



Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Vårterminen 2016

Examensarbete 15 hp

Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barn och ungdom

Vem vet bäst?

Kunskapskällor vid amningsrådgivning på barnakutvårdsavdelningar

Who knows best?

Sources of knowledge when giving breastfeeding counseling at
pediatric emergency wards

Författare: **Sofie Guldbrand**
Pernilla Johansson

Handledare: Ulrika, Förberg, Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Examinator: Maria, Öjmyr-Joelsson, Institutionen för kvinnor och barns hälsa

ABSTRAKT

Bakgrund: Amningsvänliga sjukhus inverkade positivt på amningsstatistiken, men idag syns en nedåtgående trend. Föräldrar upplever sig få olika råd och vårdpersonal upplever sig ha varierande kunskaper. Omvårdnadsrutiner som främjar och möjliggör amning är viktiga. Personal som genomgått utbildning i amningsstöd skapar en mer gynnsam amningsmiljö för familjen och föräldrarnas samspel med barnet påverkas då positivt. Vidare forskning saknas kring amningsstöd utanför förlossnings- och neonatal vård. **Syfte:** Att undersöka vilka kunskapskällor sjuksköterskor och barnsköterskor har vid amningsrådgivning på barnakutvårdsavdelningar. **Metod:** En empirisk studie av kvalitativ ansats genomfördes genom djupintervjuer med sex informanter från två barnakutvårdsavdelningar. En latent innehållsanalys användes. **Resultat:** Analysen gav tre kategorier; Evidens, Föräldrar och Personliga erfarenheter. Kategorierna förtydligas av 6 subkategorier: Utbildning, Yrkeserfarenhet, Tillit till föräldrarnas förmåga, Lyhörd för föräldrarnas behov, Amningsupplevelse samt Intuition. **Slutsats:** Att ha aktuella kunskaper och en gemensam amningsstrategi på barnakutvårdsavdelningarna har betydelse för amningsrådgivningen. Evidens anses viktigast, därefter föräldrar och sist när kunskaper inte finns tillgängliga hos omsorgsgivaren från evidens eller föräldrarna så tas kunskap från personliga erfarenheter.

Nyckelord: Amning, Utbildning, Kunskap, Sjuksköterskor, Barnsköterskor, Barnsjukvård.

ABSTRACT

Background: Baby Friendly hospitals had a positive impact on breastfeeding statistics, but the trend in recent years has been more negative. Parents experience that they get difference advice and healthcare professionals feel that they have diverse skills. The use of nursing routines that encourage and enable breastfeeding are important. Staffs who have received training in breastfeeding support provide a more favorable environment for the family and therefore the parents' interaction with their child were affected positive. There is a lack of further research regarding breastfeeding support outside of obstetric- and neonatal care.

Objective: To investigate which sources of knowledge registered nurses and nursing assistants have when giving breastfeeding counseling at pediatric emergency wards. **Method:** An empirical study with qualitative approach was carried out through in-depth interviews with six informants from two pediatric emergency wards. Latent content analysis was used.

Result: The analysis resulted in three categories; Evidence, Parental Involvement and Personal Experiences. The categories were clarified by six subcategories: Education, Professional Experience, Trust in the parent's ability, Sensitive to parents' needs, Breastfeeding Experience and Intuition. **Conclusion:** To have up to date knowledge and a joint strategy for breastfeeding advice in the pediatric emergency wards are important for breastfeeding counseling. Evidence was seen as most as the important source of knowledge, followed by parental involvement, and when these sources of knowledge were unavailable; knowledge was based on personal experiences.

Keywords: Breastfeeding, Education, Knowledge, Registered Nurses, Nursing Assistants, Pediatrics

INNEHÅLL

1	Inledning	1
1.1	Begrepp	1
2	Bakgrund	2
2.1	Amningens betydelse	2
2.2	Amningsrekommendationer & BFHI	2
2.3	Amning och Stöd	3
2.4	Sjukvårdspersonal & att ge amningsstöd	4
2.5	Amningsprojektet	6
2.6	Jean Watsons Omvårdnadsteori	7
2.7	Problemformulering	8
2.8	Syfte	8
3	Metod	9
3.1	Val av metod/ design	9
3.2	Urval/deltagare	9
3.3	Datainsamling	10
3.4	Dataanalys	11
3.5	Etiska ställningstaganden	11
4	Resultat	12
4.1	Evidens	12
4.1.1	Utbildning	12
4.1.2	Yrkeserfarenhet	13
4.2	Föräldrar	14
4.2.1	Tillit till Föräldrars Förmåga	14
4.2.2	Lyhörd för Förälderns behov	15
4.3	Personlig Erfarenhet	15
4.3.1	Amningsupplevelse	16
4.3.2	Intuition	16
5	Diskussion	18
5.1	Resultatdiskussion	18
5.1.1	Evidens	18
5.1.2	Föräldrar	19
5.1.3	Personlig erfarenhet	20
5.2	Metoddiskussion	20
5.3	Trovärdighet	22
5.4	Samhällelig nytta	22
5.5	Klinisk nytta	23
5.6	Slutsats	23
5.7	Förslag på fortsatt forskning	23
6	Sammanfattning	24
7	Självständighetsdeklaration	24
8	Referenser	25
9	Bilagor	29
9.1	Bilaga 1	29
9.2	Bilaga 2	30
9.3	Bilaga 3	31
9.4	Bilaga 4	32
9.5	Bilaga 5	33

1 INLEDNING

Vårt kommande arbete som specialistsjuksköterskor inom barn och ungdom innefattar även att hjälpa och stötta föräldrar. Barnsjuksköterskor möter familjer i olika situationer och ska kunna främja familjens och barnets hälsa utifrån ett helhetsperspektiv. För ett spädbarn är bröstmjolk i första hand den rekommenderade födan. Att stödja familjen till en lyckad amning är en del av barnsjuksköterskans vardag. Båda uppsatsförfattarna arbetar idag inom pediatrik vård och möter situationer där amningsstöd ges till familjer.

Av patienterna på barnakutvårdsavdelningen är 80 % under 5 år varav en stor del är ammande spädbarn och de kan behöva tillmatas via sond eller flaska under vårdtiden av medicinska skäl. Exempel på inläggningsorsaker för spädbarn är RS-infektion, ikterus, gastroenterit samt amningsproblem, dålig viktuppgång eller failiure to thrive. Här har vårdpersonalen en värdefull möjlighet att stödja familjen i både den akuta amningssituationen samt ge råd inför hemgången.

Med detta uppsatsarbete vill författarna titta vidare på hur amningsstöd ges, vart personalen får sina råd ifrån och hur arbetet överensstämmer med aktuella riktlinjer.

1.1 BEGREPP

Barnsköterska: På barnakutvårdsavdelningarna är undersköterskorna ofta även utbildade barnsköterskor. Informanterna i intervjuerna är utbildade barnsköterskor varför det kommer användas i löpande texten.

BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative.

Delamning: Amning vid samtidig tillmatning av modersmjölkersättning, mat och/eller vatten där minst ett mål mat är utbytt från bröstmjolk till annan kost kallas delamning.

EBV: Evidensbaserad vård

Helamning: Engelskans “exclusive breastfeeding” innebär att barnet endast livnär sig på bröstmjolk och mediciner, ex. d droppar eller ett läkemedel som krävs om barnet är sjukt. Matningsmetod med bröstmjölken spelar ingen roll för begreppet.

Karativ: Caritas betyder kärlek och är ett begrepp som återkommer i omvårdnadsteorier. Omvårdnadsteorin som används i detta arbete använder begreppet karativ som en beskrivning av kärleken i sjuksköterskans intentioner och handlingar.

