



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv och perinatal hälsa
Kurs: VK-11

Föräldrars oro efter en prematur förlossning - mätt med Baby and You skalan

Parents' worry after a preterm delivery - measured by the Baby and You scale

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

Författare:
Muriel Duthoit
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Emma Fransson
Leg psykolog,
Med. Dr.

Examinator:
Eva Nissen
Leg. barnmorska,
Med. Dr.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Abstract.....	4
Introduktion.....	5
Bakgrund.....	5
Syfte	13
Frågeställning.....	13
Metod	14
Material.....	14
Urval.....	15
Statistisk metod.....	15
Etiska aspekter	16
Resultat	17
Bakgrundsfakta	17
Skillnad i oro.....	18
Samband mellan oro och gestationslängd	18
Skillnad mellan mammor och pappor	19
Diskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	21
Kliniska tillämpningar	23
Referenser.....	26
Bilaga 1.....	30

Sammanfattning

Bakgrund: Att föda ett barn prematurt är omtumlande både för mammor och pappor, med känslor av maktlöshet, skuld och oro för sitt barns hälsa och överlevnad. Detta känslomässiga kaos kan komma att påverka föräldrars psykiska hälsa och anknytningen. **Syfte:** Syftet med den här studien var att belysa eventuella skillnader i oro för sitt barn hos föräldrar med barn födda prematurt jämfört med föräldrar till barn födda i fullgången tid. Samt att undersöka om det föreligger någon skillnad vad gäller oro mellan mammor och pappor. **Metod:** Enkätstudie gjord på 38 mammor och 35 pappor med barn födda prematurt, och 39 mammor och 35 pappor vars barn är födda i fullgången tid. Enkäten är en svensk översättning av den amerikanska skalan för självskattad oro, Baby and You. Enkäten besvarades då barnet var i fyra månaders ålder (korrigerad ålder för barn födda prematurt). **Resultat:** En ökad oro för sitt barns hälsa, överlevnad och framtida utveckling ses i den prematura gruppen jämfört med den fullgångna gruppen både hos mammor ($p = 0,04$) och pappor ($p = 0,03$). En signifikant negativ korrelation ($p = 0,03$) kan ses mellan gestationslängd och oro. Ingen signifikant skillnad vad gäller oro kunde ses mellan mammor och pappor. **Diskussion:** I tidigare studier har flera negativa känslor kunnat ses upp till ett år efter barnets födelse. För att fånga upp de föräldrar som har en ökad risk att utveckla psykisk ohälsa pga. oro för sitt barn kan ett mätverktyg som Baby and You användas. Skalan behöver dock justeras ytterligare för att passa svenska förhållanden. **Slutsats:** Med ökad kunskap och förståelse för den normala reaktionen efter en prematur förlossning kan vi som vårdpersonal stödja föräldrarna för att underlätta omställningen till föräldraskapet.

Nyckel ord: Prematurt födda barn, föräldrar, oro, Baby and You-skala.

Abstract

Background: To have a prematurely born child is a shattering experience for both mothers and fathers, with a sense of losing control, guilt and worry over the child's health and survival. This emotional chaos can affect the parents' psychological health and disrupt the bonding process. **Purpose:** The purpose of this study was to show possible differences in parents anxiety for children born prematurely compared to the level of anxiety in parents of children born after full term and also to study whether there is any difference in anxiety between mothers and fathers. **Method:** A survey carried out on 38 mothers and 35 fathers with an infant born prematurely, and 39 mothers and 35 fathers in the full term group. The questionnaire was answered when the infant was four months old (corrected age for infants born preterm). **Results:** An increased anxiety for the children's health, survival and future development is seen in the preterm group compared to the full term group in both mothers ($p=0.04$) and fathers ($p=0.03$). A significant negative correlation ($p=0.03$) can be seen between gestational age and worry. No significant difference in worry was found between mothers and fathers. **Discussion:** In previous studies several negative feelings of the parents have been seen up to a year after a premature delivery. To apprehend the parents who are at an increased risk of developing mental illness due to a deep concern for their infant, a scale like the Baby and You can be used. However the scale needs to be further adjusted for use in the Swedish setting. **Conclusion:** With a greater knowledge and understanding for the normal reaction after a premature delivery we, as professionals, should be able to further support the parents' transition into parenthood.

Keywords: Preterm infants, parent, worry, Baby and You-scale.

Introduktion

Vi har alla som blivande barnmorskor en viktig uppgift att handleda och ge stöd till de föräldrar som drabbats av något oväntat. Vår utmaning som vårdpersonal blir att hjälpa föräldrarna att kunna bevara sin psykiska hälsa, samtidigt som de ska fungera och anta sina roller som föräldrar. Under min praktik på bl.a. neonatalintensiven har jag sett att det finns en policy för hur man ska arbeta för att föräldrarna ska få det stöd de behöver men att den i verkligheten kan vara svårt att uppnå pga. tidsbrist och bristande rutiner. För att kunna förbättra vårt bemötande behöver vi ha god förståelse för föräldrars olika behov av stöd.

Jag har använt mig av en studie skriven av Furman och O’Riordan (2006) där man utarbetat den så kallade "Baby and You -skalan". Med denna skala skattar föräldern olika aspekter av den tidiga relationen och känslor till sitt prematurfödda barn. Denna skala har utvecklades i USA och har används på amerikanska mammor.

Bakgrund

Prematuritet definieras som förlossning före graviditetsvecka 37, extrem prematuritet före vecka 28 (Lagercrantz, 2008). Ca 6 % av alla barn i Sverige föds för tidigt, 1 % föds före graviditetsvecka 30. Överlevnaden för barn födda prematurt har förbättrats avsevärt tack vare den medicinska forskningens framsteg. För barn som väger över 1000g vid födseln är chansen ca 90 % till överlevnad (Lagercrantz, 2003). Den långsiktiga prognosen beror till stor del på vilka komplikationer som tillstöter under neonatalperioden. De vanligaste kvarstående komplikationerna är kronisk lungsjukdom pga. lungomognad, hjärnskada orsakade av hjärnblödningar, syn eller hörselnedsättning och kognitiva problem som senare visar sig med koncentrations- och lässvårigheter. Vid en prematur födelse i graviditetsvecka 25 är risken för svår hjärnskada med Cerebral Pares (CP) mellan 7-22%, kronisk lungsjukdom mellan 16-71%, svår retinopati 10-27% och betydande funktionsnedsättning med retardation, CP och svår syn och hörselnedsättning under 9 % (Sjöberg, 2004). Med stigande födelsevikt och gestationsålder förbättras barnets prognos då det är bättre rustat för anpassningen utanför livmodern. Komplikationer vid måttlig prematuritet är

respiratory distress syndrome (RDS), vilket gör att barnet kan behöva syrgas, CPAP och i vissa fall respirator. De flesta barn födda måttligt prematurt har svårt att på egen hand behålla kroppsvärmen, vilket kan leda till hypotermi. Prematuritet ökar risken ytterligare för Ikterus, pga. barnets omogna leverfunktion. Ett av fyra barn födda i graviditets vecka 34-36 behöver ljusbehandlas pga. höga bilirubinvärden. Den största utmaningen för nästintill alla föräldrar med dessa barn är barnets nedsatta förmåga att få i sig näring. Amning kräver att barnet kan koordinera sugning och sväljning samtidigt som det andas. Även flaskmatning kan utgöra ett problem. Det prematurt födda barnet har längre sovperioder och är mindre uthålligt än ett fullgånget barn. En ökad risk för uttorkning och hypoglykemi föreligger. Dessa föräldrar kan behöva hjälp med att lära sig tolka barnets signaler på hunger, för att snabbt kunna möta barnets behov (Cleaveland, 2010; Lagercrantz, 2003).

