



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **FÖRSTAGÅNGSFÖRÄLDRARS UPPFATTNINGAR OM HUD-MOT-HUD**

- En kvalitativ intervjustudie

**Klara Gynnerstedt**  
**Caroline Siberg**

---

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Barnmorskeprogrammet RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Anna Wessberg
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel:	Förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud – en kvalitativ intervjustudie
Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Anna Wessberg
Examinator:	Lars-Olof Persson

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Det nyfödda barnet har ett behov av att vara nära sina föräldrar. Hud-mot-hud har av både äldre och nyare forskning påvisade positiva effekter för barnets och föräldrarnas fysiska och psykiska mående. Trots det finns en uppfattning bland flera barnmorskor på ett sjukhus i västra Sverige, om att nyblivna föräldrar inte praktiserar hud-mot-hud i den mån det rekommenderas under sjukhusvistelsen. Det saknas studier om föräldrars kunskap om hud-mot-hud.

**Syfte:** Att undersöka förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats genomfördes på barnbördshus (BB) på ett sjukhus i västra Sverige med sex föräldrapar. Datamaterialet bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Fyra kategorier framkom genom analysen. *Fördjupad kunskap* som handlar om hur föräldrarna förhåller sig till sina teoretiska kunskaper om hud-mot-hud efter barnets ankomst. *Brist på individanpassad information* som visar på att den fakta som barnmorskan tillhandahåller om hud-mot-hud bör vara individanpassad för att föräldrarna ska hörsamma den. *Praktiskt utövande* som handlar om medförälderns roll och att föräldrarna tillsammans utvecklar färdigheter som till exempel samarbete i utövandet av hud-mot-hud. *Tillit till de professionella* där det framgår att föräldrarna är i beroendeställning men känner tilltro till barnmorskan och beskriver förutsättningar för en god vårdrelation.

**Slutsats:** Hur förstagångsföräldrar uppfattar hud-mot-hud är beroende av den information de tagit del av, deras förståelse samt erfarenheter av praktiserandet av metoden. Barnmorskan bör ha kännedom om vad som kan påverka föräldrars uppfattningar om hud-mot-hud och förmågan att ta hänsyn till det i arbetet med att introducera och motivera nyblivna förstagångsföräldrar till metoden.

**Nyckelord:** Känguruvård, hud-mot-hud, spädbarn, nyfödd, fullgången, föräldraskap, moderskap, upplevelser, anknytning

Thesis title:	First time parents perceptions of skin-to-skin - a qualitative interview study
Level and score:	Master degree, 15 credits
Education:	Midwifery
Term/year:	Autumn term/2017
Supervisor:	Anna Wessberg
Examiner:	Lars-Olof Persson

---

## Abstract

**Background:** The newborn child needs to be close to its parents. Skin-to-skin has, from both older and newer research, demonstrated positive effects for both the child and the parents physical and mental well-being. Nevertheless, there is an opinion among several midwives in a hospital in western Sweden that parents do not practice skin-to-skin as recommended during their hospital stay. There are no studies about parents' knowledge of skin-to-skin.

**Aim:** To investigate first time parents' perceptions of skin-to-skin.

**Method:** A qualitative interview study with an inductive approach was conducted at maternity wards at a hospital in western Sweden with six couples that recently had become parents. The data was processed using qualitative content analysis.

**Result:** Four categories arose through the analysis. *In-depth knowledge* that deals with how parents relate to their theoretical knowledge of skin-to-skin after the child's arrival. *Lack of individualized information* indicating that the facts midwives provides on skin-to-skin should be personalized for parents to receive it. *Practical performance* that deals with the role of the co-parent and that the parents together develop skills such as cooperation in the practice of skin-to-skin. *Trust in the professionals* where it appears that the parents are in a state of dependence but feel confident in the midwife and describe good care relationships.

**Conclusion:** How first-time parents perceive skin-to-skin is dependent on the information they have taken, their understanding and experience of the practice of the method. The midwife should have knowledge about what may affect the parents' perceptions of skin-to-skin and the ability to take it into consideration in introducing and motivating first time parents to the method.

**Keywords:** Kangaroo mother care, skin-to-skin, infant, newborn, full-term, parenthood, maternity, experiences, attachment

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Känguruvården och amningens historiska bakgrund till hud-mot-hud .....	1
Definition av hud-mot-hud .....	2
Risker med hud-mot-hud .....	2
Fysiologisk inverkan av hud-mot-hud .....	2
Minskad stress och ökat välbefinnande .....	3
Anknytning och utveckling .....	4
Amningsfrämjande .....	4
Medförälderns roll .....	5
Barnmorskans stödjande och stärkande funktion .....	5
<b>Problemformulering</b> .....	<b>6</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
Design .....	6
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Dataanalys .....	8
Etiska överväganden .....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
Fördjupad kunskap .....	9
Personliga erfarenheter .....	9
Ökad förståelse.....	10
Känslomässig påverkan .....	11
Brist på individanpassad information .....	11
Mycket information att ta in.....	11
All information upplevs inte som nödvändig.....	12
Många påpekanden .....	12
Praktiskt utförande.....	13
Medförälderns roll .....	13
Föräldrarna hjälps åt .....	13
Tillit till de professionella.....	14
Att vara i beroendeställning .....	14
Att förlita sig på någon .....	14
Den goda vårdrelationen .....	14

<b>Diskussion .....</b>	<b>15</b>
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion .....	16
<b>Slutsats.....</b>	<b>19</b>
Framtida forskning .....	20
<b>Referenslista.....</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>25</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>26</b>
<b>Bilaga 3 .....</b>	<b>28</b>
<b>Bilaga 4.....</b>	<b>30</b>

Förord

Tack!

Ett stort tack till alla föräldrar som delat med sig av sin tid, sina tankar och uppfattningar, utan er hade studien inte varit möjlig att genomföra.

Tack till vår engagerade handledare Anna som med sin erfarenhet hjälpt oss i rätt riktning genom studiens olika delar.

Tack också till all personal på de BB-avdelningarna vi varit på, för att ni stått ut med att vi tagit av er tid och ert utrymme.

*Göteborg 2017-12-29*

*Klara Gynnerstedt & Caroline Siberg*

# Inledning

Det nyfödda barnets behov av hud-mot-hud med sina föräldrar är ett väl utforskat ämnesområde. Att i direkt anslutning till förlossningen placera barnet hud-mot-hud har flera positiva effekter för barnets fysiska och psykiska utveckling samt för föräldrarnas fysiska och psykiska mående. Hud-mot-hud som metod utvecklades och implementerades för första gången inom neonatalvården i Colombia år 1978. Mycket av forskningen kring hud-mot-hud kom att fokusera på prematura barn men nyare forskning framhåller att hud-mot-hud bör vara standard även för friska fullgångna barn. Metoden har även fått en betydande roll i det amningsfrämjande arbetet i flera delar av världen.

Under författarnas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) på BB framkom det att flera barnmorskor yrkesverksamma på ett sjukhus i västra Sverige delar uppfattningen om brister i praktiserandet av hud-mot-hud. Författarna kom att dela den uppfattningen och det väcktes ett intresse för hur nyblivna förstagångsföräldrar uppfattar hud-mot-hud.

## Bakgrund

### Känguruvården och amningens historiska bakgrund till hud-mot-hud

Hud-mot-hud härstammar från utvecklingsländer och metoden som kallades kängurumetoden infördes för första gången i Colombia år 1978. Två forskare vid namn Edgar Rey Sanabria och Hector Martinez ville hitta alternativ till vård i kuvös för prematurer på grund av de tekniskt begränsade resurserna (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016; Charpak & Ruiz, 2017). World Health Organization (WHO) gav år 2003 ut praktiska riktlinjer för känguruvård dygnet runt. Känguruvård är sedan många år en etablerad metod inom neonatalvården i Sverige (Socialstyrelsen, 2004). Metodens fördelar för fullgångna friska barn och deras föräldrar genom främjande av amning och anknytning kom att belysas först i senare forskning (Nyqvist et al., 2010).

Parallellt med kängurumetoden kom hud-mot-hud att utvecklas till en metod för att främja amning. Mellan år 1991 och 1992 lanserade WHO tillsammans med United Nations Children's Fund (UNICEF) initiativet "Amningsvänliga sjukhus" (WHO, 2009) med målet att främja, stödja och skydda amningen som var på stark nedgång i flera delar av världen. Initiativet "Amningsvänliga sjukhus" har sedan det lanserades vuxit och idag är mer än 20 000 sjukhus i 156 nationer anslutna världen över. Samtliga anslutna nationer har förbättrat sin statistik angående amning (Ibid.). WHO och UNICEF utformade tillsammans styrdokumentet "tio steg till lyckad amning", vilket än idag fungerar som riktlinjer och utgör kriterier för att ett sjukhus ska få kalla sig amningsvänligt. Ett av de tio stegen beskriver vikten av att låta barn och föräldrar vara tillsammans dygnet runt (SOU, 1993) genom så kallad samvård (WHO, 2009). Samvård skapar förutsättningar för närhet (Philips, 2013) och närhet har emotionella fördelar för både föräldrar och barn (Shorey et al., 2016). Att samvård skapar goda förutsättningar var känt då initiativet lanserades och faderns roll kom att lyftas fram mer i samband med initiativet (SOU, 1993).

I början av 1900-talet var majoriteten av alla förlossningar i Sverige hemförlossningar. De som bistod vid förlossningar var ofta de äldre kvinnorna i familjen. Kunskaper och erfarenheter kring amning och barnavård fördes på så sätt vidare från generation till

generation. På 1930-talet blev det vanligare med sjukhusförlossningar (Palmér, 2010) och i takt med det sjönk amningsfrekvensen (SOU, 1993). Barnen ammadades på särskilda tider oberoende av om de uppvisade tecken på hunger och däremellan vistades de på barnsal och fick ersättning av barnsköterskor (Palmér, 2010).

År 1983 skrev Sverige under WHO:s barnmatskod och delar av den är lagstadgad än idag. Mellan år 1992 och 1996 granskades samtliga då totalt 66 sjukhus i Sverige enligt initiativet "Amningsvänliga sjukhus" (Svensson & Zwedberg, 2016b) och det visade sig att flertalet av sjukhusen inte uppfyllde målen (SOU, 1993). Under perioden ökade amningsfrekvensen och var som bäst år 1996. Efter år 2004 sjönk amningsfrekvensen (Socialstyrelsen, 2016) och Sverige lämnade också WHO:s och UNICEF:s kampanj för amningsvänliga sjukhus samma år på grund av minskat intresse från sjukhusens sida (Svensson & Zwedberg, 2016). År 2010 avstannade minskningen (Socialstyrelsen, 2016) men dagens amningsstatistik stämmer inte överens med föräldrarnas önskemål om amning. Majoriteten kvinnor uppger under graviditeten att de önskar amma exklusivt under barnets första halvår men allt färre mödrar ammar sina barn exklusivt sex månader efter förlossning (Svensson & Zwedberg, 2016).