2 BAKGRUND

2.1 AMNINGENS BETYDELSE

Sin första levnadstid kan barnet inte äta fast föda utan är anpassat för flytande föda genom förmågan att kunna kombinera sugandet och sväljandet. Ett barn behöver riktig näring och mat för den kroppsliga och motoriska utvecklingen (Hwang & Nilsson, 2011). Bröstmjölken har en för spädbarnet idealisk sammansättning av de näringsämnen som behövs. Vidare är bröstmjolk bra som föda eftersom den är hygieniskt förpackad med lagom temperatur (Eidelman & Schanier, 2012). Ammande barn har mindre risk att drabbas av infektioner i exempelvis luftvägarna och mag- tarmkanalen. Bröstmjolk är lättsmält vilket gör att obstipation inte drabbar friska helammade barn. Risken för barnet att drabbas av andra sjukdomar senare i livet såsom diabetes och fetma minskar (Axelsson & Lindberg, 2012). Amningens roll i uppkomsten av olika allergier diskuteras ofta. Vid introduktion av gluten under amning visar vissa studier att risken för insjuknandet av celiaki och andra födoämnesallergier sjunker (Axelsson & Lindberg, 2012; Fiocchi et al, 2003). Kylberg, Westlund & Zwedberg (2014) menar att barn som ammas har mindre risk att senare drabbas av hyperaktivitet och Skugarevsky et al. (2014) visar att risken för att drabbas av ätstörning är mindre. En väl fungerande amning reglerar kortisolnivåer positivt och frisätter oxytocin hos mamman och barnet. Genom detta skyddas mamman mot depression och skapar glädjekänslor. Mammans sömn- och vakenhetsperioder regleras på ett positivt sätt (Figueiredo, Dias, Brandao, Canario & Nunes-Costa, 2013; Hallström & Lindberg, 2009). Amning minskar risken för blödning hos mamman efter förlossningen samt minskar risken för bland annat bröstcancer, diabetes och hypertoni (Eidelman & Schanier, 2012). Amningen i sig är ett skydd mot plötslig spädbarnsdöd (Sveriges Officiella Statistik, 2015).

Amning stimulerar anknytningen mellan mor och barn vilket är viktigt för barnets utveckling (Axelsson & Lindberg, 2012; Eidelman & Schanier, 2012; Hwang & Nilsson, 2011). Att föräldrarna bygger en positiv relation med barnet är det primära och inte amningen i sig (Zwedberg, 2010). Barnet vill känna trygghet med föräldern och en positiv amningssituation för samtliga parter underlättar processen. I Sverige idag känner alltför många mammor oro och ångest över amningen. Zwedberg (2010) påvisar att amning är något mammor förväntar sig är mysigt och enkelt för de flesta samt ett bevis på kvinnlighet och moderskap. Studien visar att mammorna tänker att amning är bra för barnet och förväntar sig att amning är något nyfödda önskar och har förmåga att göra. Att då möta en svår amningssituation kan upplevas som en kris för den nyblivna modern och påverka hur hon ser på sig själv som mor, vilket i sin tur kan störa samspelet med barnet (Zwedberg, 2010; Ekström, 2005).

Amning ger positiva effekter för miljön eftersom amning inte fodrar transportkostnader, avfall genom förpackningar och inte heller fodrar energi för produktion (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014). Amning skapar hälsovinster som ger både ekonomiska och familjemässiga fördelar. Dessa hälsovinster leder till lägre sjukvårdskostnader och mindre sjukdagar. Det blir även färre dagar med hemmavarande sjuka barn om barnet ammas (Gartner et al, 2005).

2.2 AMNINGSREKOMMENDATIONER & BFHI

World Health Organisation [WHO] och United Nations Children`s Fund [UNICEF] (2009) rekommenderar att spädbarn helammats de sex första levnadsmånaderna. Livsmedelsverket (2011) menar att smakportioner kan ges från 4 månader men mängderna ska vara så små att det inte konkurrerar med amningen. Enligt WHO och UNICEF (2009) är målet att 100 % av

alla barn i världen ska helmmas de första sex månaderna. För att uppnå detta mål och globalt skydda, främja och stödja amning framtog WHO och UNICEF ett program och certifikat vid namn Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI, 1991 (WHO & UNICEF, 2009). Programmets samtliga tio steg (Bilaga 1) behöver uppfyllas för certifiering. BFHI är baserat på mödravård men riktas till all hälso- och sjukvårdspersonal, som har kontakt med barn under 24 månaders ålder samt deras mammor. Samtlig personal skall ha kunskap och kunna ge råd om amning, ha tillgång till skriftliga rutiner om amning och inte ge något annat än bröstmjölk till barnet första 6 månaderna utan medicinsk anledning. Sjukhuset skall ge mödrar och barn möjligheter att vara tillsammans 24 timmar om dygnet, lära mamman att upprätthålla amningen vid oundviklig separation från barnet samt att skapa kontakter för mamman att följa upp amningen med personal utanför sjukhuset. 156 länder världen över har anslutit sig till BFHI (a.a.).

BFHI-certifikatet skall helst vara nationellt beslutat och implementerat (WHO & UNICEF, 2009). Sveriges Riksdag tillsatte en kommitté 1992 för att implementera BFHI och Socialstyrelsen införde därför så kallade amningsvänliga sjukhus, där WHO och UNICEF:s tio steg behövde uppfyllas för utnämning (SOU 1993:86). Första steget var att BB och förlossningsavdelningarna skulle certifieras som amningsvänliga. Andra steget var att resten av vårdkedjan skulle godkännas (a.a.), vilket också genomfördes i vissa landsting (Zwedberg, 2010). I Sverige är det främst lokala förlossnings- och BB avdelningar samt mödra- och barnhälsovårdscentraler som varit certifierade (Socialstyrelsen, 2006a; Holmberg, Petersson & Oscarsson, 2014). Alla typer av inrättningar som vårdar mödrar och deras barn under 24 månader eller som ammas uppmuntras att BFHI certifieras (WHO & UNICEF, 2009; SOU 1993:86). Rutiner på sjukhus och mottagningar uppmuntras att modifieras så att de överensstämmer med de tio stegen och därefter kan lokala steg presenteras (WHO & UNICEF, 2009). Ansvaret övergick 1997 till Folkhälsomyndigheten (Hofvander, 2005). Många sjukhus höll inte kvalitén för att kallas amningsvänliga och intresset för uppdatering av BFHI-certifikat svalnade från sjukhusens sida (Zwedberg, 2010). Folkhälsomyndigheten lade ner projektet helt 2003 och ansvaret ligger därefter istället på varje enskilt landsting (Berglund, 2015). Nyligen har intresset från myndigheter återigen väckts där Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket (2015) skapade en svensk översättning och tillämpning av WHO och UNICEF:s tio steg som stämmer överens med de råd som ges från Socialstyrelsen. Den svenska översättningen riktas uttryckligen till mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård. Skillnader i den svenska översättningen jämfört med WHO och UNICEF:s originalversion är att se till att barnet har fria luftvägar vid hud mot hud kontakt, steg 4, samt att napp kan ges till barnet efter att amningen etablerats, steg 9. Myndigheterna anser att amningen etableras efter ungefär 2 veckor (a.a.). WHO och UNICEF (2009) presenterar förslag på hur de tio stegen kan modifieras för att passa bättre inom neonatal vård, pediatrik (Bilaga 1) och barnläkarmottagningar.

2.3 AMNING OCH STÖD

I Sverige har andelen mammor som ammar ändrats över tid (Holmberg et al, 2014; Socialstyrelsen, 2014). I samband med att WHO och UNICEF startade de amningsstödjande åtgärderna, BFHI, ökade amningsfrekvensen till den högsta någonsin. Att helamma sitt barn har dock sedan 1996 varit en nedåtgående trend (Almqvist- Tangen, 2014; Holmberg, Peterson & Oscarsson, 2014; Socialstyrelsen, 2014). Sverige har bland den bästa statistiken över barn som hel och/eller delammats i världen (Nelson, Yu & Williams, 2005). Enligt

Sveriges officiella statistik (2015) ammas 98 % av alla barn som är en vecka gamla och vid 6 månaders ålder är det 15 % som helammas och 63 % delammas.