Raphael-Leff (2009) beskriver graviditeten som en psykologisk process. Kvinnan går igenom tre mognadsfaser under graviditeten som motsvarar graviditetens tre trimestrar.

-Första mognadsfasen startar då kvinnan får veta att hon är gravid, kvinnan tar till sig graviditeten med det väntande barnet och föräldraskapet. Vissa kvinnor är ambivalenta, och funderar hur detta besked kommer att förändra dem som människor. Det är en tid av överklighetskänslor, då många frågor väcks hos henne. Hon funderar över sitt egna ursprung, fysiska förändringar och framtiden. För många kvinnor är denna fas även mycket glädjefull med en önskan att få berätta för omvärlden om den goda nyheten.

-Andra mognadsfasen startar då kvinnan börjar känna fosterrörelser och graviditeten känns mer verklig. Kroppen förändras och kvinnan börjar skilja ut ett litet barn. Alla kvinnor fantiserar om ett friskt, fint och fullgånget barn. Många funderar på att något kan vara fel, men överger dessa tankar snabbt. Absurda drömmar om barnet är vanliga under denna period. Omedvetet och medvetet samlar kvinnan på sig intryck från omgivningen och andra mammor för att själv förbereda sin roll och sin relation till sin baby.

-Tredje mognadsfasen är en successiv förberedelse på att möta barnet. Graviditeten bli mer påtaglig då kvinnan blir tyngre och hon längtar efter att få se och träffa barnet. Detta ska skapa motivation och kraft till förlossningens stora arbete. I denna period upplever de allra flesta kvinnor en viss rädsla och oro för förlossningen. Tankarna kring förlossningen är ett sätt för kvinnan att bearbeta och prata om sina farhågor och förväntningar med sin partner.

När en förlossning startar prematurt avbryts denna mognadsprocess tidigare och föräldrarna har inte hunnit förbereda sig optimalt på att ta emot sitt barn (Raphael-Leff, 2009).

Efter förlossningen vill föräldrarna lära känna sitt barn, genom att hålla, röra och titta på det. Vid en prematur födsel skiljs ofta föräldrarna och barn åt direkt efter förlossningen då barnet behöver förflyttas till neonatalavdelning (Roller, 2005).

Efter en fullgången och normal förlossning får kvinnan omgående bekräftelse på att barnet mår bra och att hon varit stark och duktig, efter en prematur förlossning kan denna första bekräftelse försenas eller helt försvinna, då barnet tas omhand akut och dess tillstånd förbli oklart under en kortare eller längre tid. Kvinnan riskerar då att tvivla på sig själv och sin förmåga att vara gravid och föda barn (Stjernqvist, 1999).

I en intervjustudie av Fegran och kollegor (2008), undersöktes mödrar och fäders upplevelser efter en prematur förlossning och interaktionsprocessen därefter. En återkommande känsla hos mödrarna var maktlöshet och en känsla att vara utanför sin egen kropp under förlossningen, detta kunde beskrivas även av mödrar som blivit förberedda på en prematur förlossning. Fäderna beskrev situationen som traumatisk och chockartad med oro för både modern och barnets hälsa. En far beskriver sin tacksamhet över att fått följa med till neonatalavdelningen med barnet och att inte behöva lämna barnet ur sikte. Tiden därefter följdes av ovisshet och för vissa föräldrar återkommande dåliga nyheter. Ett par berättade om en obehagskänsla och ovilja att besöka sitt barn då de förknippade besöket med mer dåliga nyheter. Känslan av överklighet kan ge uttryck i föräldrars frågor som: -Kan denna lilla sak verkligen växa upp och bli en vuxen människa? eller -Lever verkligen barnet då de ligger i respirator? (Klaus et al, 1995)

En fransk studie baserad på mödrars känslor efter en mycket förtidig förlossning, beskriver att om ingen medicinsk orsak till den prematura förlossningen kan hittas upplevde vissa kvinnor att skulden lades på dem, att de pga. stress eller oförsiktighet med resor eller arbete under graviditeten hade orsakat den prematura förlossningen (Garel et al, 2007). Några kvinnor upplevde även skam över att inte vara dugliga till att bära sitt barn under hela graviditeten. Dessa känslor gjorde att de hade svårare att lämna sina barn även för kortare stunder, en mamma beskrev att hon upplevde en skuld till barnet att vara vid dess sida hela tiden. Majoriteten av mödrarna upplevde att de var ensamma med sin erfarenhet, vilket kunde leda till social isolering. Kvinnor har pga. den fysiska distansen då barnet kräver intensivvård svårare att känna sig som mammor och den förväntade känslan av överväldigande kärlek uteblir. Med tiden och med möjlighet att vara nära och hålla i sitt barn stärktes känslan av att vara en normal mamma (Lupton & Fenwick, 2001).

Tidigare studier har ofta berört mödrars upplevelser. Fäders upplevelser och känslor efter en prematur förlossning är inte lika undersökt. Fadern har samma betydelse som modern för att skapa en bra grund för föräldraskapet. En svensk intervjustudie gjord på nyblivna fäders känslor och upplevelser kring vården av deras prematurt födda barn visar att vården är riktad främst till de nyblivna mödrarna. Fadern prioriterar modern och barnets hälsa först och sina egna behov sist. Papporna beskrev situationen som "utanför verkligheten" och "ett känslomässigt kaos". All den medicinska utrustningen upplevdes som ett hinder för att komma sitt barn nära, rädsla fanns att ha sönder eller råka dra ur slangar och sladdar. Även barnets oförmåga att integrera med sina föräldrar och upplevelsen av att personalen hade bättre hand om barnet och visste vad det behövde, gjorde att fäderna fick svårare att känna sig som pappor (Lundqvist et al, 2007).

För att kunna bemöta föräldrarnas olika behov av stöd är studier gjorda för att belysa skillnaderna mellan mammornas och pappornas känslor i samband med vården av deras prematurt födda barn. En studie gjord i Kalifornien visar på att mödrar upplever mer oro och känner sig oftare deprimerade än fäder. De upplever även svårigheter med anpassningen och att knyta an till sitt barn (Doering et al, 1999).