## Definition av hud-mot-hud

Hud-mot-hud är en effektiv och skonsam metod som har en positiv påverkan på både barnets och moderns hälsa (WHO, 2003). Hud-mot-hud praktiseras genom att barnet placeras på förälderns överkropp inom en minut efter födseln (Walters et al., 2007) med bröstkörgarna vända mot varandra (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016) så att barnet har direkt kontakt med huden på förälderns bröst (Martin, Escobar, Villalba, Blanco & Pol, 2009). För ett korrekt praktiserande med maximal hudkontakt är spädbarnet naket eller bär enbart blöja och har en filt på ryggsidan. För att utöva hud-mot-hud på ett säkert sätt bör vissa faktorer tas i beaktande; föräldern bör vara i en bekväm position, ha uppsikt över barnets ansikte och barnets luftvägar ska vara fria. Barnets ena kind ska ligga mot förälderns bröstsidan, nacken ska vara rak och axlarna i vinkel med förälderns axlar. Barnets ben ska vara böjda i så kallad grod-position. När föräldern som utövar hud-mot-hud ska sova ska barnet läggas i egen säng eller flyttas över till medföräldern (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016).

## Risker med hud-mot-hud

Hud-mot-hud anses vara en säker metod (Dalbye et al., 2011) förutsatt att den praktiseras på rätt sätt (Walters et al., 2007). Sker praktiserandet inte enligt standardiserad metod kan det innebära en risk för barnet genom till exempel plötslig oväntad spädbarnskollaps och i värsta fall kvävning. Fallolyckor kan inträffa vid utövande av hud-mot-hud, modern kan akut försämrans i sitt allmäntillstånd eller blir dåsig. Dåsigheten kan till exempel vara en direkt följd av förlossningen eller läkemedelsindicerad. Trötthet i muskler och avdomnade extremiteter efter bedövning kan medföra sämre koordination och att barnets position inte blir optimal. Medföräldern kan av liknande anledningar bli oförmögen att utöva hud-mot-hud på ett säkert sätt. Majoriteten av alla komplikationer sker de första levnadstimmarna och det är därför motiverat att vårdpersonal observerar det nyfödda barnet regelbundet (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016).

## Fysiologisk inverkan av hud-mot-hud

Hud-mot-hud i direkt anslutning till förlossningen har en stabiliserande effekt på barnets kroppstemperatur (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016; Phillips, 2013) och motverkar nedkyllning av barnet (Dalbye et al., 2011). Kroppstemperaturen har setts stiga med en grad under den första levnadstimmen hos barn som placeras hud-mot-hud i direkt anslutning till förlossningen (Walters, Boggs, Ludington-Hoe, Price & Morrison, 2007). Moderns



kroppstemperatur är unikt anpassad för barnets värmereglering och mödrar har kapaciteten att reglera temperaturer ner emot 36,3 grader hos barnet. De barn som ligger hud-mot-hud är betydligt varmare de tre första timmarna av sitt liv än barn som flyttas mellan famnar eller genomgår undersökningar och bedömningar (Dabrowski, 2007). Barnet och moderns kroppstemperatur synkroniseras när de är hud-mot-hud, modern har en förmåga att värma sitt barn om det är kallt och kyla av det om det är för varmt (Phillips, 2013). Friska barn har också kapacitet att överföra värme till sina mödrar och på så vis reglera sin temperatur så att de inte blir för varma (Dabrowski, 2007). Fenomenet har bland annat observerats efter kejsarsnitt där resultatet visade att barn höll en jämnare och högre kroppstemperatur om de fick ligga hud-mot-hud med en av föräldrarna istället för att placeras på ett värmebord (Phillips, 2013).

I ett studieresultat framkom att låga blodglukosnivåer inte uppträder hos barn när de vårdas hud-mot-hud (Anderson, Moore, Hepworth & Bergman, 2003). I en studie av Walters et al. (2007) hade samtliga barn så länge de vårdades hud-mot-hud stabilt blodglukos inom normalvärdet. Flera studier har gjorts vars resultat pekar på att barn som ligger hud-mot-hud till och med uppvisar högre blodglukos än de barn som inte gör det (Dalbye et al., 2011: Phillips, 2013: Moore et al., 2016). Övergången till livet utanför livmodern kräver en snabb anpassning avseende barnets hjärt- och lungfunktion (Dabrowski, 2007: Phillips, 2013). Barn som får ligga hud-mot-hud uppvisar högre stabilitet i sina hjärt- och lungfunktioner (Phillips, 2013: Moore et al., 2016: Feldman-Winter & Goldsmith, 2016), bland annat genom lugnare puls- och andningsfrekvens (Phillips, 2013).

Hud-mot-hud verkar lugnande och smärtlindrande hos moder och barn (Moore et al., 2016). Smärtsamma procedurer som till exempel blodprov kan lindras med hjälp av hud-mot-hud (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016: Phillips, 2013: Goldstein Ferber & Makhoul, 2004) och har visat sig ha en tröstande effekt hos modern (Walters et al., 2007). Walters et al. (2007) har i sin studie beskrivit obstetrikers och barnmorskors upplevelse av effekten av hud-mot-hud. Här framkommer det att både obstetriker och barnmorskor upplevde den nyförlösta kvinnan som mindre smärtpåverkad under suturering av förlossningsskada, det spekuleras i studien om huruvida effekten kan ha att göra med att de nyförlösta kvinnorna blev avledda från smärtan när barnet låg på bröstet. Vidare diskuterar Walters et al. (2007) kring tidigare forskningsresultat som visat att hud-mot-hud frigör kroppsegna opioider vilka verkar smärtlindrande. Samtliga kvinnor som deltog i studien upplevde det positivt att ha sitt nyfödda barn hud-mot-hud (Ibid.).

### Minskad stress och ökat välbefinnande

Hur barnet upplever den första kontakten med miljön utanför livmodern kan ha betydelse för hur barnet kommer att förhålla sig till och hantera omgivningen under resten av livet. Livet kan om ett barn skiljs från sina föräldrar upplevas som ensamt och kallt vilket står i stor kontrast till värmen och skyddet som barnet är van vid från tiden i livmodern. Efter att ha fötts blir värmen från moderns hud, ljudet av rösten och hjärtat och närheten till bröstet något som barnet känner igen och som kan tillgodose dess behov (Phillips, 2013).

Att födas är en påfrestande process för ett barn (Goldstein Ferber & Makhoul, 2004) och en förlossning innebär ofta stress och oro för föräldrarna (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016). Stress medför en ökad produktion och frisättning av stresshormonet kortisol och är en kroppslig reaktion vilken har observerats hos både mödrar och barn under förlossningsförloppet (Goldstein Ferber & Makhoul, 2004). Kortisol förknippas med förekomst av depression och eftersom hud-mot-hud minskar mängden kortisol anses det ha en skyddande effekt på moderns mående under den första månaden närmast förlossning

(Feldman-Winter & Goldsmith, 2016). Frisättningen av kroppsegna opioider ses inte enbart vara smärtlindrande utan även motverka stress genom sin lugnande effekt (Walters et al., 2007). Det har konstaterats att barn som får ligga hud-mot-hud gråter mindre (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016) och är lugnare, samt mer tillfreds och alerta under vakenhetsperioderna (Phillips, 2013).

Det nyfödda barnet söker instinktivt närhet, det är aldrig för sent att börja praktisera hud-mot-hud om föräldrar och barn blir separerade efter förlossning (Phillips, 2013). Att knyta an till och tas om hand av en annan människa är en stark drift och direkt nödvändigt för barnets överlevnad (Goldstein Ferber & Makhoul, 2004).

## Anknytning och utveckling

Den lugnande och avslappnande effekt som hud-mot-hud medför har även setts ha betydelse för anknytningen (Uvnäs-Moberg & Eriksson, 1996; Dabrowski, 2007; Jonas et al., 2015). Praktiserande av hud-mot-hud ökar produktionen och frisättningen av hormonet oxytocin hos både barn och föräldrar och sägs därför ha en essentiell roll när föräldrar och barn ska knyta an till varandra (Uvnäs-Moberg & Eriksson, 1996). Effekterna kan ses i interaktionen mellan människor i alla åldrar men är av allra största vikt strax efter förlossningen när barnet är som mest sårbart (Phillips, 2013).

Barnet har ett behov av att direkt efter födseln interagera med sina föräldrar (Phillips, 2013). Hud-mot-hud har betydelse för hur föräldrarna lär sig att tolka barnets signaler (Jonas et al., 2015) och frisättningen av oxytocin hjälper barnet att känna igen och minnas föräldrarnas ansikten (Phillips, 2013). Närheten mellan föräldrar och barn bjuder in till verbal kommunikation (Dabrowski, 2007) och har visat sig leda till att mödrar pratar mer med sitt barn det första året jämfört med de mödrar som inte praktiserar hud-mot-hud (Phillips, 2013). Fortsatt främjas beteenden där modern visar tillgivenhet, till exempel genom beröring (Dabrowski, 2007). Mödrar som har haft sitt barn hud-mot-hud är mer fysiska i kontakten med sitt barn än de mödrar som inte har haft det (Phillips, 2013).

Det finns forskning inom ämnet som hävdar att hud-mot-hud aktiverar hjärnans belöningsystem hos modern, vilket stärker moderns förmåga att ta hand om sitt barn (Phillips, 2013). Mödrar har beskrivit att de känner stark samhörighet med barnet och upplever en naturlig utveckling mot moderskapet när de har barnet hud-mot-hud (Dabrowski, 2007; Dalbye et al., 2011). Mödrar som har haft sina barn hud-mot-hud efter förlossningen är mer självsäkra och bekväma med att ta hand om sitt barn (Jonas et al., 2015). Hud-mot-hud är viktig för barnets psykiska och emotionella stabilitet och utveckling (Ibid.) och har betydelse för mognaden av hjärnan efter födseln (Phillips, 2013). Hud-mot-hud direkt efter födseln har även betydelse för utvecklingen av barnets hjärna under uppväxten eftersom det leder till fortsatt närhet mellan föräldrar och barn (Ibid.: Dalbye et al., 2011). Ettåringar som har spenderat sina första levnadstimmar hud-mot-hud med sin mor är bättre på att lugna sig själva och uppvisar mindre tendens till att bli frustrerade (Phillips, 2013). Barnen sover längre, djupare och uppvisar över lag ett mer regelbundet sov-mönster (Goldstein et al., 2004).