Om amningsklimatet i samhället är positivt eller negativt påverkar mammors val att amma sitt barn i minst 6 månader. Det viktigaste stödet uppges vara socialt stöd från familj och vänner (Bai, Middlestadt, Peng & Fly, 2009). Att få stöd från sin partner är en stor och viktig del för att få amningen att fungera i vardagen. Om partnern är emotionellt, fysiskt och praktiskt engagerad och hjälper till med den sociala situationen runt amningen orkar mamman mera (Tohotoa et al., 2009). Nyqvist och Kylberg (2008) menar att det istället för mamma-barn centrerad vård bör läggas mer fokus på familjecentrerad vård. De föreslår att vid modifikation av WHO och UNICEF:s tio steg bör partnern inkluderas. Partnern kan erbjuda hud mot hud kontakt för att knyta an med sitt barn precis som mamman kan (a.a.). Enligt Tohotoa et al. (2009) upplever pappor sig vara advokater för amning mot omvärlden och mammor upplever att de inte hade orkat amma under hela spädbarnstiden utan partners stöd. Bidragande faktorer till att avbryta helamning innan barnet fyllt 6 månader är att mamman upplever det besvärligt att närvara vid varje måltid samt att det finns svårigheter att finna offentliga platser att amma på vid vistelse utanför hemmet (Bai, Middlestadt, Peng & Fly, 2010). Mödrar som vill amma men som upplever svårigheter kan känna sig utan stöd och isolerade (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014). Holmberg et al. (2014) beskriver att mammor idag upplever att det är svårare att amma än mammor i början av 1990-talet.

Hur mycket och hur länge mammor väljer att amma varierar beroende på vart mödrarna bor och vilken socioekonomisk förutsättning som finns i familjen. Andelen barn som livnär sig på välling istället för bröstmjolk eller modersmjölksersättning är högre där föräldrarna har en lägre utbildningsnivå (Almqvist- Tangen, 2014).

2.4 SJUKVÅRDSPERSONAL & ATT GE AMNINGSTÖD

Barnsjuksköterskan har fördjupad och specifik kunskap om barns behov och utveckling i olika utvecklingsstadier och skall kunna anpassa sina omvårdnads-kunskaper till det individuella barnet och familjen oavsett barnets situation (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Kunskaper om omvårdnad på avancerad nivå gör att specialistsjuksköterskan kan förstå och värdera situationen på ett bättre sätt genom att ifrågasätta omvårdnaden som bedrivs och kunskaperna som ligger bakom den praktiserande omvårdnaden (Edberg et al, 2013). För att optimera mötet med barnet och familjen behövs specifik kunskap, färdighet och kompetens (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Undersköterskors kompetens beskrivs vara i det patientnära arbetet, hjälpa patienten och anhöriga med vardagliga bestyr, medicintekniska kontroller samt kommunicera så att patienten och de anhöriga känner sig trygga (Socialstyrelsen, 2006b). Undersköterskan har sin personliga kompetens som ett redskap att skapa en god relation med patienten (a.a.).

Ekström (2005) anser att det är viktigt att tillämpa omvårdnadsrutiner som främjar och möjliggör amning. Personalens roll är att bistå med grundläggande kunskap, inte undanhålla information och att ge individuellt stöd (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014). Kunskap, information och stöd ska samråda med vetenskap och beprövad erfarenhet (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2008). Grundläggande kunskaper om hur mjölkproduktionen kommer igång, hur mamman kan gå tillväga för att upprätthålla eller minska produktionen, bröstmjölks unika egenskaper samt att alla barn har unika sugmönster, skall kunna ges till mamman. Personalen ska också kunna visa hur modern kan

se att barnet har en bra position vid bröstet för att minska komplikationer såsom såriga bröstvårtor och maximera mjölkflödet (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014). Problem för spädbarn att ta rätt tag om bröstet är associerat med att vårdpersonal handgripligen ingripit vid amningsrådgivning. Rikligt med hud mot hud kontakt mellan mor och barn underlättar för barnet att ta rätt tag om bröstet (Svensson, 2011). Enligt Kylberg, Westlund & Zwedberg (2014) bör praktiska råd vid behov visas med ett demonstrationsbröst och en docka, eller vid större behov i undantagsfall lägga händerna ovanpå mammans händer. Förutom grundläggande kunskaper och individuellt anpassade råd kan det vara av särskild vikt att ge extra stöd på barnklinik när barnet är sjukt och kanske inte suger som vanligt (a.a.).

Systematisk amningsutbildning och skriftliga rutiner om amning är vanligt på neonatalavdelningar (Maastrup, Norby Bojsen, Kronborg & Hallström, 2012). Trots det upplever föräldrar att kunskapen i personalgruppen varierar och att amningsråd ofta ges av ett fåtal i personalgruppen (Nyqvist & Kylberg, 2008). Mödrar upplever att de inte fick den skriftliga och muntliga informationen och/eller tillräckligt stöd som de behövde om amning och vanliga komplikationer på förlossningsavdelningen (Demirtas, 2015; Nyqvist & Kylberg, 2008). Förlossningsavdelningens rutiner kring separation av mor och barn, personalbrist, antalet besök familjen får på sjukhus samt föräldrarnas tidigare kunskaper och erfarenheter av nyfödda och amning från bland annat antenatal utbildning eller egna erfarenheter påverkar möjligheten för sjukvårdspersonal att ge tillräckligt amningsstöd (Grassley, Clark & Schleis, 2015). Nyqvist och Kylberg (2008) ansåg att mödrar önskar att den initiala informationen efter barnets födsel är kortfattad eftersom de då har fullt fokus på barnets existens i den nya familjen. Därefter behövs individuellt anpassad information så att modern kan ta ett beslut om hur hon vill gå tillväga med amningen. Behovet av uppföljning av amningen efter utskrivning är större än vad som tillgodoses idag. Föräldrar upplever att kunskapen om amning i primärvården främst gäller fullgångna barn, och att de med prematurfödda barn därför inte fick den hjälp och det stöd de behöver av barnsjuksköterskorna utanför den högspecialiserade vården (a.a.).

Hälso- och sjukvårdspersonal försöker se mor och barn ur ett holistiskt synsätt vid rådgivning kring amning och modersmjölkersättning men fokuserar på en andel av helheten (Zwedberg & Naeslund, 2011). Efter att vårdpersonal genomgått utbildning i att ge amningsstöd blir deras attityd mindre reglerande och istället mer förstående för mor-barn relationen och mer faciliterande för amningssituationen (Ekström, 2005). Mammorna som vårdats av den mer utbildade vårdpersonalen upplever mer kunskap om barnets behov och sociala rättigheter. Dessa mammor kände även att de samspelade mer med sitt barn, kände större närhet med barnet, tyckte att barnet är sötare och kände större samhörighet med barnet jämfört med hur mammorna kände som vårdats av personal som inte genomgått den extra utbildningen (a.a.). Hälso- och sjukvårdspersonal behöver vidare utbildning i amning och amningsstöd, där utbildningen vidgas och inkluderar fler kring barnet än mödravårdspersonalen och mammorna (Tohotoa et al., 2009).

Inget sjukhus i Sverige har varit utnämnt som amningsvänligt sedan 2004 när projektet förflyttats bort från myndigheterna till landstingen. Barnsjukhuset där denna magisteruppsats bedrivits har aldrig varit utnämnt som amningsvänligt sjukhus (S. Zwedberg, personlig kommunikation, 12 januari 2016).

2.5 AMNINGSPROJEKTET

Ett internt utvecklingsarbete i form av ett amningsprojekt startade på en av avdelningarna då det fanns en känsla av att personalen hade varierande kunskaper och utbildningar om amning. Personalen på avdelningen tillfrågades att delta i en enkätundersökning där det i svaren efterfrågades ett enhetligt förhållningssätt och tydliga instruktioner för amningsrådgivning. Utifrån svaren på enkäten utarbetades en amningsstrategi baserad på WHO och UNICEF:s tio steg (A. Magdesjö, personlig kommunikation, 22 december, 2014). Under våren 2015 presenterades strategin och utbildning gavs till personalen. En amningsgrupp tillsattes för att hålla arbetet levande och kontinuerligt informera befintlig och ny personal. Utbildningen var tänkt att ges till båda barnakutvårdsavdelningarna men i nuläget är det enbart en avdelning som genomgått utbildningen och det är den avdelningen där projektet startade (A. Magdesjö, personlig kommunikation, 18 december 2015). Pga. sjukdom och sedan tidsbrist har utbildningen och implementeringen av strategin på den andra avdelningen inte lyckats. En i personalgruppen på den avdelningen har fått utbildning via videokommunikation (A. Magdesjö, personlig kommunikation, 3 maj 2016).