Rutinerna direkt efter en normal förlossning har förändrats med tiden, numera strävar man efter att barn och mor ska ligga hud-mot-hud så ostört som möjligt de första timmarna. Studier visar att denna första närhet har gynnsamma effekter på amningen men även långsiktigt vad gäller interaktionen mellan mor och barn (Bystrova et al, 2009). Det har visat sig att de mödrar som får möjlighet att få barnet iklätt enbart i en blöja och eventuellt en mössa, direkt på bröstet efter förlossningen ammar längre än de mödrar vars barn kläs på och lindas in i filter innan de får komma till sin mors famn (Bier et al, 1996). Samma studie visade även att de barn som låg hud-mot-hud hade lättare att syresätta sig än de barn som var invirade i filter. I Colombia skrevs mödrar och deras prematurt födda barn ut från sjukhusen då dessa var överfulla och sängplatser saknades. De rekommenderades att barnet skulle hållas tätt intill kvinnans kropp hela tiden för att inte riskera att barnet blev nedkylt. Denna metod kom att kallas kängurumetoden och visade sig vara mycket fördelaktig för barnen då de hade mindre infektioner och en bättre tillväxt än de barn som låg i kuvös (Klaus et al, 1995). Kängurumetoden blev ett sätt att öka hud-mot-hud kontakten mellan barnet och sin förälder. Metoden innebär att barnet läggs med direkt hudkontakt mot modern eller faderns bröst, en sjal eller duk kan lindas om de båda så de kan promenera och ha armarna fria. Tidig tillämpning av kängurumetoden har visat sig förbättra moderns lyhördhet till barnet och ge en känsla av kompetens under neonataltiden (Tessier et al, 1998) och minska känslan oro och ångest då föräldern måste lämna sitt barn (Kleberg et al, 2007). I en annan studie beskriver kvinnor att det känner sig varma i hjärtat och att de känner sig behövda av sina barn då de använde kängurumetoden. Vissa kvinnor beskrev en känsla av lycka som de aldrig tidigare upplevt (Johnson, 2007; Roller, 2005), den positiva känslan förbättrade tålamodet och gav kraft i den svåra situationen. Känslan av att vara behövd och att kunna underlätta för vårdpersonalen upplevdes som tillfredställande för föräldrarna (Johnson, 2007). Den nära hudkontakten gav en känsla av att vilja beskydda och att kunna överföra energi till sitt sköra barn, detta stärkte självförtroendet och minskade oron hos föräldrarna (Fegran et al, 2008).

En svensk observationsstudie visar att den första hud-mot-hud kontakten fördröjs upp till 6-8 dagar efter en prematur födelse pga av barnets ostabila läge eller respiratorbehov. Dock skiljer sig detta stort över landet, där vissa kliniker strävade

efter att tidigt låta föräldrarna hålla sitt barn i famnen trots all medicinsk utrustning och barnets kritiska läge (Mörelius et al, 2012). Den nära kontakten till sitt barn som hud-mot-hud metoden erbjuder tros förbättra föräldrarnas möjlighet att knyta an till sitt barn. I takt med att bindningen blir starkare ökar dock känslan av oro för sitt barns hälsa och överlevnad hos föräldrarna (Kleberg et al, 2007). Vid en uppföljning en månad efter utskrivning visade det sig att de barn som fått möjlighet att ha mer hudkontakt med sina mödrar var mer alerta och interagerade mer med sina mödrar (Tessier et al, 1998).

Separation från sitt barn genererar osäkerhet och oro (Fegran et al, 2008) och en ökad känsla av stress hos föräldrarna (Tessier et al, 1998). Föräldrarnas försämrade psykiska hälsa i kombination med ett begränsat umgänge har visat sig kunna försvåra anknytningsprocessen (Stjernqvist, 1999).

En svensk studie visar att om föräldrarna erbjuds en sängplats på neonatalavdelningen och möjlighet att vara nära sitt prematurt födda barn dygnet runt förkortades den totala vårdtiden med drygt 5 dygn. Författarna menar att resultatet delvis kan förklaras med att föräldrarna som hade möjlighet att vara med sitt barn större delen av dygnet kunde se och svara på barnets signaler i större utsträckning än då enbart personalen med flera barn att övervaka skulle tillgodose detta (Örtenstrand et al, 2010).

En av de mest beskrivna anknytningsteorier är skrivet av barnpsykiatrikern John Bowlby (1997). Han menar att det nyfödda barnet har ett biologiskt beteende att söka sig till sina föräldrar, detta för att få skydd och omhändertagande under den första tiden då barnet är i stort behov av att bli omhändertaget av någon. Anknytningen startar redan innan förlossningen, då barnet lär känna sina föräldrars röst. Barnet kommer att med tiden visa tydligare att hon/han föredrar den person som oftast är med och hos barnet. Detta för att fortsätta stärka anknytningen. Om anknytningen störs kan samspelet och interaktionen mellan föräldern och barnet försämrast. Ett försämrat samspel kan påverka barnets utveckling negativt.

Vid en tryggt utvecklad anknytning har barnet en förmåga att söka sina föräldrars närhet, och använder sin förälder som en "trygg bas" vid utforskning av omgivningen. Den tidiga anknytningen kan komma att påverka individens framtida relationer i livet (Bowlby, 1997).

Hos många föräldrar till prematurt födda barn finns det en oro att den tidiga födseln skulle kunna innebära en försvårad anknytning (Stjernqvist, 1992). Oron för anknytningen upplevs som en svår utmaning även hos de föräldrar som har erfarenhet av ett prematurt fött barn sedan tidigare (Fegran et al, 2008). Mödrar kan behöva hjälp att sörja sin graviditet och förlossning och sitt drömbarn för att underlätta anknytningen (Stjernqvist, 1999).

Det föräldrar till prematurt födda barn oroar sig mest för under neonataltiden är barnets medicinska problem, om barnet kommer att utvecklas normalt, när barnet kan få komma hem och om barnet kommer att vara sjukt resten av livet. Mer sällan oroar sig föräldrar över huruvida deras barn kommer att överleva eller inte (Docherty et al, 2002).

Poehlmann med kollegor (2001) har i flera studier undersökt huruvida den tidiga anknytningen mellan mor och barn påverkas av olika faktorer. I denna studie har hon funnit ett samband mellan depressiva symtom hos mödrar med prematurt födda barn och en försämrad anknytning då barnet var i ettårsåldern (korrigerad ålder). Studien visar även att moderns depressiva symtom var relaterade till graden av neonatala komplikationer hos barnet (Poehlmann & Fiese, 2001). Problem i anknytningen kan ge en känsla av att vara en sämre förälder. Likaså ger en god tillväxt hos barnet ett ökat självförtroende hos föräldrarna (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009).

