad eller vem?: En pedagogisk rekonstruktion av G. H. Meads teori om människors intersubjektivitet* (Akademisk avhandling). Göteborg: Daidalos.

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurse. *International Journal of Nursing Practice, 15,* 156-163.

Wirihana, LA., & Barnard, A. (2012). Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth, 25,* 135-141.

World Health Organization (2016). *Infant and young child feeding*. Hämtad 14 december, 2016, från http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/

Zwedberg, S. (2010). *Ville Amma!: En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär; deras upplevelser, problemhantering samt amningskonsultiva möten* (Doktorsavhandling). Stockholm: Stockholms universitet.

Bilaga 1

MIRF-skalan

Kan du värdera de nedanstående påståenden om dig och ditt barn som du tycker bäst stämmer. Ringa in den siffra som bäst svarar mot din uppfattning.

Jag pratar mycket med mitt barn	1	2	3	4	5	6	7	Jag pratar inte alls med mitt barn
Jag vet inte vad mitt barn vill	1	2	3	4	5	6	7	Jag vet vad mitt barn vill
Jag vilar bäst när barnet är hos mig	1	2	3	4	5	6	7	Jag vilar bäst när barnet är hos andra
Mitt barn är inte så sött som andra barn	1	2	3	4	5	6	7	Mitt barn är sötare än andra barn
Jag känner inte så starka moderskänslor	1	2	3	4	5	6	7	Jag känner mycket starka moderskänslor
Jag känner att barnet är mitt	1	2	3	4	5	6	7	Jag känner inte att barnet är mitt
Jag njuter mycket av att ge mitt barn mat	1	2	3	4	5	6	7	Jag njuter inte alls av att ge mitt barn mat

Hur känns din kontakt med barnet nu? Ringa in den siffra som bäst svarar mot din uppfattning.

Svår	1	2	3	4	5	6	7	Lätt
Osäker	1	2	3	4	5	6	7	Säker
Obehaglig	1	2	3	4	5	6	7	Behaglig
Trygg	1	2	3	4	5	6	7	Otrygg
Bräcklig	1	2	3	4	5	6	7	Stabil
Långt ifrån	1	2	3	4	5	6	7	Nära
Varm	1	2	3	4	5	6	7	Kall

Bilaga 2

Information och förfrågan till nyblivna mammor om deltagande i en studie angående samspelet med barnet.

Bakgrund och syfte

Forskning har visat att ett gott stöd kan vara av stor betydelse för föräldrarnas förmåga att hantera förlossningens utmaningar och ge en god start för familjen samt främja en positiv interaktion mellan mor och barn. Under våren 2017 genomförs en studie. Studien syftar till att ge oss kunskaper om frågeformulär som ska kunna användas för att öka kunskapen om samspelet mellan mamman och hennes barn.

Förfrågan om deltagande

Studien innebär intervjuer individuellt. Ett muntligt samtycke spelas in under intervjun.

Hur går studien till

Intervjun kommer att börja med att du får svara på ett par öppna frågor. Därefter får du fylla i ett frågeformulär. Efter du har fyllt i frågeformuläret kommer du att få berätta med dina egna ord hur du som nybliven mamman uppfattar de olika frågorna, om någon fråga känns svår eller konstig att svara på mm. Intervjun kommer att spelas in.

Innebär ditt deltagande några risker eller några fördelar?

Frågeformulären som du ska fylla i handlar om din känsla för och din relation till ditt barn. Eftersom du är nybliven mamma kan frågorna kännas känsliga eller svåra. Det kan också kännas positivt att få en möjlighet att reflektera över de här frågorna. Om studien väcker jobbiga tankar eller känslor finns möjlighet till stödsamtal via din BVC.

Hantering av insamlade data

Dina svar och din intervju kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och de kommer att kodas före analys. Kodning innebär att man vid analysen inte vet vilken intervju som respektive datamaterial tillhör. Kodning gör det också möjligt, om man har tillgång till kodnyckeln, att identifiera respektive data och detta kan ibland vara nödvändigt för att komplettera information. Datamaterialet och kodnyckel kommer att förvaras inlåst och var för sig separat och sparas i 10 års tid. Vid publicering kommer vare sig tid, plats eller person att vara möjlig att identifiera. Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan i Skövde.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet från studien kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter men allt resultat är på gruppnivå och ingen enskild person kommer att kunna identifieras.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan att behöva motivera ditt ställningstagande eller att detta på något sätt kommer att påverka den vård du får. Studien har fått etiskt tillstånd från Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg.

Ansvariga/studenter:

Emma Blomsterberg. Leg sjuksköterska

Mobil nr; xxx
E-post; xxx

Emma Carlsson. Leg sjuksköterska

Mobil nr; xxx
E-post; xxx

Handledare:

Stina Torstensson. Leg. Barnmorska, leg. Sjuksköterska, filosofie doktor, lektor i omvårdnad,
Institutionen för hälsa och lärande Skövde
Mobil; xxx
E-post; xxx

Bilaga 3.

Bakgrundsfakta

Frågor som kunde relateras till inklusionskriterierna ställdes.

Nedanstående frågor fick deltagarna svara på för att ge ytterligare information om sin bakgrund:

Vilken stad bor du i?

Hur gammal är du?

Vilket är ditt civilstånd?

Var befinner du dig gällande utbildningsnivå?

Kan du berätta hur din förlossning gick till?

Vad orsakar att du inte ammar?