## Amningsfrämjande

Enligt WHO (1998) bör hud-mot-hud initieras tidigt efter förlossningen och fortgå i minst en timma för att främja amningen. Det tidiga introducerandet har setts stimulera barnets naturliga beteende att söka efter moderns bröst (Walters et al., 2007) för att etablera den första amningen (Dabrowski, 2007). En förklaring kan vara att barnet lättare känner doften av moderns mjölk (Walters et al., 2007). Hur den fortsatta amningen blir har ett starkt samband

med om hud-mot-hud inletts i direkt anslutning till förlossningen (Dabrowski, 2007). Forskning visar på sambandet redan efter 15 minuter av hud-mot-hud efter barnets födelse (Phillips, 2013). Hud-mot-hud har setts öka amningsfrekvensen två veckor efter förlossning (Walters et al., 2007) och fortsatt i upp till fyra månader (Moore et al., 2016). De mödrar som utövar hud-mot-hud har en generellt större benägenhet att amma sitt barn exklusivt (Branson et al., 2010) och under en period med ett medelvärde på två månader längre än de mödrar som inte har praktiserat hud-mot-hud (Dabrowski, 2007; Moore et al., 2016).

Hud-mot-hud har en positiv effekt på barnets hälsa genom att främja amningen, amning minskar i sin tur risken för sjukdomar (Moore et al., 2016) och har betydelse för viktuppgång och tillväxt av längd och huvudomfång (Goldstein Ferber & Makhoul, 2004). Att i direkt anslutning till förlossningen utöva hud-mot-hud och starta upp amning inom 30 minuter tycks minska post-partumblödningen och har således också en positiv effekt för moderns fysiska hälsa (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016). Fördelarna med hud-mot-hud är de samma för föräldrar som väljer att inte amma sitt barn (Jonas et al., 2015).

### Medförälderns roll

Den begränsade forskning som finns på medförälderns utövande av hud-mot-hud är gjord på fäder. Metoden har även när den utövas av fadern visat sig ha en positiv inverkan på barnets vitalparametrar samt en tröstande och lugnande effekt. Praktiserandet av hud-mot-hud har setts minska stress och ångest hos fäder. Kortisolnivåerna blir lägre under och efter praktiserandet samtidigt som oxytocin-nivåerna stiger. Fäder som utövar metoden kommer in i sin föräldraroll lättare och känner sig säkrare i oväntade situationer med barnet. Vidare blir de mjukare mot sitt barn vilket stimulerar dess utveckling och fäderna kan uppleva att relationen med partnern blir bättre. Alla fördelar sammantaget har setts berika familjen på ett positivt sätt (Shorey, Hong-Gu & Morelius, 2016).

### Barnmorskans stödjande och stärkande funktion

Barnmorskan beskrivs i The International Confederation of Midwives (ICM, 2011) som en stödjande professionell person som arbetar hälsofrämjande genom rådgivning och utbildning och värnar om kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Sexuell och reproduktiv hälsa är ett av de 11 nationella folkhälsomålen där målet är att skapa förutsättningar på samhällsnivå för god sexuell och reproduktiv hälsa inom hela befolkningen.

Enligt Socialstyrelsen (2006) är Barnmorska en legitimerad titel som kräver kompetens genom utbildning och yrkeslegitimation för att få utövas lagligt. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska står det skrivet om yrkesroll och ansvar. I yrket som professionell vårdgivare ska det finnas en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Arbetet ska grunda sig på evidens, utövas efter beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med aktuella lagar, föreskrifter och förordningar. Vården ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (Ibid.). Barnmorskan ingår ett partnerskap med kvinnan och ansvarar självständigt under graviditet, förlossning samt efter födseln där omständigheterna är normala. Barnmorskan ska dessutom inneha kompetens för att ombesörja omvårdnad av det nyfödda barnet (ICM, 2011).

Statens förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har skrivit ett dokument med *"rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet"* (SFOG, 2013). Promemoria (PM) som används i BB-vården runt om i Sverige är utformade efter dokumentet. I dokumentet står det att målet med BB-vården är att introducera amning och att stödja förstagångsföräldrar i sin nya roll. Vidare är rekommendationen att ett barn ska placeras hud-

mot-hud inom två timmar efter födseln och att föräldrarna ska informeras om syftet med det (Ibid.).

Den beskrivna omvårdnaden efter förlossningen i SFOGs dokument ingår i barnmorskans arbetsuppgifter på förlossning och BB. Att delge föräldrarna den information de behöver för att praktisera hud-mot-hud på ett säkert sätt ingår i barnmorskans kompetensområde (SFOG, 2013). Det tillhör arbetsuppgifterna att uppmuntra föräldrar till att bli uppmärksamma på sitt barns signaler och erbjuda dem stöd om önskemål finns. Barnmorskan bör utföra sitt arbete i enlighet med främjande av hud-mot-hud (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016). Flera av de vårdrutiner som genomförs efter födseln kan göras när barnet ligger naket på förälderns bröst. Exempel på vårdrutiner det kan handla om är bedömningar av barnet, identitetsbands-administrering, temperaturmätning och huvudomfång etcetera (Ibid.).

För att kunna implementera hud-mot-hud är det essentiellt att barnmorskan känner till dess fördelar (Dabrowski, 2007). Procedurer eller bedömningar som kräver separation ska därför övervägas att avvaktas med den första levnadstimmen eller tills att den första amningen är genomförd (Feldman-Winter & Goldsmith, 2016). Barnmorskan har en betydelsefull roll i omhändertagandet av nyblivna föräldrar. Yrket innebär ett stort ansvar men också en möjlighet att ge nya familjer en fin start tillsammans. Genom att ge stöd i föräldraskapet och stärka föräldrarnas förmåga att ta hand om sitt nyfödda barn kan barnmorskan underlätta för familjen i den nya situationen (Berg & Lundgren, 2010).

## Problemformulering

De positiva effekterna av hud-mot-hud framgår tydligt av både äldre och nyare forskning. Det finns riktlinjer beskrivna för barnmorskan kring hur och när hud-mot-hud bör introduceras för nyblivna föräldrar. Trots det finns en uppfattning bland flera barnmorskor, vilka författarna kom i kontakt med under sin VFU på BB, om att föräldrar inte praktiserar hud-mot-hud i den mån det rekommenderas. Det saknas studier om föräldrars uppfattningar om hud-mot-hud. Bristande insikt om ämnet kan utgöra ett hinder för barnmorskans arbete, eftersom en viktig del i det är att introducera hud-mot-hud för nyblivna föräldrar. En ökad förståelse för föräldrars uppfattningar om hud-mot-hud kan komma att bli användbart för utvecklingen av rutiner för implementering av hud-mot-hud på förlossningsavdelning och BB. Förståelsen kan bli ett verktyg i barnmorskans arbete kring rekommendationerna om hud-mot-hud till gravida och nyblivna föräldrar.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud.

## Metod

### Design

Eftersom syftet med studien var att undersöka uppfattningar om hud-mot-hud hos förstagångsföräldrar valdes innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) och en induktiv ansats. En induktiv ansats innebär ett objektiva förhållningssätt till inhämtad information och att bearbetningen, det vill säga analysen av det som framkommit genom datainsamlingen, leder fram till en ny teori eller modell (Henricson, 2017). Syftet med en kvalitativ design är att identifiera, karaktärisera, beskriva och förstå det fenomen som studeras

(Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

## Urval

Studien genomfördes på BB-avdelningarna på ett sjukhus i västra Sverige. Inklusionskriterierna var förstagångsföräldrar som genomgått vaginal förlossning i graviditetsvecka 37+0 - 41+6 efter normal graviditet. Det nyfödda barnet skulle ha full Apgar-score, det vill säga minst 7-10 enligt Montgomery (2000). Vidare skulle barnet vara normalstort för tiden och minst 24 timmar gammalt vid genomförandet av intervjuerna. Föräldraparen skulle behärska god svenska för att delta. Exklusionskriterierna var kejsarsnitt, tvillinggraviditet samt diabetes och svår preeklampsi hos modern. Vidare exkluderades svår psykisk sjukdom och missbruk hos föräldraparet. Som ett första steg i urvalet gjordes en genomgång av beläggningslistor, varefter patientjournaler kontrollerades beträffande inklusions- och exklusionskriterier. Föräldrapar som uppfyllde urvalskriterierna rekryterades på BB-avdelningarna. Samtliga av de totalt sex föräldrapar som uppfyllde urvalskriterierna och tillfrågades om deltagande gav sitt samtycke till att delta i studien.

## Datainsamling

För insamling av data genomfördes intervjuer med semistrukturerade öppna frågor. Se intervjuguide Bilaga 1. För att få intervjua krävs tillstånd av berörda personer eller enheter (Henricson, 2017), varför verksamhetschefen för den berörda enheten kontaktades. Verksamhetschefen fick ett brev med information om studien samt förfrågan om tillstånd att få tillgång till journaldata och att få tillfråga patienter på BB-avdelningarna om deltagande. Därefter skickade författarna varsin underskriven blankett med löfte om sekretess varpå en underskriven samtyckesblankett skickades tillbaka till dem. Ett informationshäfte utformades till föräldrarna med en samtyckesblankett för signering.

Att en intervjuguide är semistrukturerad innebär att intervjuaren utgår från några valda frågeområden istället för att använda sig av en mall med färdiga frågor (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). När intervjuaren väljer att utgå från några få övergripande frågeområden istället för flera detaljerade frågor faller sig intervjun mer naturlig och intervjupersonen får i viss mån fria tyglar att styra ordningen och innehållet i intervjun (Henricson, 2017). I den semistrukturerade intervjuguiden ställs samma huvudfrågor till alla informanter som väljer att delta. Informanterna ges på så vis samma möjligheter och förutsättningar att uttrycka sig om samma fråga (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Fördelen med semistrukturerade öppna frågor är att intervjuaren får tillgång till en stor mängd information, vilket är passande när en innehållsanalys ska genomföras (Henricson, 2017). En semistrukturerad intervjuguide med sju övergripande frågor utformades och användes som utgångspunkt. Intervjuguiden kompletterades med ytterligare frågor under samtliga intervjuer.

En pilotintervju genomfördes och transkriberades och lästes av båda författarna. Att inledningsvis göra pilotintervjuer är ett bra sätt att undersöka om intervjumaterialet svarar an mot studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2011). Resultaten från pilotintervjun ansågs hålla god kvalitet och intervjuprotokollet behölls därför med undantag för några mindre justeringar.

Föräldraparen informerades muntligen och skriftligen om studiens syfte och om möjligheten att lämna studien när som helst under studiens gång. Sex föräldrapar intervjuades, intervjuerna varade mellan 20 till 40 minuter och genomfördes i november 2017. Författarna valde i samråd med var och ett av föräldraparen att intervjun skulle ske inne på familjens rum på BB för att undvika störande moment. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades i sin helhet till den text som ligger till underlag för innehållsanalysen.