2.6 JEAN WATSONS OMVÅRDNADSTEORI

Jean Watsons omvårdnadsteori användes som en teoretisk referensram. Watsons (1993) teori utgår från en fenomenologisk och andlig inriktning. Teorin omfattar omvårdnad som en humanvetenskap, ett mellanmänniskt samspel mellan sjuksköterska och patient samt en omsorgsrelation. Hälsa ses som harmoni i kropp- själ-ande och bibehållande av mänsklig värdighet och integritet. De mänskliga relationerna lyfts som det viktigaste medlet för att uppnå välbefinnande och mening. Genom en humanistisk människosyn, med en bred kunskapsbas och klinisk skicklighet kan och ska en god sjuksköterskas intentioner och handlingar baseras på en vilja att ge god omsorg och med respekt för människan som funktionell helhet. Sjuksköterskan ska kunna skapa en god vårdrelation, se den unika personen bakom patienten, dennes önskemål, känslor och behov. Sjuksköterskans agerande ska bygga på att nå omvårdnads mål vilket innebär att patienten ska, genom kunskap och kontroll, kunna hantera sin egen livssituation. Genom olika handlingar hjälper sjuksköterskan patienten att uppnå självbestämmande. Watson (1993) menar att essensen i omvårdnad är omsorg och beskriver värden i den mänskliga omsorgen, där essensen beskrivs som kärlek, en vilja att ge omsorg, en mänsklig förmåga att uppleva och ge omsorg samt skapa en gemensam känsla människor emellan. För att ytterligare förklara omvårdnadsteorin har Watson (1993) beskrivit 10 karativa begrepp, se tabell 1. De karativa begreppen aktualiseras i varje ögonblick av den mänskliga omsorgsprocessen (a.a.).

Tabell 1. Watsons karativa begrepp

Samtliga Karativa Begrepp
1. Humanistisk – altruistiskt värdesystem
2. Tro och Hopp
3. Känslighet gentemot självet och andra
4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
7. Transpersonell undervisning och inlärning
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykiskt, fysiskt, social och andlig miljö
9. Tillgodoseende av mänskliga behov
10. Existentiell-fenomenologisk-andliga krafter

2.7 PROBLEMFORMULERING

Införandet av amningsvänliga sjukhus inverkade positivt på amningsstatistiken men idag syns en nedåtgående trend. Dagens mammor upplever mer oro och ångest runt amningen vilket kan påverka relationen med barnet. Föräldrar upplever sig få olika råd och vårdpersonal upplever sig ha varierande kunskaper. Tillämpning av omvårdnadsrutiner som främjar och möjliggör amning är viktiga. Personal som genomgått utbildning i amningsstöd skapar en mer gynnsam amningsmiljö för familjen och föräldrarnas samspel med barnet påverkas då positivt. Vidare forskning utanför förlossningsvården och neonatal vård saknas kring personals kunskaper vid amningsrådgivning och vad personalen baserar sin rådgivning på.

2.8 SYFTE

Att undersöka vilka kunskapskällor sjuksköterskor och barnsköterskor har vid amningsrådgivning vid barnakutvårdsavdelningar.

3 METOD

3.1 VAL AV METOD/ DESIGN

Enligt Trost (2005) är kvalitativ metod rimlig om studiens syfte är att finna och upptäcka skiftande handlingsmönster. Genom att den kvalitativa forskningen äger rum i fenomenets naturliga miljö utgår den omedvetet eller medvetet från synen där världen skildras som människor upplever den. Forskaren söker variationer i resultaten och försöker nå insikt istället för statistisk analys som den kvantitativa forskningen får. Genom att möta människor med erfarenheter från ämnet som granskas ges de en möjlighet att skildra och framställa sina kunskaper utifrån det som studeras (Hartman, 2004; Polit & Beck, 2012; Trost, 2005). Trost (1997; 2005) menar att en god kvalitativ intervju ger förståelse för hur den intervjuade känner/tänker och utrymme skapas för flertydighet. De kvalitativa intervjuerna utmärks av raka och lätta frågor som ger innehållsrika och komplicerade svar (a.a.).

Då syftet med studien var att utforska barnsköterskors och sjuksköterskors kunskapskällor vid amningsrådgivning på barnakutvårdsavdelningar framstod en kvalitativ datainsamlingsmetod med intervjuer som det realistiska valet för att få svar på forskningsfrågan. Eftersom studien gick ut på att undersöka och tolka individers uppfattningar och åsikter i ett ämne genomfördes den som en semistrukturerad intervjustudie med deskriptiv design (Ludvigsson, 2008; Polit & Beck, 2012). Deltagarna gavs på så sätt frihet att lämna beskrivande och uttömmande svar då intervjufrågorna baserades på öppna frågor.

3.2 URVAL/DELTAGARE

Backman (2008) menar att urvalet i en kvalitativ ansats är relativt fritt eftersom syftet är att få större insikt och förståelse. Enligt Polit och Beck (2012) är det syftet i studien, datainsamlingsmetod samt kvalitén på intervjudeltagarna som avgör antalet intervjuer som behöver genomföras. Det anses bättre att genomföra några väl utförda intervjuer, än många som inte är väl utförda (Trost, 1997). För att studien skulle uppnå ett välförsett resultat ansågs det vara värdefullt att intervjua sjuksköterskor och barnsköterskor, både med och utan barnspecialistkompetens, med erfarenhet och kunnande inom det område som skulle studeras. Ändamålsenligt urval har använts, vilket Polit och Beck (2012) menar är individer som är utvalda utifrån uppsatta kriterier, anpassade efter syftet.

Personalen som intervjuades arbetar på två olika barnakutvårdsavdelningar inom samma klinik vid ett barn- och universitetssjukhus. Informanter från dessa arbetsplatser har valts på grund av att ammande barn vårdas där, amningsrådgivning är en del av arbetsuppgifterna och ett aktuellt amningsprojekt pågår.

Antalet intervjuer har begränsats pga. tidsramen för arbetet. Sex informanter ansågs dock kunna ge ett omfattande men ändå hanterbart material som svarade mot syftet. De medverkande informanterna var alla kvinnor som arbetat en längre tid på arbetsplatserna. Två av dem var barnsköterskor, en sjuksköterska och tre var barnsjuksköterskor. Sjuksköterskornas erfarenhet av barnsjukvård var mellan tre och nio år och barnsköterskornas erfarenhet av barnsjukvård var mellan 35 och 50 år.

Författarna skickade först mail till verksamhetschefen för kliniken med information om studien samt en förfrågan om medverkan (Bilaga 3). Efter tillåtelse från verksamhetschefen kontaktades chefssjuksköterskorna för godkännande samt diskussion om hur studien praktiskt kunde bedrivas på arbetsplatserna. På ena avdelningen informerade chefssjuksköterskorna

personalen, på den andra kontaktades personalen av författarna själva via mail. Datum, tid och plats för intervjuerna beslutades i samråd med chefssjuksköterskorna. När datumen inföll var dock sjukdom ett hinder för de tänkta informanterna. Istället blev det så att på en avdelning handplockade chefssjuksköterskan informanter på plats och tillfrågade dem om deltagande. På den andra avdelningen handplockades informanterna av författarna i samråd med chefssjuksköterskan.