Ett nyfött barn lyssnar efter bekanta röster och vänder sig emot dem. När barnet ser ett ansikte förändras deras ansiktsuttryck, de försöker fokusera med blicken. Detta beteende kan liknas vid att barnet redan känner sina föräldrar och gör att föräldrarna genast vill hålla och röra barnet för att lära känna det. Denna respons kallas för bonding. Kunskapen om bondingprocessen har förändrat förlossningsvården över hela världen. Numera strävar man efter att föräldrarna ska bo i lugn och ro efter förlossningen för att främja denna första bonding. Ett prematurt fött barn har ett mer omoget sökbeteende, sover mer och är skörare än ett fullgånget barn och kan alltså inte lika lätt interagera med sina föräldrar till en början (Klaus et al, 1995).

Hur en störd bonding påverkar den fortsatta relationen är det delade meningar om. I en översiktsartikel av Korja med kollegor (2012) kunde flera studier visa på att mödrar till prematurt födda barn var mer aktiva och försökte styra lekandet mer, dock log de mindre, berörde barnet mindre och hade mer sällan ögonkontakt med sitt barn jämfört med mödrar till barn födda i fullgången tid. Detta menar författarna kunde vara ett kompensatorisk beteende från moderns sida. Sjukvårdstiden efter barnets födelse försvårade bindningen och då även moderns förmåga att utveckla starka känslor till sitt barn. Observationerna kunde vidare visa att de prematurt födda barnen var mindre aktiva i leken och mer otåliga än de barn som fötts i fullgången tid (Korja et al, 2012). Minde med kollegor (1983) har funnit att föräldrar till sjuka, prematurt födda barn, har mindre interaktion med barnet även efter det att barnet återhämtat sig. Osäkerheten kring barnets överlevnad gör att föräldrarna hämmas emotionellt under det första levnadsåret.

En uppföljning under barnets första levnadsår visade att oron hos modern återkom varje gång barnet blev sjukt. Återinsjuknandet upplevdes för flera mödrar som värre än den första tiden efter förlossningen då en relation och känslor hade utvecklats och minnena åter gjorde sig påminda. Somatiska besvär kopplade till deras mående efter förlossningen upplevdes av nästintill alla mödrar. Migrän, ryggvärk, magont, matleda och extrem trötthet tillhörde de vanligaste besvären (Garel et al, 2007).

Även de mödrar som föder sitt barn i graviditetsvecka 34-36 upplever mer oro över situationen efter förlossningen och har oftare depressiva symtom än mödrar som föder ett friskt och fullgånget barn. Oron kommer dels från behov av medicinsk behandling innan förlossningen, eller av de ändrade planerna att plötsligt inte få föda vaginalt utan behöva göra ett kejsarsnitt och därefter få ett litet och möjligen skörare barn än förväntat. Mödrarna beskriver frustration över att inte hunnit förbereda sig känslomässigt att bli förälder. Det mödrar till fullgångna barn upplever som små gupp på vägen kan lättare hanteras då de har ett friskt och välmående barn. De psykologiska mognadsfaserna som nämnts ovan störs även då barnet bara är fött några veckor prematurt (Brandon et al, 2011).

Många studier är gjorda för att identifiera prediktorer för att utveckla psykisk ohälsa hos mödrar till prematurt födda barn. En viktig faktor är barnets hälsotillstånd och prognos. Därtill finns ytterligare kända förhållanden som t.ex. socialt stöd från partner, familj och personal samt eventuellt tidigare psykisk ohälsa. Även utbildningsnivå, ålder, ekonomiska förhållanden har visat sig spela en viss roll (Miles et al, 2007; Holditch-Davis et al, 2009; Furman & O’Riordan, 2006). Kvinnor som har barn sedan tidigare är möjligen lite mindre benägna att få dålig självkänsla och att känna att de inte duger som förälder än de kvinnor som får sitt första barn. Unga föräldrar i en relativt ny relation innebär också en riskgrupp för psykisk ohälsa. Oron kan vara uttryck för rädslan att bli lämnad ensam med sitt barn (Stjernqvist, 1999). Ogifta mödrar och mödrar vars barn åter läggs in på sjukhus efter utskrivning upplever mer oro för sitt barns hälsa och upplever föräldrarollen som mer påfrestande. Föräldrars oro efter en prematur födelse har visat sig kunna ge depressiva symtom och en negativ personlig utveckling hos modern upp till ett år efter förlossningen (Docherty et al, 2002). Mer än hälften av alla mödrar med prematurt födda barn riskerar att utveckla depression om man utgår från deras självskattade symtom på depressionskalor (Miles et al, 2007). Dessa skattade värden minskar i takt med att barnet blir äldre (Miles et al, 2007 & Holditch-Davis et al, 2009).

Syfte

Syftet med denna uppsats är att belysa eventuella skillnader i oro för sitt barn hos föräldrar med barn födda prematurt jämfört med föräldrar till barn födda i fullgången tid. Dessutom har jag undersökt om det föreligger någon skillnad vad gäller oro hos mammor jämfört med pappor.

Frågeställning

- Skiljer sig graden av självskattad oro mellan föräldrar som fått barn prematurt jämfört med föräldrar som fått barn i fullgången tid?
- Finns det ett samband mellan gestationslängd och självskattad oro?
- Skiljer sig graden av självskattad oro mellan mammor och pappor?

Metod

Material

Jag har tagit del av insamlat material från en större enkätstudie. Materialet är insamlat under 2007-2008. Enkäten innehåller bland annat en svensk översättning av ett mätverktyg för självskattad oro hos föräldrar kallad Baby and You. Detta har tidigare använts för mödrar med barn födda prematurt i USA (Furman & O’Riordan, 2006).

Frågorna i Baby and You, delas in i tre delskalor enligt följande (se även Bilaga 1):

- *Skala 1 Oro.* Angående oro för barnets hälsa, överlevnad och framtida utveckling.
- *Skala 2 Interaktion.* Angående interaktion och samspel mellan föräldern och sitt barn.
- *Skala 3 Separation.* Angående känslor och separationsångest i samband med att föräldern och barnet är ifrån varandra.

Enkäten är uppbyggd med svarsalternativ i 4 eller 5 grader. I enkäten är delskalornas svarsalternativ inte likriktade vad gäller gynnsamma eller ogynnsamma poäng. För att få ett mer överskådligt resultat, har jag likriktat svarsalternativens poängsättning så att låga poäng enhetligt står för gynnsamma svar. Låga poäng står alltså för låg oro (skala 1), god interaktion (skala 2) och ingen separationsångest (skala 3), medan höga poäng står för hög oro, dålig interaktion och mycket separationsångest. Se bilaga 1. Svaren i delskalorna 1 är poängsatt med min 3 och max 15 poäng, i delskala 2, min 3 och max 12 poäng och i delskala 3, min 3 och max 15 poäng.