## Dataanalys

Texten analyserades i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheims (2012) beskrivning av den kvalitativa innehållsanalysen. Författarna genomförde dataanalysen gemensamt. De aktuella analysbegreppen för metoden var; *analysenhet, domän, meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori, abstraktion och kategori* (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Materialet från de inspelade intervjuerna kom i nära anslutning till utförandena att transkriberas ordagrant. Vid tidig transkribering minskar risken för att gå miste om emotionella aspekter och nyanser som förekommer under intervjuerna (Kvale & Brinkman, 2014).

De transkriberade intervjuerna utgör de olika analysenheterna och bör läsas i omgångar för att systematisera texten, skapa distans till intervjuerna och låta budskapet mogna fram (Olsson & Sörensen, 2011). Författarna läste intervjuerna i omgångar och därefter delades texten upp i en grövre struktur, i så kallade domäner. I nästa steg gjordes en granskning av texten i domänerna, på denna nivå plockades meningsbärande enheter ut som bestod av allt från enstaka ord till större stycken som motsvarade syftet med studien. Därefter kondenserades det mest centrala i de meningsbärande enheterna och fick en kod vilken är själva kärnan i texten, en eller ett par liknande koder skapade en underkategori. I det nästa och sista steget abstraherades innehållet i underkategorierna till kategorier. Alla delar i analysen genomfördes med en fortlöpande dialog mellan författarna. De gick fram och tillbaka mellan textens ingående delar, som ett led i den kreativa processen, för att nå en hög abstraktionsnivå. Innehållet i varje kategori granskades för att kontrollera att materialet inte passade in i någon av de andra kategorierna.

## Etiska överväganden

Studien utgör examensarbetet för en högskoleutbildning på avancerad nivå. För granskning av den etiska kvalitén står handledare på det aktuella universitetet, samt verksamhetschef på den berörda enheten (Centrala etikprövningsnämnden, 2007).

Vetenskapsrådet (2002) har utformat fyra forskningsetiska huvudkrav att ta i beaktande innan en studie utformas och genomförs. De fyra huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Att kraven eftersträvas förhindrar att forskning bedrivs på bekostnad av människors fysiska hälsa eller bidrar till kränkning och skyddar således även den psykiska hälsan (Ibid.). Samtliga fyra krav har tagits ställning till vid genomförandet av studien. En förhoppning hos författarna var att med intervjuerna lyfta fram föräldrarnas kunskap och därigenom bidra till att stärka dem i förmågan att ta hand om sitt nyfödda barn.

Innan datainsamlingen påbörjades diskuterades möjliga risker med att delta i studien för att undvika att någon av föräldrarna kunde fara illa med anledning av studien och att nyttan med den övervägde de eventuella riskerna. Nyttan ansågs vara stor eftersom målet var att generera kunskap som förhoppningsvis kan komma att användas för att förbättra och anpassa vården och bemötandet av nyblivna föräldrar. En risk med studien kunde vara att intervjufrågorna uppfattades som anklagande och därför formulerades frågorna på ett sätt som inbjöd till samtal föräldrarna emellan. För att värna om föräldrarnas bestämmanderätt och integritet informerades de om studiens mål och syfte, dess nytta och risker, samt möjligheten att avbryta deltagandet när som helst. Informationen delgavs muntligen och skriftligen. För att vara säker på att informationen var begriplig och inte riskerade att misstolkas inkluderades föräldrapar som behärskade svenska i både tal och skrift.

De föräldrar som tillfrågades om deltagande i studien fick den betänketid de behövde för att komma fram till om de ville delta. De informerades om den beräknade tidsåtgången för

deltagande och om möjligheten att själva bestämma på vilken plats, och när under sjukhusvistelsen de ville bli intervjuade. Föräldrarna informerades om att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt och förstöras efter att studien avslutats. De delgavs också information om planerad återkoppling till dem via e-post efter studiens slut. Om föräldrarna efter intervjun kände att de ville veta mer om hud-mot-hud erbjöds de en kortare information och gavs möjlighet till att ställa frågor.

## Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier och elva underkategorier vilka redovisas i tabell 2. För att öka resultatets trovärdighet presenteras citat som styrker kategorierna. Den första kategorin som framkom var *fördjupad kunskap*. Kategorin byggde på underkategorierna *personliga erfarenheter*, *ökad förståelse* och *känslomässig påverkan*. Nästa kategori blev *brist på individanpassad information* och den baserades på *mycket information att ta in*, *all information upplevs inte som nödvändig* samt *många påpekanden*. Den tredje kategorin var *praktiskt utförande* och den byggde på *medföräldrarnas roll* samt *föräldrarna hjälps åt*. Den fjärde och sista kategorin som framkom var *tillit till de professionella*, tillhörande underkategorier var *att vara i beroendeställning*, *att förlita sig på någon* och *den goda vårdrelationen*. Kategorierna är baserade på de olika perspektiv som framkom av föräldrarnas uppfattningar om hud-mot-hud.

**Tabell 2. Översikt av de koder, underkategorier och kategorier som framkom genom analysen**

Koder	Underkategorier	Kategorier
Upplevelser Insikt Värde	Personliga erfarenheter Ökad förståelse Känslomässig påverkan	Fördjupad kunskap
Mottaglighet Lyhörddhet Självklarheter	Mycket information att ta in All information upplevs inte som nödvändig Många påpekanden	Brist på individanpassad information
Delaktighet Samarbete	Medföräldrarnas roll Föräldrarna hjälps åt	Praktiskt utförande
Maktförhållande Förtroende Trygghet	Att vara i beroendeställning Att förlita sig på någon Den goda vårdrelationen	Tillit till de professionella

### Fördjupad kunskap

#### Personliga erfarenheter

Flera av föräldrarna uppgav att de blivit mer säkra på hud-mot-hud efter att de fått erfarenhet av det tillsammans med barnet. De flesta av föräldrarna tyckte sig kunna se skillnader i barnets beteende när det låg hos dem hud-mot-hud jämfört med när barnet låg för sig själv. De upplevde barnet som lugnare och tryggare vilket gav dem kunskap om barnets beteende och gjorde dem mer lyhörda för barnets behov. Majoriteten kände sig mindre oroliga för barnets hälsa när de kände barnet mot sin hud och upplevde att de snabbare kunde reagera på barnets

signaler.

*"...jag känner mig tryggare i alla fall när jag känner henne mot mig. Jag känner om hon är varm eller kall, jag liksom känner att hon andas, jag känner att hon är så nära hon kan vara. Så det är jättestor skillnad tycker jag...när man har henne hud-mot-hud så känner man ju hur hon mår, alltså hennes sinnesläge mycket tydligare" (Intervjuperson (IP) 3)*

Det lugnade föräldrarna att känna hur barnet rörde sig och andades. Att inte ha barnet nära sig kunde vara en källa till oro för barnets mående och gjorde det svårt att slappna av. Några föräldrar berättade att de inte kunde vila när barnet låg för sig själv eftersom de kände sig tvungna att gå fram till barnet flera gånger för att kontrollera att barnet inte frös eller var hungrigt. En förälder beskrev barnets kroppsspråk då det låg för sig själv;

*"...hon flackar ganska mycket med blicken och så börjar hon sprattla mycket och så, gnyr lite och så liksom, man ser på henne att hon tycker att det är obehagligt" (IP 11)*

En förälder menade att hud-mot-hud utgjorde en större del av tiden med barnet än vad som hade förväntats, dock tyckte majoriteten att det var smidigt med hud-mot-hud. Några av föräldrarna beskrev att de provade sig fram med hud-mot-hud och att det gav dem erfarenheter som underlättade i situationer då barnet behövde lugnas.

### **Ökad förståelse**

Flera av föräldrarna uppgav att det hade fått en djupare förståelse för innebörden av hud-mot-hud efter att barnet var fött. Många av föräldrarna hade förberett sig på att ha sitt barn hud-mot-hud och hade haft en bild av hur den första tiden tillsammans med barnet skulle bli. Dock hade syftet med hud-mot-hud klarnat först efter barnets ankomst. Föräldrarna uppfattade hud-mot-hud som någonting gynnsamt för de själva och barnet vilket hade påverkat synen på metoden; *"...det bekräftar på något sätt den här informationen vi har fått...det har ökat min förståelse" (IP 7)*

De flesta av föräldrarna uttryckte att de kände sig säkrare på vad hud-mot-hud var och varför det är bra efter att barnet var fött. En förälder beskrev att kunskapen om hud-mot-hud tidigare hade varit rent teoretisk men att det hade förändrats efter det att barnet kom. Informationen om hud-mot-hud hade blivit mer begriplig när den blev satt i praktik. En annan förälder kände till fördelarna med hud-mot-hud men det var först efter barnets födelse som föräldern kommit till insikt om varför det var så;

*"...i och med att hon har levt 9 månader och har varit i ett trångt utrymme och så tänker jag att just hud-mot-hud gör att hon ligger nära och det lugnar, eftersom det är familjärt...allting är helt nytt för henne och för oss men det är i alla fall för henne någonting som liknar hur det har varit innan" (IP 8)*

Föräldrarna kunde med egna ord resonera sig fram till fördelarna med hud-mot-hud. Barnets behov av närhet var någonting som alla föräldrarna lyfte fram och hud-mot-hud beskrevs som den maximala närheten. Ett par förklarade att de använde sig av hud-mot-hud för att efterlikna amningssituationen och att de upplevde att barnet på det sättet blev lugnare och tryggare mellan amningstillfällena. Majoriteten menade att knyta an och att lära känna sitt barn var den största anledningen till att de utövade hud-mot-hud. Det hade efter att barnet var fött blivit tydligt för dem varför hud-mot-hud har positiv effekt för anknytningen; *"...den ska vara, ja, nära. Det är mycket nu med att skapa band liksom, till någon ny människa" (IP 11)*



Föräldrarna spekulerade kring eventuella anledningar till att inte utöva hud-mot-hud och flera av dem menade att brist på kunskap om hud-mot-hud skulle kunna utgöra hinder. Att inte ha som mål att utöva hud-mot-hud kontinuerligt eller tron på att hud-mot-hud inte var det bästa för barnet var enligt föräldrarna andra hindrande faktorer.

### **Känslomässig påverkan**

Det framgick tydligt av föräldrarna att hud-mot-hud kändes naturligt och ingen av dem kunde se något negativt med att ha sitt barn hud-mot-hud. De uttryckte att det är så det ska vara och att de kände ett stort välbefinnande i att vara nära sitt barn. Många av dem mådde bättre av att ha barnet hud-mot-hud än vad de trodde att de skulle göra och värderade hud-mot-hud högre efter det att barnet var fött.

*"Jamen det, det blir nån slags euforisk känsla, att ha hon mot min hud såhär, och känna, känna hennes hjärta slå såhär mot mig, och det känns väldigt tryggt, och veta liksom hur hon mår på ett annat sätt tror jag, än vad jag skulle ha gjort om hon hade kläder på sig, och om jag hade kläder på mig - om det var nånting emellan" (IP 4)*

Flera av föräldrarna hade fått klart för sig vad hud-mot-hud betydde för dem och för deras föräldraskap. Det hade påverkat dem på ett känslomässigt plan och fått en djupare innebörd för dem än vad de vad de tidigare hade trott.