3.3 DATAINSAMLING

Vid kvalitativa intervjuer utgår forskaren från frågeområden vars innehåll styrs av studiens syfte. Detta för att den intervjuade i så stor utsträckning som möjligt ska styra ordningsföljden i samtalet. Genom en mjuk inledning stimuleras deltagarna till eget berättande och syftet är att få deras syn på verkligheten (Trost, 2005). Utifrån dessa faktorer utarbetades frågeguiden (Bilaga 2). Semistrukturerade intervjuer användes med hjälp av frågeguiden som datainsamlingsmetod. För att se om frågeguiden får fram det forskaren efterfrågar är det lämpligt att genomföra pilotintervjuer (a.a.). Därför genomfördes två pilotintervjuer med barnsjuksköterskor som arbetar med amningsrådgivning inom barnhälsovård. Efter första pilotintervjun finjusterades frågeguiden (Bilaga 2) då svaren inte blev tillräckligt utförliga och för att utveckla frågeguiden. Efter andra pilotintervjun ansågs frågeområdena tillräckliga för att få värdefulla svar.

Lämpligast är att genomföra intervjuerna på en avskild plats så ingen stör och möjligheten finns att kunna spela in intervjuerna (Polit & Beck, 2012; Trost, 1997). Det är en fördel om den intervjuade känner sig trygg i miljön (Trost, 2005). Av praktiska skäl skedde intervjuerna på den ena arbetsplatsen skedde i föräldraköket där föräldrarna förvarade och värmdes sin mat. Under en av intervjuerna kom en mamma in och värmdes mat i mikrovågsugn. På den andra arbetsplatsen genomfördes intervjuerna som planerat i ett rum utanför, men nära avdelningen, utan störsmoment. Deltagarna intervjuades enskilt för att få fram ett så brett material som möjligt.

Intervjuerna varierade mellan 22 och 30 minuter och ljudinspelades efter att de medverkande fått information om detta samt godkänt inspelningen. Enligt Trost (2005) finns det både för- och nackdelar med att spela in intervjun. Vid inspelning behöver intervjun inte avbrytas för att kunna föra anteckningar under tiden och möjlighet finns att i efterhand lyssna av intervjun igen. En av nackdelarna är att informanten kan känna sig obekvämt och inte berätta allt de vet. Det tar även lång tid att avlyssna och skriva ut innehållet. Under intervjun är det lämpligt att göra personliga anteckningar som komplement till den inspelade intervjun där kringhändelser, irritation eller dylikt noteras i samband med intervjutillfället (a.a.). Anteckningar fördes om betydelsefulla gester, störsmoment, och förtydliganden då informanten betonade något under inspelningen som senare kunde ha betydelse i dataanalysen och tolkningen av data.

Forskaren ska själv genomföra intervjuerna då denne är insatt i sin studies syfte och metod (Trost, 2005). Från forskarnas perspektiv är det positivt att vara två samspelade personer som utför intervjuerna. Trots medvetenheten om att den intervjuade kan känna sig i underläge vid två intervjuare har båda uppsatsförfattarna intervjuat tillsammans eftersom författarna är ovana intervjuare (a.a.). Tanken var att stötta varandra om exempelvis inspelningsapparaten går sönder, då kunde en intervjuare och den andra anteckna. Båda författarna hörde intervjuerna direkt och uppfattade kroppsspråk, ansiktsuttryck och tonläge hos deltagarna, vilket inte framkom på inspelningarna.

3.4 DATAANALYS

Eftersom Backman (2008) menar att intervjuerna skall skrivas ned omgående efter genomförandet då de är som färskast i minnet, skrevs materialet ned i nära anslutning till intervjuerna. Materialet transkriberades genom att ordagrant skriva ned alla sagda ord samt skratt och pauser, som influerar den underliggande meningen (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet analyserades och bearbetades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Författarna bildade sig en helhetskänsla och innebörd av materialet genom att läsa igenom det flera gånger enskilt. Därefter lästes materialet igenom återigen, denna gång tillsammans för att gemensamt identifiera de meningsbärande enheterna som svarade mot studiens syfte i materialet. De meningsbärande enheterna kortades ned genom kondensering, vilket Graneheim och Lundman (2004) menar gör texten mer lätthanterlig. Efter kondenseringen letades i materialet efter gemensamma nämnare. Enheterna sorterades efter återkommande liknande innebörder och skillnader. Dessa markerades med koder och därefter identifierades kategorier med hierarkiska förhållanden varför materialet ytterligare delades in i subkategorier. Med tiden växte innebörden i materialet hos författarna och dataanalysen gjordes totalt i tre omgångar innan kategorierna och subkategorierna bedömdes som slutgiltiga. Alla meningsbärande enheter måste tillhöra en kategori och tillföll enbart en kategori. Kategorin är en benämning på den röda tråden genom de meningsbärande enheterna och koderna under den kategorin (a.a.). De två kategorierna delades upp i subkategorier enligt tabell 2. Analysprocessen från meningsbärande enhet, till kondensering, kod, subkategori och kategori presenteras i Bilaga 5.

3.5 ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Enligt Ludvigsson (2008) finns det etiska principer som är viktiga att följa vid forskning. De är autonomi-, godhets-, icke skada-, och rättviseprincipen. Dessa tillkom för att skydda människors självbestämmande, värdighet och för att ingen ska kunna bli kränkt. Konfidentialitet och anonymitet är viktigt att värna om i forskningsprocessen enligt Helsingforsdeklarationen (Andersson, 2008). All insamling, bearbetning och förvaring av data har skett med största möjliga konfidentialitet och har i möjligaste mån avidentifierats. Nyttjandekravet innebär att all data som samlas in ska användas till det den avsetts för och inte till andra ändamål, vilket meddelats informanterna i detta arbete. Informationskravet innebär att individen så tydligt som möjligt ska informeras om syftet med studien, genomförandet och eventuella risker. Även samtyckeskravet är betydande då det innebär att den enskilde har rätt att avgöra under vilka villkor som medverkan sker och att deltagandet kan avbrytas när som helst (a.a.). I det informerade samtycket (Bilaga 4) har uppsatsförfattarna strävat efter att uppnå dessa krav.

All forskning ska bedrivas utifrån sanningsprincipen, där forskning bedrivs så att risker minimeras i samband med materialinsamling och analys- och redovisning av resultaten (Hermeren, 1996). Innan författarna påbörjade intervjuerna fick deltagarna ännu en gång information om studiens syfte. De gavs möjligheten att ge samtycke till deltagande eller att avbryta. Inga identiteter har presenterats i studie. Materialet har varit inlåst under tiden studien pågätt.

4 RESULTAT

De tre kategorierna samt sex subkategorierna som framkom under analysprocessen kan överskådas i Tabell 2. Resultatet redogörs under respektive kategori och förtydligas med hjälp av citat från informanterna.

Tabell 2. Översikt av kategorier och subkategorier

Kategori:	Subkategorier:
<i>Evidens</i>	<i>Utbildning</i>
	<i>Yrkserfarenhet</i>
<i>Föräldrar</i>	<i>Tillit till föräldrars förmåga</i>
	<i>Lyhörd för förälderns perspektiv</i>
<i>Personlig Erfarenhet</i>	<i>Amningsupplevelse</i>
	<i>Intuition</i>

4.1 EVIDENS

Genomgående var informanterna eniga om att amningsråden som ges bör baseras på evidens. Sjuksköterskorna beskrev evidens som den etablerade och vetenskapliga kunskap som forskning åstadkommit medan barnsköterskorna återgav att evidens är den reella kunskap som finns. Kunskaperna baseras på utbildning, egen yrkserfarenhet eller genom att rådfråga kollegor. Informanterna menade att det är viktigt att använda sig av evidensbaserade råd för att det är en objektiv och vedertagen kunskap. Flertalet ansåg att det är viktigt att samma råd ges på avdelningen. Under intervjuerna framkom en övergripande skillnad mellan avdelningarna eftersom personalen på den ena avdelningen genomgått amningsutbildning men inte den andra.

4.1.1 Utbildning

De informanter som fått utbildning om amningsstrategin använde den som verktyg och stöd i det dagliga arbetet och upplevde den som en säkerhet i arbetet. På den avdelning där informanterna inte genomgått amningsutbildningen talades det om osäkerhet vid amningsrådgivningen och att de själva skulle vilja känna sig tryggare i dessa situationer. De var även osäkra på om råden som lämnades verkligen baserade sig på evidens.