Föräldrarna svarade på enkäten då barnet var fyra månader (korrigerad ålder för barn födda prematurt). Bakgrundsdata (ålder, utbildning och födelseland) har hämtats från en enkät som besvarades under BB-tiden. Totalt har jag hanterat svar från 147 föräldrar. Föräldrarna var förstagångsföräldrar med undantag för fyra pappor som hade barn sedan tidigare. Föräldrarna delades in i två grupper. I den första gruppen ingår 38 mammor och 35 pappor med barn födda prematurt i graviditetsvecka 24 tom 35, i den andra gruppen 39 mammor och 35 pappor vars barn är födda i

gravitetsvecka 38 t.o.m. 41. I de båda grupperna har jag skiljt mellan mammornas och pappornas svar. I tabell 1 presenteras gruppfordelningen med hela gestationsveckor.

Tabell 1. Medelvärde och median för barnets gestationsålder i hela veckor i de två grupperna

Grupper	N	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Fullgången	39	39,6	40	38	41
Prematur	38	30,8	32,5	24	35

Urval

Föräldrarna i de två grupperna tillfrågades om deltagande i studien då de sökt sig till förlossningsmottagningen och skrevs in pga. spontan förlossningsstart. Deltagarna rekryterades från Karolinska Sjukhuset i Solna. I enstaka fall förlöstes och vårdades kvinnorna på annat sjukhus av logistiska skäl. Samtliga kvinnorna väntade sitt första barn. Av de tillfrågade som var i graviditetsvecka 24-35 accepterade 75% medverkan i studien och av de som var i graviditetsvecka 38-41 accepterade 50% medverkan. Vissa barn i studien flyttades till neonatala intensivvårdavdelningar direkt efter födelsen, medan andra barn kunde följa med sina föräldrar till BB-avdelning. Föräldrarna som inkluderades i studien var över 18 år och svensktalande. De kvinnor som hade diabetes, preeklampsi eller systemisk sjukdom under graviditeten exkluderades, även flerbörd och kända fetala missbildningar exkluderades. För att minska risken för överlapp mellan grupperna pga. felberäkning av gestationslängd har föräldrar vars barn är födda lite för tidigt (1-2 veckor) exkluderats.

Statistisk metod

Data har bearbetats i Dataanalysprogrammet SPSS statistics 20. Med hjälp av oberoende T-test har jag kontrollerat skillnader i medelvärde på ålder, utbildningsnivå och födelseland mellan de två grupperna (prematur och fullgången).

För att kontrollera skillnader i skattad oro mellan grupperna (prematur och fullgångna) har jag använt Mann-Whitney U-test pga. att variablerna var snedfördelade (delskalorna 1, 2 och 3).

Wilcoxon signed rank-test har använts för att kontrollera eventuella skillnader inom föräldraparet vad gäller skattad oro.

Då jag undersökte om det fanns ett samband mellan upplevd oro och gestationslängd använde jag Spearman's test, även detta pga. av att variablerna var snedfördelade. Statistiskt signifikanta resultat ses om $p = < 0,05$ i denna studies resultat.

Etiska aspekter

Information om bakgrund, syftet och innebörden av studien gavs skriftligt och muntligt till föräldrarna. Deltagandet har varit helt frivilligt och har kunnat avbrytas när som helst. Föräldrarna informerades även om att deras vård inte skulle påverkas i något avseende, oavsett om de valde att medverka eller inte. Föräldrarna tillfrågades om medverkan till studien i en känslig situation, som förlossningen innebär. Om en deltagare efter medverkan i studien stod i behov av psykologiskt stöd erbjuds han eller hon kuratorskontakt.

Enkäterna kodades och har hanterats konfidentiellt. Studien är godkänd av den etiska kommittén.

Resultat

Bakgrundsfakta

Det var ingen signifikant skillnad mellan föräldrarna i den fullgångna och den prematura gruppen vad gäller födelseland och utbildningsnivå. Papporna i den fullgångna gruppen var signifikant äldre än i den prematura gruppen ($p=0,05$). Ingen signifikant skillnad ses hos mammor vad gäller ålder. Se Tabell 2.

Tabell 2. Fördelning av ålder, födelseland och utbildningsnivå i grupperna.

	Mammor			Pappor		
	Fullgången (N= 39)	Prematur (N= 38)	P-värde	Fullgången (N= 35)	Prematur (N= 35)	P-värde
Ålder						
Median (Spridning)	30 (22-40)	31 (22-39)	ns	32 (22-49)	31 (23-41)	0,05
Födelseland						
Antal Sverige	31	34	ns	33	32	ns
Annat	8	4	ns	2	3	ns
Utbildnings- nivå Antal						
Högskola/ Universitets- utbildning	27	24	ns	20	22	ns
Ej högskola/ universitets- utbildning	12	14	ns	15	13	ns

ns (non signifikans)= ingen signifikans.

I den prematura gruppen var sju kvinnor äldre än 35 år, jämför med den fullgångna gruppen där endast en kvinna var över 35 år. Dock fanns sju fäder över 40 år i den fullgångna gruppen jämför med fyra i den prematura gruppen.

Skillnad i oro

En signifikant skillnad kan ses mellan den fullgångna gruppen och den prematura gruppen både hos mammor och hos pappor med delskala 1. Föräldrar till prematurt födda barn uppvisar en ökad oro för sitt barns hälsa, överlevnad och framtida utveckling jämfört med föräldrar till barn födda i fullgången tid. Se tabell 3.

På delskala 2 kan en signifikant skillnad ses hos mammor där den prematura gruppen skattar lägre poäng vad gäller interaktion och samspel med sitt barn än mödrar till barn födda i fullgången tid. Ingen signifikant skillnad ses i svaren hos pappor på delskala 2.

Delskala 3 angående separation visar inte på några signifikanta skillnader mellan de två grupperna hos varken mammor eller pappor. Se tabell 3.

Tabell 3. Skillnad i median och spridning för delskalorna i Baby and You hos mammorna och papporna i de två grupperna mätt med Wilcoxon W.

	Mammor			Pappor		
	Fullgången (N= 39) Median (spridning)	Prematur (N= 38) Median (spridning)	P-värde	Fullgången (N= 35) Median (spridning)	Prematur (N= 35) Median (spridning)	P-värde
Skala 1 Oro	3 (3-10)	4 (3-10)	0,04	3 (3-8)	4 (3-10)	0,03
Skala 2 Interaktion	3 (3-9)	3 (3-5)	0,03	3 (3-6)	3 (3-6)	0,5
Skala 3 Separation	8 (4-11)	7 (4-11)	0,5	7,5 (5-11)	7 (5-10)	0,7

Samband mellan oro och gestationslängd

Som framgår av tabell 4 ses en signifikant negativ korrelation mellan gestationslängd och oro hos mammor. Ju kortare gestationslängd desto större var oron för barnets

hälsa, överlevnad och framtida utveckling. Ingen korrelation ses mellan gestationslängd och de övriga två skalorna. Ingen korrelation mellan högt skattade värden i någon av skalorna och gestationslängd ses hos papporna.