*"...det känns som att man kommer vilja ge henne allt, så mycket som möjligt, och då är ju den maximala närheten blir ju hud-mot-hud då, så för att trösta henne och lugna henne. Det känns som hon luktar på en och får ett annat, alltså när hon ligger och andas och snörvlar så vill man liksom visa att vi är här (IP 3)*

Vidare beskrevs hud-mot-hud som någonting intimt och privat och den bästa platsen för att utöva det var på en plats där föräldrarna kände sig trygga och hemmastadda. Hemmet var den i störst utsträckning omnämnda platsen som uppfyllde trygghetskraven. Offentliga miljöer med mycket förbipasserande folk var enligt några av föräldrarna en betydligt sämre plats. Flera av föräldrarna uttryckte en osäkerhet beträffande om det var socialt accepterat att utöva hud-mot-hud på offentliga platser, vilket några av dem tyckte var synd eftersom det potentiellt skulle kunna hindra dem från att utöva hud-mot-hud.

Så länge barnet var lugnt och nöjt när det låg hud-mot-hud uppfattade föräldrarna metoden som enbart positiv. De flesta av dem kände sig bekräftade i sitt föräldraskap genom metoden. En av dem beskrev hur självförtroendet stärktes då barnet lugnades genom hud-mot-hud. Om barnet tvärt om hade varit missnöjt när det låg hud-mot-hud väcktes en oro hos föräldrarna. Barnets mående framhölls som avgörande för förälderns mående.

*"...om hon legat och gråtit och fått mig att bli stressad när hon var hud-mot-hud, då hade jag blivit stressad och då hade hud-mot-hudkontakten förstärkt det. Alla känslor man har förstärks genom hud-mot-hud" (IP 4)*

### **Brist på individanpassad information**

#### **Mycket information att ta in**

Några föräldrar uttryckte att barnmorskor varit väldigt förstående på så vis att de inte försett dem för mycket information på samma gång utan hållit den på en lagom nivå. Flera föräldrar

beskrev att de hade fått många nya kunskaper på kort tid och att det blivit mycket att ta in för dem. De betonade värdet i att vissa saker måste få ta tid och kanske komma i ett senare skede, annars upplevs informationsflödet som övermäktigt och svårt att smälta.

*"Jag har känt att man får lära sig så himla mycket olika saker hela tiden och det är så himla mycket saker att ta in så det är väl på ett sätt att man lär sig saker under vägen så att det faktiskt sjunker in för annars känns det som att det blir för mycket information"* (IP 9)

Majoriteten av föräldrarna beskrev att informationen som bland annat innefattade hud-mot-hud nått dem på många olika sätt. Det som nämndes var bland annat föräldrautbildning på barnmorskemottagning, föreläsning på sjukhuset, deras föräldrar och vänner, reklam, litteratur samt personalen på förlossningen och BB.

*"Jag tror att barnmorskan som var på MVC sa det också, även barnmorskan igår, jag tycker att jag har hört det så himla mycket så att det från väldigt många källor..."* (IP 8)

### **All information upplevs inte som nödvändig**

Flertalet föräldrar beskrev att de inte behövde så mycket information om hud-mot-hud för att förstå att det är viktigt. De berättade att barnmorskan förmedlat att det var viktigt med hud-mot-hud i nära anslutning till barnets födelse. Samtliga föräldrar delgav kunskapen om att hud-mot-hud har en positiv inverkan på barnets kroppstemperatur och merparten om att barnet blir lugnt och sparar energi. Föräldrarna poängterade att för ingående information om vad forskningsresultat visat enbart kändes som "överkurs".

*"...Det är inte jättesvårt att förstå, vad det handlar om skulle jag säga ehm ja sen alla olika, olika fördelar som finns det är dem, de eh, klart att jag liksom, det är inte jätte, det har ju inte dem rabblat upp men att det är bra, å vad man gör det är inte så svårt att förstå"*  
(IP 5)

### **Många påpekanden**

Några föräldrar uttryckte att hud-mot-hud borde avdramatiseras lite och ifrågasatte hur det kunde kallas för en metod. De uppfattade att det bara handlar om att lägga sitt barn hud-mot-hud men att det framställdes som något avancerat. Föräldrarna själva ansåg att det i själva verket handlar om något väldigt enkelt. Några uttryckte att det gjordes en för stor sak av det. Flera föräldrar vittnade om att varje gång barnmorskor kom in på deras BB-rum uppmanade de föräldrarna att ha barnet hud-mot-hud. Ett föräldrapar menade att barnmorskan tenderade att komma in på deras rum vid de få tillfällen de inte hade sitt barn hud-mot-hud.

*"...IP 5: Jag tycker verkligen vi har fått många, hintar eller pikar om att det är viktigt  
IP 6: haha ja varje gång de kommer in"*

I vissa fall kunde föräldrar beskriva vad som kan tolkas som känslor av skuld och prestationsångest. En förälder beskrev att en professor på en informationsfilm förmedlat att hud-mot-hud är nyckeln till en välfungerande människa och föräldern tolkade det som att barnet riskerade att få en mycket sämre utveckling om de inte hade barnet hud-mot-hud. En annan förälder beskrev dilemmat i att vara extremt trött efter förlossningen och försöka tillämpa hud-mot-hud. Föräldern uttryckte en känsla av press i att hålla sig vaken och att det inte kändes bra. Föräldern berättade att det skulle kunna resultera i att hen somnade vilket i värsta fall skulle kunna utgöra en fara för barnet med tanke på riskerna med samsovning.

## Praktiskt utförande

### Medförälderns roll

Flertalet av föräldrarna betonade vikten av att medföräldern gjordes delaktig i praktiserandet av hud-mot-hud. Någon av föräldrarna tyckte rentav att hud-mot-hud var viktigare för fäderna eftersom mödrar får så mycket hud-mot-hud genom amningen. Några tyckte att det på föräldrautbildningen pratats nästan uteslutande om modern när hud-mot-hud tagits upp. Föräldrarna menade att det är något fäder lätt kan göra även om det är mycket fokus på att det är modern som ska göra det.

*"...om man då jämför med kvinnor som ammar får ju väldigt mycket hud-mot-hud automatiskt, medans, jag tror att det är viktigare att för papporna att de har barnet mot bröstet för att de ska få, lite samma närhet, även om det inte blir samma, så blir det ändå liknande" (IP 9)*

Föräldrarna uppgav att de arbetade aktivt med att engagera fadern i utövandet av hud-mot-hud med barnet. Fadern tog i stor utsträckning ansvaret för praktiserandet av hud-mot-hud och fann på så vis sin roll. Flera av föräldrarna beskrev hur hud-mot-hud skapade ett band och hjälpte medföräldern att lära känna barnet.

*"Det påverkar nog pappan mest eller såhär på ett annorlunda, eller de får ett band liksom... Jag kan känna att det är väldigt mysigt det är det ju, och så kommer man på att man känner ju igen när hon rör sig och så men det har jag ju känns hela tiden under tiden i magen men han, det är första gången han känner de rörelserna" (IP 11)*

### Föräldrarna hjälps åt

Majoriteten av föräldrarna i studien beskrev ett samarbete i utövandet av hud-mot-hud, de hade olika sovschema och turades om att ha barnet hud-mot-hud när de var vakna. Det gjorde att båda fick tid med barnet och fungerade som en avlastning. Samtliga av mödrarna ammade och flera av fäderna beskrev att de hade barnet mycket hud-mot-hud emellan amningstillfällena. Föräldrarna beskrev hur de delade all information, om den ena lärde sig något nytt delgavs detta till den andre föräldern, och vice versa och på så vis utjämnades eventuella skillnader i kunskap mellan dem.

*"Ja verkligen, vi har haft väldigt mycket att pappan har haft, det pratar dem, i den här filmen vi såg, då var det väldigt mycket fokus på att mamman, att det är mamman som ska vara hud-mot-hud, och tycker även att det har varit när man har pratat, asså med barnmorskan här och så, mer fokus på det, men vi, vi har ju skiftats mer" (IP 5)*

I ett av föräldraparen hade inte fadern fått stanna med modern och barnet på BB på grund av rådande platsbrist. Modern uttryckte att det var svårt att själv axla ansvaret i att tolka barnets olika signaler och praktisera hud-mot-hud. Modern hade fått hålla sig vaken eftersom det inte fanns någon att bytas av med, trots att det egentligen fanns ett stort sömnbehov hos henne.

*"Det har varit ganska jobbigt såhär att vara själv för man vill ju gärna ha en till som kan bekräfta är det verkligen okej det här? Är det bra? Kan hon verkligen låta så? Ska det vara så? Liksom man har ju inte vågat sova nästan... det hade varit skönt att ha en till som hade kunnat ha uppsikt liksom " (IP 11)*

Tillit till de professionella

### **Att vara i beroendeställning**

Flera föräldrar talade hypotetiskt eller gav exempel som beskrev deras beroendeställning gentemot barnmorskan. Ett föräldrapar berättade att om barnmorskan inte haft en tillåtande attityd till att föräldrarna var lättklädda inne på salen så hade de kanske inte utövat hud-mot-hud i samma utsträckning. Någon förälder påpekade att det kan vara bra med kommentarer som att det är okej att klä av sig om man vill det, att inte ta för givet att föräldrarna kommer att klä av sig eller placera bebisen innanför kläderna. Ett par andra föräldrar beskrev att de var beroende av barnmorskans tillhandahållande av praktisk hjälp. Föräldrarna menade att de själva var så försiktiga med sitt barn medan barnmorskan vågade vrida och vända på barnet för att justera dess läge. Någon beskrev sin respekt för barnmorskan och gav ett tydligt exempel på vilket inflytande densamma skulle kunna ha.

*“...ifall en barnmorska skulle säga väldigt bestämt och tydligt gå in på rummet och gör hud-mot, hud ...amen då vet man att man inte ska vara ute i korridoren och använda hud-mot-hud” (IP 9)*

Det framkom att barnmorskor uppmuntrat mycket till hud-mot-hud men inte gett någon förklaring till varför det är bra. Föräldrar beskrev hur barnmorskor ibland verkade ta för givet att föräldrarna var bekanta med det och dess fördelar. De resonerade kring att om de inte hade vetat så mycket om hud-mot-hud innan de kom till sjukhuset så hade de kanske inte förstått varför det är bra. Flera hade fått informationen om att hud-mot-hud gynnar amningen men inte varför det är så till exempel. Enligt föräldrarna verkade det som att många barnmorskor utgick ifrån att föräldrarna varit på föräldrautbildning och informationstillfället på sjukhuset eller att barnmorskan på barnmorskemottagningen hade pratat om hud-mot-hud.