“Man kan också ta hjälp av amningsstrategin, lägga upp en plan för vårdteamet (...) jag har introducerat eller rekommenderat den till kollegor”

Informanterna som inte genomgått amningsutbildning kände inte till att amningsstrategin fanns som riktlinje och arbetsverktyg på kliniken. Dessa informanter uttryckte en önskan om standardiserade och evidensbaserade arbetsverktyg, samt var osäkra på vart föräldrarna skall hänvisas för fortsatt amningsstöd efter utskrivningen. De som gått amningsutbildningen reflekterade över att använda sig av evidensbaserade råd och försökte undvika personliga tyckanden och erfarenheter i den dagliga patientnära vården. Dessa informanter var även säkra på när föräldrar skulle hänvisas till BVC, Amningsmottagningen och/eller återkomma till avdelningen vid fortsatt amningsproblem vid hemkomst.

“Jag tycker det är viktigt med evidensbaserade råd. Det är beprövat liksom, man har visat att det är det som fungerar, det som man har gjort studier på. (...) och det är väl det vi har att plocka av.”

“Vad tråkigt att man inte kan mera tycker jag ja. Vi tar hand om det mest akuta känns det som.”

På avdelningarna fanns det aktuell, tillgänglig skriven kunskap som dock inte alltid används. Informanterna upplevde inte heller att det finns tid att söka ny kunskap under arbetstid. Den kunskapskälla som nämns i nedanstående citat, har implementerats på den avdelning där personalen utbildats genom den amningsgrupp som bildats samt genom kortfattade, lättillgängliga riktlinjer.

“Vi har ju en sån här bok som jag har försökt att titta i, men den är för tjock och läsa”

“Nu hänger de utanför varje rum på avdelningen, så man borde i alla fall tänka på dem.”

4.1.2 Yrkserfarenhet

Flertalet informanter upplevde att personal med lång erfarenhet i yrket besitter en grundlig kunskap som inte baseras på evidens utan på erfarenhet som fåtts genom lång tid inom yrket. Informanterna kunde syfta på både egen eller kollegors yrkserfarenhet. Flertalet informanter valde att nämna barnsköterskor som den kollega man vände sig till när kunskapen brast då barnsköterskor upplevs vara de som är mest kunniga inom amningsrådgivning. Informanterna beskrev också att barnsköterskorna är de som har mest kontakt med familjerna i det dagliga arbetet.

“Det finns en gedigen kunskap bland våra barnsköterskor som kanske inte bygger på evidens, men som man kanske inte helt kan förkasta i det här. Det är människor som har sett barn i 30 års tid, och har egna barn och så vidare”

“Om jag har känt mig osäker så har jag bett barnsköterskan gå in”

Flertalet informanter beskrev det dagliga arbetet som teamarbete, där alla hjälps åt. Informanterna nämnde att då kunskapen brister kände de sig trygga med att vända sig till kollegor på avdelningen och flertalet vände sig då till barnsköterskor, kollegor med lång erfarenhet eller de kollegor som arbetar i amningsgruppen (där den finns tillgänglig). Bristen på kunskap ansågs bero på för lite information om amning i den egna utbildningen eller kort yrkeserfarenhet.

“Så jag känner mig trygg med att jag har kollegor som jag kan vända mig till”

“Ibland säger de, vänta ska bara hämta en som vet, och då hämtar de mig”

4.2 FÖRÄLDRAR

Det beskrevs genomgående i intervjuerna att vårdpersonalen behöver involvera familjen och samarbeta med föräldrarna. I detta möte inhämtas kunskap som krävs för att ge barnet bästa möjliga omvårdnad. Informanterna beskrev en tillit till föräldrarnas förmåga, att lita på deras kunskaper, erfarenheter och kännedom om sitt barn. Personalen beskrev också ett behov av lyhördhet för föräldrarnas perspektiv i amningssituationen.

4.2.1 Tillit till Föräldrars Förmåga

Det beskrevs att amningsrådgivaren behöver lita på föräldrarnas förmåga. Då barnet läggs in på barnakutvårdsavdelningen har familjen redan kunskaper och erfarenheter med sig som är till nytta för den aktuella amningssituationen. Är barnet några månader gammalt är amningen ofta redan etablerad och mamman har hittat egna sätt som fungerar för henne och barnet. I dessa situationer ansågs det bäst att främst svara på föräldrarnas direkta frågor för att inte störa amningssituationen. Informanterna beskrev även situationer där de inte litade på föräldrarnas uppfattning av amningssituationen. Exempel på sådana situationer var om barnen hade otillräcklig viktuppgång pga. lågt mjölkintag, lades till bröstet i en tokig vinkel så att mamman fick ont, när amningen varit svår för ett äldre syskon till barnet, eller när föräldern inte svarade på barnets signaler. Det värdesattes att amningsrådgivaren informerade och vägledde samt lät föräldrarna pröva sig fram i lugn och ro. Optimala förutsättningar för amningsrådgivningen beskrevs som att det finns tidsutrymme, att det är en lugn situation samt att föräldern är mottaglig. I vissa fall ansåg informanterna att det var bra om mamman och barnet löste lite själva i amningssituationen och att de inte skulle komma med pekpinnar. Det återkom i intervjuerna som viktigt att främja hud mot hud kontakt, närhet mellan förälder och barn, lugn och att låta familjen pröva lite själva.

“Så får man ju lära sig också, vilket som känns bra”

“Ni får göra som ni tycker är bäst för er och barnet”

“Man ska låta mamman och barnet lösa lite själva. Och liksom inte va där och peta och hålla på så här. Det tror jag inte på.”

“Jag dyker aldrig in och stör”

Ibland har föräldrarna önskat att inte amma sitt barn och i dessa fall beskrevs att personalen inte får skuldbelägga föräldrarna. Det beskrevs att det behövdes en tillit till föräldrarnas förmåga att ta rätt beslut för sig och sitt barns situation. Informanterna poängterade genomgående att vårdpersonalen ska låta föräldrarna bestämma själva och inte lägga egna värderingar i det.

4.2.2 Lyhörd för Förälderns behov

Genomgående i materialet återkom informanterna till vikten över att vara lyhörd för familjens önskan och behov. Det framställdes som viktigt att respektera familjens val om att inte amma, hur de ammar och/eller vilken hjälp de önskar få. Informanterna redogjorde även att många patienten är ammande barn, men att långt ifrån alla är i behov av eller önskar amningsrådgivning. Vissa inläggningsorsaker kräver mer eller olika typ av amningsrådgivning än andra. Det ansågs viktigt att känna av situationen som en del av bedömningen av vilken hjälp barnet och föräldrarna skall få.

“Ge råd när det behövs och inte bara för att.”

I en del fall ansåg informanterna att det var svårt att dra gränsen, när föräldrarna inte ville ha mer hjälp av dem och de då fick ta ett steg tillbaka och känna av föräldrarnas integritet. I de fall där det upplevdes att föräldrarna inte var nöjda så var de tysta när de skrevs ut från avdelningen, medan de nöjda meddelade sin belåtenhet.

“En pappa, han tyckte då att jag lade mig i. När jag skulle försöka visa och så. Så han blev irriterad. Men det var ju de som frågade (...). Så att man inte kliver över gränsen. Den känner man ju ofta av, att jaha, det här blev lite för mycket, så att man får backa då.”

Den mesta fokuset läggs på mamman men oftast är papporna med och lyssnar under rådgivningen. Ingen informant upplevde att pappor var eller blev riktigt delaktiga under rådgivningen.

4.3 PERSONLIG ERFARENHET

Amningsråden beskrevs ofta vara baserade på personliga erfarenheter då de professionella kunskaperna brast. Egna amningserfarenheter eller kollegors erfarenheter utgör då grunden i de råd som lämnas till föräldrar och informanterna beskrev situationer där råden som då delas ut är olika beroende på den erfarenhet man själv har. Informanterna själva upplevde amningsklimatet som stödjande på avdelningarna.