Tabell 4. Samband mellan gestationslängd och oro hos mammor och pappor.

Prematur och fullgången ihopslaget, mätt med Spearman's rho.

	Skala 1 Oro		Skala 2 Interaktion		Skala 3 Separation	
	Mammor (N= 38)	Pappor (N= 35)	Mammor (N= 38)	Pappor (N= 35)	Mammor (N= 28)	Pappor (N= 33)
Korrelations koefficient	-0,36	-0,07	0,01	0,13	0,06	-0,01
P-värde	0,03	0,68	0,96	0,47	0,76	0,97

Skillnad mellan mammor och pappor

Skillnaden mellan mammor och pappor i båda grupper med hjälp av Wilcoxon Signed ranks-test visar att mammor har signifikant högre värden än pappor i delskala 2 ($p=0,01$). Fäder skattade signifikant högre värden än mammor med hjälp av delskala 3 ($p= 0,05$). Ingen signifikant skillnad ses i delskala 1 mellan mammor och pappor.

Diskussion

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis visar denna studie att föräldrarna i den prematura gruppen skattar högre på frågan om oro för sitt barns hälsa, överlevnad och framtida utveckling än föräldrarna till barn födda i fullgången tid. Ett samband ses mellan skattad oro och gestationslängd. Detta kan dels förklaras med hjälp av Raphael-Leffs (2009) psykologiska process, ju tidigare mognadsprocessen avbryts hos den gravida kvinnan desto mindre förberedd är hon på den nya rollen som förälder. Mognadsprocessen är

beskriven utifrån kvinnans perspektiv, men troligt är att den blivande fadern går igenom en likande process. Det är också troligt att den högre oron kan förklaras av faktumet att barnet är skörare ju yngre det är när det föds och dess hälsa och prognos är mer osäkert (Docherty et al, 2002).

De mycket förtidigt födda barnen behöver ofta vårdas på neonatal-intensivvårdsavdelning under den första tiden. Sjukhusmiljön är för många en främmande och kanske skrämmande plats. Omgivningen på en neo-avdelning kan vara högljud och sakna möjlighet till avskildhet. Föräldrar till barn som kräver intensivvård har det svårare att lära känna sitt barn och dess behov, vilket kan leda till en ökad oro (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2008).

Tiden direkt efter förlossningen följs av många förtvivlade känslor som skam, skuld, maktlöshet och oro (Fegran et al, 2008; Garel et al, 2007). Med tiden hinner föräldrarna ikapp sina känslor och börjar känna sig mer trygga i sin roll och oron minskar (Miles et al, 2007; Furman & O’Riordan, 2006). Hur lång tid det tar innan en förälder åter kommer till ro är individuellt. Denna studie visar att oron kvarstår i minst 4 månader efter beräknad partus. Stjernqvist (1992) och Fegran med kollegor (2008) beskriver att föräldrarna oroar sig för att anknytningen kommer att försvåras då de inte fått möjlighet att vara sitt barn nära under barnets första levnadsveckor.

Lite oväntat var att mödrar i den fullgångna gruppen skattade en sämre interaktion med sitt barn än mödrar i den prematura gruppen, med hjälp av delskala 2. I översiktsartikeln av Korjan och kollegor (2012) beskrivs att mödrar till prematurt födda barn har ett kompensatoriskt beteende vad gäller interaktion och att detta möjligen uppkommer av att mödrarna till barn födda prematur har fått kämpa mer aktivt med bindningen och anknytningen. Ett prematurt fött barn har pga. omognaden inte samma möjlighet att interagera med sina föräldrar (Klaus et al, 1995). Dessa störande faktorer kan innebära att anknytningen blir mer ansträngd och kanske mindre naturlig. En möjlig förklaring till denna studies resultat kan vara att frågan i enkäten inte har en tillräcklig koppling till interaktion och samspel utan enbart är en observation av barnets utveckling. Det är också tänkbart att mödrar till barn födda prematurt bedömer sina barns interaktionsförmåga mer positivt då de kanske har lägre förväntningar.

Ingen signifikant skillnad sågs mellan mammor och pappors självskattade oro. Mödrar skattade däremot en sämre interaktion än fäder med hjälp av delskala 2, medans fäder skattar en ökad separationsångest då de var ifrån sitt barn jämfört med mödrar. Doering med kollegor (1999) har visat att mödrar upplevde mer oro och hade oftare depressiva symtom än fäder. Mödrarna upplevde svårigheter med anpassningen och att knyta an till sitt prematurfödda barn (Doering et al, 1999). Detta kunde dock inte ses i denna undersökning.

Metoddiskussion

De blivande mödrar tillfrågades om medverkan till studien då de skrevs in på förlossningsmottagningen efter förlossningsstart. Fadern tillfrågades enbart om modern accepterade medverkan. Detta resulterade i något färre fäder i studien.

Datainsamling till den stora studien inkluderade blodprov från moder och fader samt navelsträngsblod och biopsier från cervix och placentan. Ytterligare ett syfte var att undersöka föräldrars uppfattning och känslor efter en prematur förlossning.

Den skriftliga informationen som gavs föräldrarna med bakgrund och syfte innehöll naturligtvis även beskrivningen av provtagningarna. Möjlighet fanns att medverka i studien utan att lämna biopsier. Trots detta finns det en risk att mödrar tackat nej till medverkan pga. rädsla för provtagning från cervix eller blodprovstagning.

En annan orsak till bortfallet kan ha varit att föräldrarna tillfrågades under värkarbetet på förlossningsmottagningen och då kanske kände medverkan som en ytterligare påfrestning på en redan jobbig eller smärtsam situation.

En brist i studien är att vi inte har någon information angående bakgrundsfakta eller motivering hos de kvinnor som tackat nej till deltagandet och kan därför inte helt vara säkra på att urvalet är representativt för hela populationen.

Totalt valde 50 % av de tillfrågade i fullgången graviditet att inte medverka i studien, till skillnad från 25 % i den prematura gruppen. Detta kan möjligen förklaras av att föräldrar med hotande förtidsbörd är mer angelägna om att medverka till förbättrad forskning och behandling för att i framtiden förhindra förtidsbörd och förbättra omvårdnaden efter en prematur förlossning.

På delskala 3 (se bilaga 1) i denna studie, efterfrågas om föräldern har varit ifrån sitt barn mer än ett par timmar under minst två tillfällen den senaste månaden. Om ja, följs ytterligare tre frågor kring föräldrarnas känslor då hon/han är ifrån sitt barn. På dessa följdfrågor är det ett stort bortfall hos mödrarna (26 %) då de alltså inte varit ifrån sitt barn i den omfattningen.

Det totalt relativt lilla antalet kan ha påverkat resultatet, troligen skulle ett större antal ha gett ett tydligare utslag och fler signifikanta skillnader i resultatet. Förslagsvis kan studien göras om med ett större urval.