*“Hon tog förgivet att vi visste det så att hade vi inte gått på föräldrakursen eller på den här kursen på sjukhuset så hade jag nog inte förstått varför utan det kändes som hon tog förgivet att det finns ett allmäntaget begrepp” (IP 3)*

### **Att förlita sig på någon**

Föräldrarna beskrev att de litade till fullo på barnmorskan och barnmorskestudenterna, flera menade att de är hos experter och att de litar på vad experterna säger. De hyste stor tilltro till och respekt för de professionellas kunskap kring hud-mot-hud. Flertalet beskrev att de gör som de blir tillsagda och ifrågasätter inte så mycket om det verkar rimligt. Vissa egenskaper hos de professionella kunde göra att tilliten minskade, det som nämndes var både hypotetiska och observerade egenskaper. Exempel där tilliten minskade var om barnmorskan var stressad, sträng till sitt sätt, hårdhänt och högljudd. Någon nämnde också att skrämman föräldrar som något som minskade respekten för dem. Påvisad kunskap och erfarenhet om barn var istället något som gjorde att föräldrarna litade mer på barnmorskan.

*“Ja jag visste ingenting om hud-mot-hud innan föräldragruppen och informationsträffen på sjukhuset. Alltså att det var så viktigt med hud-mot-hud men vi litar ju på experterna” (IP 7)*

### **Den goda vårdrelationen**

Det verkade som att vissa av föräldrarna kände lite större förtroende när de träffade samma barnmorska vid flera tillfällen på förlossningen och på BB. De fick då möjlighet att lära känna barnmorskan till skillnad från om det var en främling som kom in på rummet varje gång. I vad som kan tolkas som en bra vårdrelation värdesattes egenskaper hos barnmorskan som till exempel lyhördhet, omtänksamhet, information och att vara observant. Speciellt lyhördhet

och att vara observant nämndes som goda egenskaper om barnmorskan ville få föräldrar att utöva hud-mot-hud i större utsträckning. Här sattes positiva egenskaper hos barnmorskan för att gynna hud-mot-hud och en barnmorska som inte har föräldrarnas fulla tillit i relation till varandra. Att bli uppmuntrad och ha en tillåtande attityd nämndes som något viktigt. Föräldrarna nämnde även bekräftelse som en central egenskap hos barnmorskan, som upprätthöll motivationen till att fortsätta utöva hud-mot-hud.

*"Det har inte pratats så mycket om det tycker jag inte men det är kanske för att det har varit mycket hud-mot-hud när barnmorskan har kommit in och så de har sagt att där har hon det gott och där ligger hon bra och sådär" (IP 7)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Förförståelse är den kunskap, de erfarenheter och de förutfattade meningar en person har och påverkar hur personen ser på och förhåller sig till någonting. Förförståelsen kan vara svår att bortse från eftersom mycket av de antaganden som görs sker omedvetet. När någonting ska studeras är det viktigt att ha ett så öppet förhållningssätt som möjligt till den information som framkommer. Det är av stor betydelse att vara medveten om förförståelsen och om hur den ska hanteras för att inte ha för stor inverkan på studieresultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna försökte vara medvetna om sin förförståelse under studiens gång för att minimera risken för att resultatet skulle kunna färgas av den. För att undvika ett färgat resultat och för att erhålla uttömmande svar formulerades öppna frågor som inte inriktade sig på specifika problem eller hinder. Framkom något under intervjuerna som ansågs vara intressant för studiens syfte ställdes följdfrågor för att få tillgång till mer djupgående information.

Intervjuerna transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället och textmaterialet bearbetades, analyserades och tolkades med kvalitativ innehållsanalys. Båda författarna var delaktiga i analysprocessen för att minska risken för feltolkningar och för att inte gå miste om värdefull information, samt för att avstämna att analysen skedde i enlighet med den valda metoden. Att författarna genomför analysprocessen tillsammans ökar tillförlitligheten i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Intervjufrågorna anses vara relevanta och motsvarar studiens syfte. Sex föräldrar har intervjuats och samtliga 12 föräldrar har bidragit vilket har genererat innehållsrik information och en tillfredsställande mängd datamaterial. Datamaterialet innefattar olika perspektiv på hud-mot-hud och ger en nyanserad bild av föräldrarnas uppfattningar. Studiens giltighet har bedömts enligt Lundmans och Hällgren Graneheims (2012) kriterier. Studieresultatet anses ha god giltighet då datamaterialet tydligt och djupgående beskriver ämnesområdet och då det som framkommit genom analysen har svarat an på det som var avsett att studeras. För att ett resultat ska ha god giltighet krävs det att analysen motsvarar syftet och att det finns ett djup och tydlighet hos datamaterialet (Ibid.).

De aktuella inklusions- och exklusionskriterier som handlade om föräldrar och barns hälsostatus valdes för att skapa så goda förutsättningar som möjligt från start för praktiserande av hud-mot-hud. Författarna valde att intervjua samtliga av barnets föräldrar, som båda skulle kunna tänkas vara delaktiga i utövandet av hud-mot-hud under sjukhusvistelsen. Att författarna valde att intervjua nyblivna förstagångsföräldrar motiveras med att hud-mot-hud

var något nytt för dem och för att de därför inte hade kunnat färgas av tidigare personliga erfarenheter. Intervjupersonerna befann sig på BB då de intervjuades, om de hade blivit intervjuade separat, vid en senare tidpunkt eller på någon annan plats så kan det inte uteslutas att de skulle ha svarat annorlunda.

Samtliga föräldrapar hade deltagit i föräldrautbildning som inte sällan hålls av barnmorskestudenter. Att kritisera eller ifrågasätta information given av en barnmorskestudent inför andra barnmorskestudenter skulle kunna upplevas som olustigt och det kan därför ha påverkat hur föräldrarna valde att svara under intervjun. Föräldrarna instämde ofta till vad den andra i föräldraparet sa vilket skulle kunna vara en svaghet eftersom det blir svårt att urskilja föräldrarnas personliga kunskaper och eventuella kunskapsbrister. Med anledning av urvalet exkluderades många av de föräldrar som fanns på BB under dagarna då datainsamlingen pågick och på grund av tidsbrist kunde inte fler föräldrar intervjuas. Eftersom det av ekonomiska skäl inte var möjligt att ha en tolk närvarande vid intervjuerna exkluderades icke svensktalande föräldrar. Det hade varit intressant för studien att inkludera föräldrar med olika kulturell bakgrund och det hade sannolikt stärkt studieresultatets överförbarhet. Vidare uppfyllde inte några samkönade par inklusionskriterierna vilket kan påverka överförbarheten. För att underlätta läsarens bedömning av överförbarheten har metoden beskrivits utförligt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Trost (2010) menar att en studies syfte ska vara avgörande för valet av metod och att kvalitativa intervjuer är passande om målet är att försöka förstå människors sätt att resonera. Studiens mål var att undersöka förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud och det ansågs därför vara lämpligt att genomföra datainsamlingen med hjälp av kvalitativa intervjuer. En kvantitativ metod var ett alternativ för att besvara studiens syfte men det bedömdes inte vara optimalt eftersom förhoppningen var att få ta del av mer djupgående och nyanserad information av föräldrarna. En kvantitativ metod bedömdes av författarna även vara tidskrävande och var därför inte möjlig att genomföra på grund av tidsbrist.

## Resultatdiskussion

I föreliggande studie framgår att majoriteten av förstagångsföräldrarna uppfattade hud-mot-hud som något positivt för de själva och barnet och uppgav sig praktisera det. Det framkom att de hade goda kunskaper om metoden, med hänsyn till att de bara varit föräldrar i ett till två dygn. Kunskap är något individuellt och föränderligt och utgörs av flera dimensioner. Kunskap består enligt Nationalencyklopedin (2017) av fakta, förståelse och färdigheter som inhämtas genom studier och erfarenheter. Det har framgått att kunskapens olika delar har stor betydelse för och inverkan på föräldrarnas uppfattningar om hud-mot-hud.

Resultatet visar att personliga upplevelser och erfarenheter påverkar hur föräldrarna tolkar och förhåller sig till den faktabaserade kunskapen om hud-mot-hud. Förståelsen för innebörden och vinsterna med hud-mot-hud är en viktig del i föräldrarnas motivation. Anderzén-Carlsson, Lamy, Tingvall och Eriksson (2014) beskriver att användandet av metoden ökar när föräldrarna inser att och varför hud-mot-hud är bra för barnet. En central del av resultatet visar att föräldrarna upplevde hud-mot-hud som naturligt och värdefullt för dem. Dalbye et al. (2011) beskriver i sin studie hud-mot-hud som en förlängning av den närhet som varit mellan moder och barn under graviditeten. Vidare redogörs för mödrarnas upplevelse av metoden som någonting de praktiserade rent instinktivt (Ibid.). Den första tiden efter förlossningen är

en process som handlar om att närma sig sitt barn och landa i föräldrarollen. Författarna till föreliggande studie har genom studien fått uppfattningen att processen måste få ta tid och kan ta olika lång tid för olika familjer. Tidigare studier har visat att hud-mot-hud inleder en process som stärker relationen mellan föräldrarna (Anderzén-Carlsson et al., 2014) och skapar en känsla av samhörighet (Fägerskiöld, 2008). Eftersom förståelsen är föränderlig menar författarna till föreliggande studie att det är av stor vikt att barnmorskan erbjuder fortlöpande stöd på grund av att föräldrarnas behov kan förändras i takt med förståelsen.

Resultatet visar att föräldrarna uppfattade hud-mot-hud som något intimt och privat vilket gjorde att de undvek att utöva det på offentliga platser. Chan et al. (2015) fann att brist på privata utrymmen var ett hinder för hud-mot-hud och Anderzén-Carlssons et al. (2014) redogör för ett liknande resultat där det framgår att hinder i miljön minskar utövandet av hud-mot-hud. Samtliga föräldrar uttryckte att deras rum på BB var en lugn plats där de fick vara för sig själva och där de inte såg några hinder för att utöva hud-mot-hud. Det framkom att föräldrarna ibland kunde känna sig påkomna med att inte praktisera hud-mot-hud när barnmorskan kom in på deras rum. En fallstudie av Engler (2005) visar att personalens närvaro kan orsaka stress hos nyblivna mödrar. Vidare framhåller Engler (2005) att det är av stor vikt att vårdpersonal är medveten om att deras närvaro kan medföra stress för nyblivna mödrar. God kommunikation mellan mödrar och vårdpersonal minskade stressen och ökade mödrarnas välbefinnande. Dalbye et al. (2011) menar att en lyckad implementering av hud-mot-hud förutsätter att föräldrar får tillräckligt med tid för att praktisera hud-mot-hud i lugn och ro. Författarna till föreliggande studie spekulerar i att dagens BB-vård kan utgöra ett hinder för en lyckad implementering av hud-mot-hud eftersom vårdtiden är kort och intensiv. Föräldrarna uppgav hemmet som den för dem bäst anpassade platsen för att utöva hud-mot-hud eftersom det är en lugn och trygg plats för dem. Andersen (2003) fann i sin studie att hemmet är den viktigaste platsen för föräldrarna att skapa gemensamma erfarenheter med barnet.