4.3.1 Amningsupplevelse

Samtliga informanter gav uttryck över sina egna befintliga eller obefintliga amningsupplevelser i relation till att ge amningsrådgivning. Informanterna reflekterade över hur egna upplevelser påverkade inställningen till amning och huruvida deras personliga amningsupplevelser och amningserfarenheter var till nytta eller ej i den patientnära vården. Förutom den egna upplevelsen funderades det över kollegors befintliga eller obefintliga amningserfarenheter.

“Men jag tror nog att om man har lite egen erfarenhet så använder man sig av den först och så tar man till strategin sen, medan om man är oerfaren tar man till strategin först. Och då frågar man också.”

“Jag talar om utifrån, hur jag hade det och hur jag gjorde och att det fungerade för mig”

Flera av informanterna la stor vikt vid att rådgivaren behöver ha egna barn, att de som inte har egna barn är osäkra och frågar kollegor mer.

“Jag tror att det är många som är osäkra, speciellt alla våra nya sjuksköterskor och de som inte har barn”

4.3.2 Intuition

I samtliga intervjuer lämnade informanterna egna åsikter, känslor och tankar som kunde påverka de råd och omvårdnadsåtgärder som gavs. De kan sammanfattas som en intuition hos informanterna, en förmåga att känna av situationen i relation till sin egna personliga erfarenhet. Informanterna beskrev att de barn som kommer till avdelningarna är sjuka och det inte alltid är de bästa förutsättningarna för att få en bra amningssituation. I vissa fall läggs mer vikt vid att amningsväga det sjuka barnet än att ge råd för att amningen ska fungera så optimalt som möjligt.

Informanterna beskrev en intuition om vilka råd som ska ges till föräldern och barnet just i det ögonblicket. En intuitiv känsla infann sig om vart föräldern befann sig nu, eventuellt bristande stöd i amningssituationen innan ankomst till avdelningen och vilket stöd som behövdes vidare. En känsla om att inte skuldbelägga föräldrarna när amningen inte fungerar beskrevs, utan behålla en motiverande och uppmuntrande ton under rådgivningen.

“Jag sa men du behöver inte vara orolig det kommer tillbaks när barnet mår bättre och du kommer hem”

Informanterna beskrev också att de känner att amning är det som är bäst för barnet och att de arbetar för att så många som möjligt ska kunna amma sina barn. Flertalet informanter upplevde att de mammor som inte kan amma lägger stor skuld på sig själva och har en känsla av att vara värdelösa. Det beskrevs som viktigt att personalen fortsätter agera stöttande och inte förstärker skuldkänslorna hos mamman. Vidare beskrevs situationer där informanterna kände att föräldrarna inte hade fått tillräckligt stöd och hjälp med amningen.

En del av informanterna beskrev en frustration över situationer där den egna kunskapen eller erfarenheten inte var tillräcklig vid en rådgivningssituation. I dessa fall gick informanten efter sin egen känsla och intuition om vad som var rätt.

“Dom råd man ger dom kommer väl när alltså dom dyker upp när dom liksom kommer. Och då försöker man väl hanka sig fram liksom lite”

5 DISKUSSION

5.1 RESULTATDISKUSSION

Analysens fynd, kategorier och subkategorier, förklaras med hjälp av den teoretiska referensramen och tre karaktäristiska begrepp som har valts ut för att mer ingående förklara resultaten i resultatdiskussionen; tro och hopp, transpersonell undervisning och inläring, samt mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit.

Det verkar finnas ett hierarkiskt förhållande mellan fynden, där evidens ses som viktigast, efterföljt av föräldrar och personliga erfarenheter. Personliga erfarenheter verkar användas när kunskaper inte finns tillgängliga hos omsorgsgivare från evidens eller föräldrarna.

Tabell 3. Presentation av det hierarkiska förhållandet mellan kategorierna.



5.1.1 Evidens

Resultatet visar att informanterna värdesätter evidensbaserad kunskap högst, men vid de tillfällen när informanterna ansåg att deras kunskaper brast tillfrågades kollegor. Evidens ansågs som antingen formell kunskap inhämtad från utbildning eller reell kunskap erhållen från yrkeserfarenhet. Evidens ses ofta som en produkt av forskningens väg, men ska istället ses som en upptäcktsfärd där vetenskapen är en kontinuerlig och icke avslutad process (Watson, 1993). Eftersom evidens är en löpande och dynamisk process, behöver sjuksköterskan ständigt vara öppen för nya vetenskapliga rön. Vidare menar Watson (1993) att den medicinska vetenskapen botar och omvårdnaden vårdar, och utan vårdande finns inget bot. Därför är det viktigt att den medicinska vetenskapen kompletteras av omvårdnadsvetenskapen, och att vetenskaperna ständigt uppdateras med nya rön. Att ge evidensbaserad vård [EBV] innebär att sjukvårdspersonal har ett vetenskapligt förhållningssätt för att patienten ska få en trygg och säker vård som baseras på den bästa tillgängliga vetenskap som finns. Personalen, som är professionell, ska ha en empatisk förmåga, kunna identifiera problem och kritiskt granska information samt integrera detta i omvårdnaden. För att kunna hjälpa patienten betonar EBV omvårdnadsåtgärder och att dessa ska utgå från patientens önskemål och behov för att denne ska uppnå hälsa (Edberg et al 2013, Socialstyrelsen 2013). Kohen & Lehman (2008) fann att sjuksköterskor var positivt inställda till evidens och att det är viktigt för omvårdnadsutvecklingen, vilket bekräftas av Rodgers (2000), och stämmer överens med vad informanterna i denna studie uttrycker.

Informanterna poängterade att mamman och barnet kan behöva extra amningsstöd då barnet är sjukt och ligger på sjukhus, vilket även stöds av Kylberg, Westlund & Zwedberg (2014). Begreppet transpersonell undervisning och inläring innebär att sjuksköterskan genom den föränderliga mellanmänskliga processen överför kunskap och därmed ansvar till patienten. Varje möte där omsorg ges är ett tillfälle för människor att undervisa och undervisas (Watson, 1993). Att kunskaperna om amningsrådgivning varierar mellan personal och ofta ges av ett fåtal i arbetsgruppen, har både Nykvist och Kylberg (2008) poängterat, och så även

informerarna i denna studie. De informanter som inte själva har gått amningsutbildningen efterfrågade konsekventa och tillförlitliga riktlinjer att luta sig på medan de som gått amningsutbildningen talade om amningsstrategin som ett arbetsverktyg. Informanternas önskan om vidare utbildning i amning och amningsstöd stämmer således överens med Tohotoa et al. (2009) som visar på behovet av mer utbildning, särskilt av hälso- och sjukvårdspersonal utanför mödrahälsovården. Av den information som framkommit i intervjuerna, visar resultatet att fyra av punkterna i BFHIs tio steg (Bilaga 1) (WHO & UNICEF, 2009) uppfylls av de informanter som gått amningsutbildningen. Dessa punkter presenteras nedan:

- Personal ska ha tillgång till skriftliga rutiner om amning
- Personal skall ha fått utbildning och kunskap om amningsrådgivning
- Lära mamman att upprätthålla amningen vid oundviklig separation från barnet
- Skapa kontakter för familjen att följa upp amningen med personal utan sjukhuset

5.1.2 Föräldrar

Här visar resultatet att vårdpersonalen behöver involvera och interagera med föräldrarna för att barnet skall få bästa möjliga omvårdnad. Watsons (1993) karativa begrepp tro och hopp innebär att sjuksköterskan ger en hjälpande hand till förbättring genom den mellanmänskliga processen mellan sjuksköterskan och föräldern, där föräldrarnas egna förmågor och tillit till sig själv uppmuntras. Genom att agera motiverande kan sjuksköterskan stärka föräldrarnas tro och hopp om ökat välbefinnande och tillfrisknande för barnet. Sjuksköterskan kan ge mänsklig omsorg genom hjälpande handlingar som möjliggör för den andre att acceptera nuet, själv lösa problem samt utvecklas. För att göra detta behöver sjuksköterskan också se föräldern som ett tänkande, kännande och agerande subjekt med en vilja och förmåga att ta ansvar för sin egen, och sitt barns, hälsa (a.a.). Forskning visar att alla typer av extra stöd resulterade i att mammor ammade sina barn under en längre tid. Med stöd menades här att både berömma, bekräfta, lämna information, öppna upp för samtal och vara tillgängliga för mammornas frågor (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn & Dowswell, 2012). De kvinnor som har fått aktivt stöd och uppmuntran från t ex vårdpersonal, ammar oftare sina barn vilket påvisar att vårdprofessioners kunskaper och engagemang har betydelse för amningen (Oakley, Henderson, Redshaw & Quigley, 2014).