Vad gäller delskala 2 och 3 har något oväntade resultat visats. Initialt var tanken att summera delskalorna för att få en sammanfattande bild av relationen mellan föräldern och sitt barn. Då skalorna inte verkar följa varandra har ingen summering gjorts. Resultaten har lett till funderingar kring skalornas utformning, då skala 2 och 3 inte verkar beskriva oron hos föräldrarna. En av frågorna i delskala 3 är:

”- Hur mycket tänker du på ditt barn när du är borta från henne/honom?”

det svarsalternativ som ger lägst poäng alltså ska stå för låg separationsångest är: ”- Inte alls”. Frågan hade kanske varit tydligare om den formulerats förslagsvis:

”- Hur mycket oroar du dig för ditt barn när du är borta från henne/honom?”

Furman och O’Riordan (2006) använde Baby and You skalan över tid från förlossningen till fyra månader efter beräknad partus. Resultatet visade att oron (Skala 1) var som störst vid första tillfället och sjönk gradvis vid varje tillfälle. Samtidigt som oron sjönk förbättrades moderns uppfattning av samspel och interaktion med sitt barn (Skala 2) och en minskad upplevd separationsångest (Skala 3).

En stor skillnad med Furman och O’Riordans studie och denna är att deras syfte var att med hjälp av skalan se hur känslorna hos mödrar med prematurt födda barn förändras med tiden. Syftet med min studie var att undersöka skillnader mellan grupper vid ett tillfälle, med hjälp av skalan.

Vid den svenska översättningen av Baby and you skalan gjordes vissa ändringar av frågorna, vissa togs bort och vissa frågor justerades. Det olika syftet och de ändringar som gjorts i och med översättningen gör det inte möjligt att jämföra studiernas resultat med varandra. Om Baby and You skalan används för svenska förhållanden bör den justeras och valideras vad gäller delskala 2 och 3 för att bättre fånga de föräldrar som

har en risk att utveckla psykisk ohälsa . Delskala 1 verkar fånga en viktig dimension av föräldrarnas oro för barnets hälsa.

Kliniska tillämpningar

Med hjälp av ett mätverktyg som Baby and You kan föräldrar till prematurt födda barn med en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa hittas och förebyggande arbete som stärker föräldrarollen och förbättrar den framtida relationen initieras.

Flera av de negativa känslorna som beskrivits skulle kunna lindras och eventuellt förhindras av ett förbättrat bemötande på antenatal-, förlossning-, BB- och neonatalavdelning. Text med en noggrann och uppföljande dokumentation och överrapportering vid skiftbyte.

I intervjustudier framkommer att bristande informationsöverföring, oklara direktiv och motsägelsefull information skapar oro hos föräldrar. Denna osäkerhet leder till att föräldrarna får svårare att veta vad de får och inte får göra och vad som förväntas av dem (Thernström-Blomqvist et al, 2011; Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2008; Johnson, 2007).

På de flesta neo-avdelningar i Sverige sträva man numera efter principen familjenära vård, med målet att skapa en trygg familj för att ge bättre förutsättningar efter utskrivning (Hallberg et al, 2005). När data till denna studie samlades in var inte familjenäravård standardvård.

På de kliniker som inte praktiserar familjenära vård kunde föräldrarna känna sig övervakade och deras närvaro sågs inte som självklar (Lupton & Fenwick, 2001).

Föräldrarna ska involveras i vården, de ska presenteras de möjligheter som finns och sedan själva ta beslut om hur vården kring deras barn ska handläggas. Personalens roll blir att stärka föräldrarna i sina nya roller som mamma och pappa och vårdnadshavare samt bistå med expertis. För att involvera föräldrarna ska deras närvaro tas som naturlig, plats ska finnas för föräldrarna utan att de känner sig i vägen (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2008). Förslagsvis kan en vårdplan med tydliga mål och delmål skapas tillsammans med föräldrarna för att skapa en enhetlig och gemensam strategi. Det vore intressant att jämföra oro-skattningar hos föräldrars på kliniker med olika vårdformer, då studier tydligt beskriver att föräldrars oro påverkas av vårdrutiner och

personalens bemötande (Lundqvist et al, 2007; Lupton & Fenwick, 2001; Garel et al, 2007).

Amningen är en vanlig källa till oro och stress hos mödrar till prematurt födda barn. Barnets tid vid bröstet är begränsad och bröstproduktionen försvåras och fördröjs. Nyblivna mammor beskriver en lättnadskänsla då de blev erbjudna möjligheten att ge barnet donationsmjölk. Frustration över att inte ha kommit igång med amningen och barnets sköra läge skapade oro och prestationsångest.

Vid en prematur förlossning bör beaktning tas på föräldrarnas förkunskap, de har inte haft samma möjlighet att samla på sig information om amning eller prematuritet. Möjligen har de inte hunnit gå någon förlossning-föräldrar-förberedande utbildning. Som förälder i denna omtumlande situation kan det vara svårt att veta ens vad man borde fråga om. Ett ansvar läggs på neo-sjuksköterskan eller barnmorskan att hjälpa föräldrarna inhämta den kunskapen. Informationen måste anpassas individuellt till varje familj. Då föräldrarna ofta är i chock och eventuellt i sorg får informationen upprepas och tas i etapper så att amningen inte känns övermäktig (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2008). I denna studie har jag inte undersökt huruvida amningen påverkar föräldrars skattade oro. Då det är beskrivet att nutritionen och barnets viktförändring påverkar föräldrars självförtroende och känsla av kompetens (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009) vore det intressant att undersöka hur vi som vårdpersonal kan avlasta och stötta föräldrar med dessa bekymmer.

En annan möjlig källa till oro är sjukvårdsmiljön och all den medicinska utrustningen. För att minska stressen och ovissheten under neonatalperioden bör personalen förklara för föräldrarna hur den medicinska utrustningen fungerar, vilken behandling som ges och hur denna förväntas fungera. Föräldrars oro är också nära förknippat med barnets utseende och beteende, genom att personalen normaliserar barnets beteende och förklara varför ett prematur barn rör sig som det gör kan man lindra oron och öka förståelsen hos föräldrarna (Docherty et al, 2002). Trots min erfarenhet inom sjukvård blev jag överraskad av det mycket för tidigt födda barnens rörelser och beteende, tex de krampliknande ryckningar och den tydliga ansiktsmimiken. Vissa föräldrar skulle kanske ha hjälp av att bli förberedda på hur barnet ser ut innan de träffar sitt barn första gången.

Slutsats

Föräldrar till barn födda prematurt upplever mer oro för barnets hälsa, jämfört med föräldrar till barn födda i fullgången tid i minst fyra månader efter beräknad partus, möjligen även ännu längre. Många faktorer påverkar föräldrars välmående och känslor efter det traumatiska som en prematur förlossning kan innebära. Med ökad kunskap och förståelse för den normala reaktionen kan vi som vårdpersonal stödja och stärka föräldrarna för att underlätta omställningen till föräldraskapet.