Det visade sig att föräldrar efter att ha introducerats för hud-mot-hud själva tog ansvar för att uppsöka den information om hud-mot-hud som uppfattades som viktig för dem inför barnets ankomst. Enligt Koopman, Callaghan, Alaofin, Argani och Farzin (2016) är det viktigt att prata om hud-mot-hud och framhålla dess positiva effekter under graviditeten för att ge föräldrarna möjlighet att planera och förbereda sig på barnets ankomst. Introduktion av hud-mot-hud under graviditeten ökade användandet hud-mot-hud (Ibid.). Positiva förväntningar på hud-mot-hud har setts öka praktiserandet (Chan, 2015). Fägerskiöld (2008) och Dalbye et al. (2011) understryker vikten av att informera föräldrar innan barnet är fött men att det också kan vara svårt för föräldrarna att tillgodose sig all information eftersom de har ett stort fokus på förlossningen.

Informationsflödet beskrevs av föräldrarna som högt, de uttryckte vad som kan tolkas som att det måste få ta tid för information och personliga upplevelser att generera i ny kunskap. Vidare upplevdes det som svårt för föräldrarna att ta till sig all information eftersom det var mycket för dem att ta hänsyn och anpassa sig till i den nya situationen med barnet. Anderzén-Carlsson et al. (2014) beskriver utövandet av hud-mot-hud som en lärandeprocess vilken är sammankopplad med att hitta sin roll som förälder och förbereda sig inför att skrivas ut från sjukhuset och ta fullt ansvar för sitt barn. Föräldrarna påpekade att en del information om hud-mot-hud var överflödigt eller istället bara innefattade påpekanden och uppmaningar för att få dem att praktisera metoden.

Enligt Widström, Jonas och Nissen (2016) ska barnmorskan initialt ta reda på vad föräldrarna kan om hud-mot-hud, därefter kan kunskaperna kompletteras. Chan et al. (2015) konstaterar i sin studie, att kunskaperna om att hud-mot-hud har en stabiliserande effekt på barnets

kroppstemperatur och att det har positiva effekter på anknytningsprocessen, är essentiella kunskaper som har setts uppmuntra föräldrarna till att praktisera metoden. Alla föräldrar i studien uppgav sig praktisera hud-mot-hud och samtliga hade kunskapen om att hud-mot-hud hade en positiv effekt på barnets kroppstemperatur och på anknytningsprocessen. Att som barnmorska först informeras sig om föräldrarnas kunskapsläge och därefter erbjuda mer information är ett ödmjukt tillvägagångssätt där vården i enlighet med Socialstyrelsen (2006) sker i samförstånd med patienten.

Det föreföll sig som att alla föräldrar i studien inte hade erhållit individanpassad information eftersom de uppfattade att hud-mot-hud borde avdramatiseras, några upplevde också känslor av prestationsångest och skuld när ämnet lyftes. Berg och Lundgren (2010) menar att det är centralt i barnmorskans profession att bemöta föräldrarna individuellt och utgå ifrån deras behov och förutsättningar, barnmorskan kan på så sätt anpassa stödet till varje unik individ.

Forskningen som finns kring hud-mot-hud är heteronormativ så till vida att den är genomförd på mödrar respektive fäder. Att den forskning författarna till föreliggande studie tagit del av dock genomförts på både biologiska kvinnor och män borde enligt dem kunna göra den gällande för samkönade par eller andra familjekonstellationer, men det är inget de har funnit stöd för.

Flera mödrar delade åsikten om att det är viktigare för fäderna att praktisera hud-mot-hud med barnet eftersom mödrarna fick hud-mot-hud naturligt genom amningen. Det fanns en stark önskan om att involvera fadern så mycket som möjligt. Palmér (2010) skriver att män ofta känner sig sekundära under barnets första levnadstid och enligt Fägerskiöld (2008) blir föräldraskapet mer jämställt först när modern slutar amma. Shorey et al. (2016) vidhåller att det finns få studier som fokuserar på faderns engagemang i hud-mot-hud men Chan et al. (2015) skriver att det finns bättre förutsättningar för att engagera fadern i mer jämställda samhällen som till exempel länder i Skandinavien.

Resultatet visar att föräldrarna turades om att utöva hud-mot-hud så att båda fick sova. Skiftandet i praktiserandet av hud-mot-hud fungerade också som ett avlastande för mödrarna mellan amningstillfällena. Företeelsen tydde på att det fanns ett samarbete i den nya situationen vilket visade på färdigheter i utövandet av hud-mot-hud. Enligt Andersen (2003) krävs det att föräldrarna samarbetar för att deras föräldraskap ska utformas. Palmér (2010) skriver ur ett genusperspektiv att män kan bidra till ett jämlikare samhälle genom delat ansvar för familjen. Enligt Berg och Lundgren (2010) påverkas familjedynamiken positivt när fadern aktivt stöttar modern. I ett av föräldraparen hade inte fadern fått stanna på sjukhuset på grund av platsbrist. Författarna anser utifrån ovan nämnda studieresultat att det är problematiskt att mödrar lämnas ensamma med barnet.

Utifrån resultatet spekulerar författarna i att föräldrar genom att praktisera hud-mot-hud utvecklar färdigheter som gör det möjligt för dem att anpassa hud-mot-hud till vardagen och göra metoden till ett sätt för familjens att vara tillsammans. Enligt Anderzén-Carlsson et al. (2014) känner föräldrarna sig viktiga för barnets välmående och utveckling genom praktiserandet av hud-mot-hud. Vidare upplevs närheten till barnet som en belöning av mödrarna (ibid.), vilket genom forskning har visat sig öka praktiserandet av hud-mot-hud (Phillips, 2013). Föreliggande studie visar att om förväntningarna på effekten av hud-mot-hud inte stämde överens med upplevelsen av metoden kunde det leda till att det uppstod en osäkerhet angående om hud-mot-hud var det bästa för föräldrarna och barnet. Det var viktigt för föräldrarna att bli bekräftade i att de utövade metoden på rätt sätt. Då föräldrarna kände sig bekräftade av barnet stärktes självförtroendet och fördelarna med hud-mot-hud blev tydliga för föräldrarna. Chan et al. (2011) betonar vikten av att föräldrarna måste tro på att hud-mot-hud är det bästa för dem och deras barn för att metoden ska tillämpas kontinuerligt.



Föräldrarnas kunskap om hud-mot-hud var till stor del beroende av barnmorskans tillhandahållande av information om och praktiskt stöd vid tillämpandet av metoden. Dalbye et al. (2011) skriver att barnmorskan står för det huvudsakliga stödet som innefattar attityder och information angående hud-mot-hud. Flera av föräldrarna beskrev att barnmorskorna tog för givet att föräldraparen hade kunskap om fördelarna med metoden. Det framgår av föreliggande studie att vårdpersonal alltid uttryckte vikten av tidig hud-mot-hud, däremot kunde det vara svårt för vårdpersonal att förmedla fördelarna med metoden på ett sätt som motiverade föräldrarna till praktiserande av hud-mot-hud. Företeelsen anses problematisk av författarna till föreliggande studie, det eftersom forskning visar att föräldrarnas praktiserande av hud-mot-hud till stor del är beroende av att de blir informerade om dess fördelar.

Det visade sig att det var viktigt med bekräftelse och uppmuntran från barnmorskan för att föräldrarna skulle upprätthålla praktiserandet. Enligt Dalbye et al. (2011) och Anderzén-Carlsson et al. (2014) är en stödjande miljö viktigt för att föräldrar ska motiveras till att praktisera hud-mot-hud med sitt barn. Enligt Berg och Lundgren (2010) är det barnmorskans uppgift att stötta föräldrarna och stärka dem i föräldraskapet och i deras förmåga att ta hand om sitt barn. På så vis kan föräldrar sägas vara i beroendeställning till barnmorskan vilket medför ett stort ansvar i barnmorskans yrke. Det fanns en stor respekt för barnmorskans och barnmorskestudentens kunnande hos föräldrarna. För att leva upp till den av föräldrarna så kallade expertrollen är det essentiellt att barnmorskan i enlighet med Socialstyrelsens (2006) kompetensbeskrivning för barnmorskor arbetar evidensbaserat och efter beprövad erfarenhet. Föräldrarna värdesatte och kände större tillit till de professionella när de träffade samma barnmorska flera gånger under sjukhusvistelsen och fick en viss kontinuitet i vården. Enligt Berg och Lundgren (2010) är en god vårdrelation det centrala för barnmorskans arbete med att bygga en trygg och stödjande miljö.

Författarna spekulerar i om tidsbrist skulle kunna vara ett hinder för en lyckad implementering av hud-mot-hud på BB och förlossningsavdelning. Vårdtiderna är korta och intensiva för föräldrarna, samtidigt som barnmorskan har flera föräldrapar att ta hänsyn till. Faktorerna skulle kunna innebära en hög arbetsbelastning och leda till att barnmorskan inte hinner få tillräcklig insikt om vad föräldrarna behöver för att motiveras till hud-mot-hud.

## Slutsats

Föräldrars uppfattningar om hud-mot-hud har visat sig förändras och utvecklas över tid. Uppfattningar är individuella eftersom de påverkas av vilken information individen delges och uppsöker, samt av personliga upplevelser och erfarenheter. Föreliggande resultat visar att förstagångsföräldrar utvecklar en fördjupad kunskap om hud-mot-hud genom personliga erfarenheter och ökad förståelse. De påverkas känslomässigt av utövandet av hud-mot-hud, vilket påverkar hur de uppfattar metoden.

Föräldrarna genomgår en period med ett högt informationsflöde och uppger fall av överflödigt information men även brist på uppmuntrande information. De beskriver upprepade påpekanden och uppmaningar från barnmorskorna. Företeelsen visar att föräldrarna är i behov av individanpassad information för att bli motiverade. Föräldrar utvecklar snabbt färdigheter i utövandet av hud-mot-hud. Den nya situationen kräver att fadern involveras vilket paren arbetar aktivt med. Att vara nybliven förälder innebär att vara i beroendeställning till barnmorskan. Studien visar att föräldrarna i hög utsträckning förlitar sig på barnmorskans kunskap och föräldrarna framhåller vikten av att barnmorskan är stödjande och bekräftande.

Studieresultatet belyser att barnmorskan bör ha kännedom om hur förstagångsföräldrar uppfattar hud-mot-hud och förmågan att ta hänsyn till det i arbetet med att introducera och motivera nyblivna föräldrar till hud-mot-hud.

### Framtida forskning

Föreliggande studie kan användas som underlag för en uppföljande studie med liknande syfte. I en sådan studie skulle det vara intressant att inkludera icke svensktalande föräldrar och på så vis få tillgång till kulturella aspekter på föräldrars uppfattningar om hud-mot-hud och ett studieresultat med bättre överförbarhet. Det kan komma att bli ett värdefullt verktyg för barnmorskan i arbetet med perinatal hälsa.

## Referenslista

Andersen, A. J. (2003). *Menn skaper rom for foreldreskap og familie: farskapets betingelser i en heteronormativ kultur*. (PhD), Norwegian University of Science and Technology, Bergen. Hämtad 171213 från: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/268080>

Anderzén-Carlsson, A., Lamy, Z.C., Tingvall, M. & Eriksson, M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 2: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. doi: 10.3402/qhw.v9.24907

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I: Berg, M. & Lundgren, I. (red.) (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Berg, M. & Lundgren, I. (red.) (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Branson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. & Lopez Melcher, C. (2010). Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*. 26(2): 130-137. doi:org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0890334409355779

Centrala etikprövningsnämnden. *Förordning (2007:1069) med instruktioner för regionala etikprövningsnämnder*. Hämtad 17-11-22 från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2003615-om-etikprovning-av\\_sfs-2003-615](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2003615-om-etikprovning-av_sfs-2003-615)

Chan, G J., Labar, A S., Wall, S. & Atun, R. (2015). Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ*. 94: 130-141. Doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.157818>

Charpak, N. & Ruiz, J.G. (2017) The Kangaroo Mother Care Method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 86:125-128. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.05.019

Charpak, N., Ruiz, J.G, Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Christo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane, M. & Worku, B. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*. 94(5):514-522. doi:10.1080/08035250510027381

Dabrowski, D A. (2007). Skin-to-skin contact: giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Womens Health* 11(1):64-71.

Dalbye, R., Calais, E. & Berg, M. (2011). Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2:107–111.

Danielson, M. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I: M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, M. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Engler, J A. (2005). Maternal stress and the white coat syndrome: a case study. *Pediatric Nursing*. 31(6): 470-473.

Feldman- Winter, L. & Goldsmith, J.P. (2016). Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *American academy of pediatrics*. 138(3):1-10. doi: 10.1542/peds.2016-1889

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Sexuell och reproduktiv hälsa -Målområde 8*. Hämtad 2017-11-22, från HYPs://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Folkhälsopolitiska mål*. Hämtad 17-11-22, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>

Fägerskiöld, A. (2008). A Change in life as experienced by first time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22:64-71. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00585.x.

Goldstein Ferber, S. & Makhoul, R. I. (2004). The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 113(4):858-865. doi:10.1542/peds.113.4.858

ICM. (2017). *International definition of the midwife*. Nederländerna: International Confederation of Midwives

Jonas, W., Atkinson, L., Steiner, M., Meaney, M.J., Wazana, A. & Fleming, A.S. (2015). Breastfeeding and maternal sensitivity predict early infant temperament. *Acta Paediatric*.104(7):678-86. doi: 10.1111/apa.12987

Koopman, I., Callaghan-Koru, J A., Alaofin, O., Argani, C H. Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal Of Clinical Nursing*. 25: 1367-1376. Doi:10.1111/jocn.13227.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.[rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

Martín, L., Escobar, A.L., Villalba, E.F., Blanco, I.R. & Pol, P.T. (2009). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica Nurturing The Child*. 99(11):1630-1634. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x [https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)

Montgomery, K S. (2000). Apgar Scores: Examining the Long-term Significance. *The Journal of Perinatal Education*. 9(3): 5-9. Doi: 10.1624/105812400X87716

Moore, ER., Bergman, N., Anderson, GC. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.30(3):206-207. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3

Nationalencyklopedin (2017). *Kunskap*. Hämtad 17-12-05 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kunskap>

Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Widstrom, A. M. (2010). State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*, 99(6), 812-819. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Palmér, L. (2010). Stöd vid amning. I: Berg, M. & Lundgren, I. (red.) (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13:67–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>

Ransjö-Arvidson, A-B., Sjödin, M., & Widström, A-M. (2014). Föräldra-barn-interaktion, amning och stöd efter födelsen. I: Hagberg, H., Marsál, K., & Westgren, M (Red.). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur

SFOG. (2013). *Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Shorey, S., Hong-Gu, H. & Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*. 40:207-217. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.007

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om amning 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU. (1993). *Amningsvänliga sjukhus för att skydda, stödja och främja amning*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar: Fritez AB

- Svensson, K. & Zwedberg, S. (2016a). Att vara väl förberedd ökar tillit och amning. *Jordemodern*. 1(2):20-25.
- Svensson, K & Zwedberg, S. (2016b). Internationell besvikelse över Sveriges amningsciffror. *Jordemoder*. 6:20-24.
- Uvnäs-Moberg K. & Eriksson, M. (1996). Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatr* 85:525–30.
- Vetenskapsrådet. (2017). Forskningsetiska principer: inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Hämtat 2017-12-15, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M. & Morrison, B. (2007). Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 32:375-381.
- WHO. (2009). *Baby-friendly hospital initiative. Section 1: bakgrund and implementation*. Genève: World Health Organization
- WHO. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Genève: World Health Organization
- Widström, A-M., Jonas, W. & Nissen, E. (2016). I: Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1

## Intervjuprotokoll

”Skulle ni vilja berätta vad ni vet om hud-mot-hud?” var den inledande öppna frågan under intervjun. Utöver denna ställdes några övergripande frågor till vilka följdfrågor i vissa fall ställdes för att få så uttömmande svar som möjligt.

- Hur går man tillväga när man har barnet hud-mot-hud?
- Är hud-mot-hud säkert?
- Hur har ni fått den kunskap ni har?
- Beskriv en plats eller situation som underlättar hud-mot-hud?
- Beskriv en plats eller situation som hindrar hud-mot-hud?
- Vad skulle kunna vara orsaker till att man inte utövar hud-mot-hud?
- Hur har det gått att ha er bebis hud-mot-hud första dygnet/dygnen?

## Bilaga 2



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Universitetssjukhuset

### Förfrågan om intervjuer med patienter

Vi är två sjuksköterskor som går tredje terminen på barnmorskeprogrammet och genomför vår magister-uppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud med sitt nyfödda barn. Vi ämnar att under höstterminen 2017 genomföra intervjuer på BB-avdelningarna med sex föräldrapar. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er, vi önskar även att kunna ta del av patientdata för att kunna planera intervjuerna. Studien vänder sig till förstagångsföräldrar där kvinnan är frisk, har haft en normal graviditet och genomgått en vaginal förlossning i fullgången tid. Familjerna planeras att rekryteras från de olika BB-avdelningarna på xx.

### Studiens bakgrund och syfte

Det nyfödda barnets behov av hud-mot-hud med sina föräldrar är ett väl utforskat ämnesområde. Hud-mot-hud har flera positiva effekter för barnets fysiska och psykiska utveckling. Hud-mot-hud har även positiva hälsoeffekter för föräldrarnas fysiska och psykiska mående. Det saknas för närvarande forskning om hur föräldrar uppfattar hud-mot-hud. Studiens syfte är att undersöka hur förstagångsföräldrar uppfattar hud-mot-hud.

### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med utvalda föräldrapar efter informerat samtycke. Intervjuerna kommer att ske 24 - 48 timmar efter förlossning på BB-avdelningen. Beräknad tid för samtalet är cirka 20 - 40 minuter. Samtalet mellan intervjuare och informanter kommer att bestå av frågor som berör hud-mot-hud. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast de två personer som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med benämning som ex. ID 1, 2 osv. Deltagande i studien är helt frivilligt och föräldrarna kan när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att berätta anledningen. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.



## Ansvariga för studien

Caroline Siberg  
Leg. Sjuksköterska

Klara Gynnerstedt  
Leg. Sjuksköterska

Handledare  
Anna Wessberg  
Barnmorska Obstetiken/SU  
Adjunkt Göteborgs universitet/ GU

Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

## Bilaga 3



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Information om studien om förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud

### Bakgrund och syfte

Nyfödda barn har ett behov av att vara nära sina föräldrar. Hud-mot-hud har positiva effekter för både barnets och föräldrarnas mående, oavsett om barnet ammas eller ej. Syftet med denna studie är att undersöka förstagångsföräldrars uppfattningar om hud-mot-hud. Målet är att öka förståelsen kring ämnet för att bättre kunna hjälpa föräldrar att praktisera hud-mot-hud med sitt nyfödda barn under sjukhusvistelsen.

### Förfrågan om deltagande

Du och din partner har nyligen blivit föräldrar! Vi vill ta del av era uppfattningar om hud-mot-hud.

### Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du och din partner intervjuas tillsammans på ert rum på BB. Ni kommer att tillfrågas om vad hud-mot-hud är. Deltagandet innebär att Du och din partner intervjuas på xx. Intervjun beräknas ta 20 - 40 minuter.

### Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att delge dina uppfattningar om hud-mot-hud. Ökad kunskap om hur nyblivna förstagångsföräldrar förstår, förhåller sig till och värderar rekommendationerna kring hud-mot-hud kan komma att bli användbart för utvecklingen av rutiner kring hud-mot-hud.

### Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande. Det kan eventuellt av några personer uppfattas som svårt att kritisera den vård som de är/varit beroende av.

## Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Studiematerialet kommer att förstöras efter att studien avslutats. Ingen obehörig kommer att få tillgång till det och då data från studien ska publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

## Personuppgiftsansvar

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är xx. Du kan vända dig till sjukhusets personuppgiftsombud, xx (tfn: xxx- xxx xx xx), om du önskar utdrag om de personuppgifter som finns registrerade på dig. (Adress: xx, tfn. xxx- xxx xx xx)

## Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat, är Du välkommen att kontakta Caroline Siberg eller Klara Gynnerstedt. Se kontaktuppgifter nedan.

## Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange någon anledning till varför. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att påverka Din, respektive Din partners behandling.

### Ansvariga:

**Caroline Siberg**, sjuksköterska, barnmorskestudent på Göteborgs Universitet. Mobil: 07x-xxx xx xx, E-post: xxx

**Klara Gynnerstedt**, sjuksköterska, barnmorskestudent på Göteborgs Universitet. Mobil: 07x-xxx xx xx, E-post: xxx

**Anna Wessberg**, barnmorska, doktorand vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 07x-xxx xx xx, E-post: xxx

## Bilaga 4



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

---

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

### Ansvariga för studien

Caroline Siberg  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

Klara Gynnerstedt  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

Handledare  
Anna Wessberg  
Barnmorska Obstetrikern/SU  
Adjunkt Göteborgs universitet/ GU  
Tel: 07x- xxx xx xx  
E-post: xxx