Referenser

Bier, J-A., Ferguson, A. E., Morales, Y., Liebling, J. A., Archer, D., Oh, W. & Vohr, B. R. (1996) Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 150(12), 1265-1269.

Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcolm, A. P., Turner, B. S. & Holditch-Davis, D. (2011) Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *JOGNN* 40, 719-731.

Bowlby, J. (1997) Attachment and loss. Vol.1. *Attachment*. London: Pimlico.

Bystrova, K., Ivanova, V. Edhborg, M., Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidsson, A-B., Mukhamedrakhimov, R., Ulvnäs-Moberg, K. & Widström, A-M. (2009) Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 63(2) 97-109.

Cleaveland, K. (2010) Feeding challenges in the late preterm infant. *Neonatal Network* 29(1), 37-41.

Docherty, S. L., Shandor-Miles, M. & Holditch-Davis, D. (2002) Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. *Advances in neonatal care* 2(2), 88-92.

Doering, L. V., Dracup, K. & Moser, D. (1999) Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high-risk infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of perinatology* 19(2), 132-137.

Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, M. S. (2008) Comparison of mother's and father's experience of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of clinical nursing* 17(6), 810.

Furman, L. & O’Riordan, M-A. (2006) How do mothers feel about thier very low birth weight infants? Development of a new measure. *Infant mental health journal* 27(2), 152-172.

Garel, M., Dardennes, M. & Blondel, B. (2007) Mothers’ psychological distress 1 year after very preterm childbirth results of the epipage qualitative study. *Child: care, health and development* 33(2), 137-143.

Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Petterson, K., Råstam, L. & Håkansson, A. (2005) Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian journal of caring sciences* 19(3), 196-203.

Hedberg-Nyqvist, K. & Kylberg, E. (2008) Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *Journal of human lactation* 24(3), 252-263.

Holditch-Davis, D., Miles, M. S., Weaver, M. A., Black, B., Beeber, L., Thoyre, S. & Engelke, S. (2009) Pattern of distress in Africa American mothers of preterm infants. *Journal of Developmental & behavioral pediatrics* 30(3), 193-205.

Johnson, A. N. (2007) The maternal experience of kangaroo holding. *JOGN nursing* 36(6), 568-573.

Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (1995) *Bonding*, 2:a upplaga. St. Louis: Addison Wesley.

Kleberg, A., Hellström-Westas, L. & Widström, A-M. (2007) Mothers’ perception of newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early human development* 83, 403-411

Korja, R., Latva, R. & Lehtonen, L. (2012) The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *AOGS Obstetricia et gynecologica scandinavica* 19(2), 164-173.

Lagercrantz, H. (2003) *Barnmedicin*. I: T. Lindberg & H. Lagercrantz (red:er), Neonatologi. (s. 128-160). Lund: Studentlitteratur.

Lagercrantz, H. (2008) *Neonatologi*. I: H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman (Red:er) Lund: Studentlitteratur.

Lundqvist, P., Hellström, L. & Hallström, I. (2007) From distance toward proximity: Fathers lived experience of caring for their preterm infants. *Journal of pediatric nursing* 22(6), 490-497.

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

Miles, M.S., Holditch-Davis, D., Scher, M., Scher, M. (2007) A longitudinal study of depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental & behavioral pediatrics* 28(1), 36-44.

Minde, K., Whitelaw, A., Brown, J. & Fitzhardinge, P. (1983) Effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Developmental medicine and child neurology* 25(6), 763-777.

Mörelus, E., Angelhoff, C., Eriksson, J. & Olhager, E. (2012) Time of initiation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Pædiatrica* 101(1) 14-18

Poehlmann, J. & Fiese, B. H. (2001) The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and psychopathology* 13(1), 1-11.

Raphael-Leff, J. (2009) *Psychological processes of childbearing*, 4:e upplagan. London: The Anna Freud Center.

Roller, C. G. (2005) Getting to know you: mothers experiences of kangaroo care. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing* 34(2), 210-217.

Sjöberg, N-O. (2004) Perinatal omhändertagande vid extrem underburenhet. Rapport nr 52. *SFOG*.

Spielman, V. & Taubman-Ben-Ari, O. (2009) Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Health and social work* 34(3), 201-212.

Stjernqvist, K. (1992) Extremely low birth weight infants <901 g. Impact on the family, during the first year. *Scandinavian journal of social medicine* 20(4), 226-233.

Stjernqvist, K. (1999) *Född för tidigt: Hur går det sedan?* Borås: Natur och kultur.

Tessier, R., Christo, M., Veleze, S., Giròn, M., de Calume, Z. F., Ruiz-Palàez, J. G., Charpak, Y. & Charpak, N. (1998) Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 102(2).

Thernström-Blomqvist, Y., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K. & Hedberg-Nyqvist, K. (2011) Kangaroo mother care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of advanced nursing*.

Örtenstrand, A., Westrup, B., Berggren Broström, E., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., Lindberg, L. & Waldenström, W. (2010) The Stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* 125(2), 278-285.

Bilaga 1.

Frågor och svarsalternativ från enkäten.

Skala 1

1. Angående oro.

1. "Hur orolig är du idag för ditt barns hälsa?" (-)
2. "Hur orolig är du idag för ditt barns överlevnad?" (-)
3. "Hur orolig är du för ditt barns framtida utveckling?" (-)

med svarsalternativ: 1 extremt orolig, 2 ganska orolig, 3 något orolig, 4 lite orolig, 5 inte orolig.

Skala 2

2. Angående interaktion/samspel

"Barn utvecklas i olika takt: uppfattar du att ditt barn gör något av följande?"

1. "Känner igen dig på ett särskilt sätt?"
2. "Vänder sig mot din röst?"
3. "Reagerar på din beröring?"

med svarsalternativ: 1 ja, 2 ibland, 3 osäkert 4 inte än.

Skala 3

3. Angående separationsångest

"Har du varit borta från ditt barn mer än ett par timmar vid minst två tillfällen den senaste månaden?"

med svarsalternativ: 1 ja, 2 nej. (Om ja, se följdfrågor)

- a. "Hur mycket tänker du på ditt barn när du är borta från honom/henne?"

Svarsalternativ: 1 inte alls, 2 ibland, 3 ungefär halva tiden, 4 en stor del av tiden, 5 hela tiden.

- b. "Jag tänker konstant på mitt barn när jag är borta från honom/henne?" (-)
- c. "Jag står inte ut med att lämna barnet till någon annan?" (-)

Med svarsalternativ: 1 stämmer mycket bra, 2 stämmer ganska bra, 3 varken eller, 4 stämmer inte särskilt bra, 5 stämmer inte alls.

Frågorna där svarsalternativen är vända är markerade med (-).