Watson (1993) tycker att det är de mänskliga faktorerna som möjliggör vårdande, förbättring och även bot genom omsorg och inte teknologi, mediciner eller andra objektiva hjälpmedel. Förändring sker till viss del med hjälp av inre och yttre metoder. Det viktigaste medlet är dock de personliga, inre, intellektuella-andliga mekanismer hos den person, patienten, föräldern, som låter sig helas. Genom att känna en tillit till föräldrarnas förmåga motiverar omsorgsgivaren föräldern och möjliggör ett utrymme där föräldern visar sin kunskap, erfarenhet och kännedom om sitt barn för omsorgsgivaren. Det beskrevs som viktigt att vårdpersonalen var lyhörd för föräldrarnas behov genom att respektera familjens val om hur de vill eller inte vill amma, vilken hjälp som önskas från omsorgsgivaren och vilken hjälp som faktiskt behövs. Ygge (2004) menar att barnet får bättre vård när omsorgsgivaren involverar föräldern i vården kring barnet. Det amningsstödjande arbetet riktar sig alltid till minst två individer, barnet och modern, men även ytterligare familjemedlemmar påverkas av och utövar en påverkan på barnets uppfödning. Därför är det viktigt med en familjecentrerad omvårdnad som fokuserar på att stärka och identifiera de resurser som finns tillgängliga inom och runtom familjen (Benzein, Hagberg, Saveman & Syren, 2010).

5.1.3 Personlig erfarenhet

Kategorin personlig erfarenhet visar att då de formella eller reella kunskaperna från yrkeslivet brister förlitar sig informanten istället på reella erfarenheter från privatlivet. Samtliga informanter reflekterade över sin egen amningsupplevelse. Här skiljer sig svaren mellan de som gått amningsutbildningen och de som inte gått amningsutbildningen. De som gått utbildningen undantryckte sina personliga erfarenheter i den patientnära rådgivningen men reflekterade inombords över sin egen erfarenhet. De som inte gått amningsutbildningen reflekterade över huruvida deras egna eller någon kollegas egna amningsupplevelse var till nytta i den patientnära vården och hur dessa erfarenheter kunde bidra i amningsrådgivningen. Informanterna beskrev en känsla om vilka råd som ska ges till föräldern och barnet i det aktuella ögonblicket, en intuition. En kombination av sjuksköterskans eller barnsköterskans observation samt samtal med föräldern och barnet gav omsorgsgivaren en uppfattning och intuitiv känsla om vart föräldern befann sig, vilken bakgrund de har i amningssituationen, samt vilket vidare behov av stöd de har. Att ta hjälp av sina personliga erfarenheter stämmer inte helt överens med den kompetensbeskrivning som finns för barnsjuksköterskor (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Omvårdnadsarbetet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, men kan förklaras med Watsons (1993) karativa begrepp mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit. Watson menar att det viktigaste för omsorg och vårdande är viljan att ge omsorg och att motta omsorg. En mellanmänsklig relation byggs genom en ständig process med hjälp av en gemensam känsla för vad som är mänskligt. Både sjuksköterskan och den andre, föräldern, bidrar till relationen och behöver ha respekt för varandras likheter och olikheter. Föräldern bjuds in i en tillitsfull omsorgsrelation där sjuksköterskan har en genuin vilja att hjälpa och ge omsorg. Den mänskliga omsorgen uppstår när sjuksköterskan får tillgång till den andres livsrum, uppfattar dennes inre tillstånd, behov och önskningar och sjuksköterskan då känner det inom sig själv (a.a.).

Nykvist och Kylberg (2008) kom fram till att familjer har större behov av uppföljning av amningen efter utskrivning från BB och neonatalvård, vilket även är en känsla som informanterna har när barnen läggs in på avdelningarna. Att fortsätta ha en motiverande ton i råden oavsett hur amningssituationen är beskrevs av informanterna. Nykvist och Kylberg (2008) poängterar att mammorna skall stödjas efter deras individuella behov och inte såra dem genom att pressa dem till att amma mer än de själva önskar och så resonerar även flera av informanterna. Ekström (2005) visar att personal som gått utbildning i att ge amningsstöd är mer förstående för mor-barn relationen och underlättar amningssituationen. Resultatet i detta arbete visar att både personal som gått och inte gått amningsutbildning har en intuition om vilka råd som behövs och när de skall ges. Det mänskliga i relationen mellan informanten och föräldern har gjort att omsorgs givits och mottagits trots bristande evidensbaserad kunskap hos omsorgsgivaren i den aktuella situationen. Informanternas förmåga att skapa en tillitsfull omsorgsrelation där barnet och familjen kan känna förtroende stämmer även överens med Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2008) kompetensbeskrivning för barnsjuksköterskor.

5.2 METODDISKUSSION

Då syftet med studien var att undersöka vilka kunskapskällor sjuksköterskor och barnsköterskor har vid amningsrådgivning vid barnakutvårdsavdelningar användes en kvalitativ ansats. Metoden ansågs lämplig för att besvara studiens syfte (Graneheim & Lundman 2004).

Datansamlingen skedde med en intervjuguide som bestod av öppna frågor. Innan genomförandet av intervjuerna gjordes en testintervju och efter avstämning med handledare uppdaterades frågeguiden. Därefter gjordes ytterligare en testintervju. Genom att göra testintervjuer kunde författarna ta ställning till om fler frågor behövdes eller om några behövdes tas bort eller omformuleras. På så sätt stärktes giltigheten i studien (Granheim & Lundman, 2004). Då intervjuguiden bestod av öppna frågor gavs informanterna möjligheten att tala mera fritt och beskriva sina erfarenheter och kunskaper (Polit & Beck 2012). Intervjuerna resulterade i ett rikligt och informativt material. Följdfrågor ställdes för att öppna upp de frågor som behövde förtydligas och gav på så sätt ett fylligare material. Kvalitén på intervjuerna kan ha påverkats av att författarna är oerfarna intervjuare. Under de första intervjuerna kom ibland andra ämnen upp men efterhand fick författarna ett bättre flyt och allt material var i sig innehållsrikt och användbart.

Backman (2008) menar att intervjuer ställer höga krav på dem som genomför dem utifrån ett kvalitativt perspektiv. Medvetenheten ska vara hög om de felkällor som intervjuaren kan ställas inför. Författarna i studien arbetar båda idag med amningsrådgivning och har även personliga erfarenheter av ämnet. Det har funnits en medvetenhet om att denna förförståelse kan påverka forskningsresultaten. Författarnas strävan har dock varit att återge innebörden i materialet sakligt och objektivt (Patel & Davidsson 2011). Författarna försökte under varje intervju hålla sig så neutrala som möjligt så att det har varit informanternas egna kunskaper och erfarenheter som framkommit (Trost 2005).

Varje intervju spelades in efter att informanterna godkänt det. Författarna kunde, under intervjuerna, koncentrera sig på det som sades och ingen intervju behövde avbrytas för att anteckningar skulle hinna skrivas ner. Dock kan informanter påverkas av att samtalet spelas in då en del känner sig obekväma med det (Trost, 2005). Informanten kan hamna i underläge då det är flera personer som intervjuar eftersom det kan uppstå ett slags maktövertag (a.a.). Under en av intervjuerna var två sjuksköterskestudenter oplanerat med och lyssnade. Då informanten var ensam och intervjuerna var två personer samt studenterna två personer kan detta ha påverkat maktskillnaden så att informanten känt sig i underläge. Det var informanten själv som önskade och valde att ta med studenterna. Informanten såg deras närvaro som ett inläringstillfälle inför deras kommande uppsatsarbete. Studenterna var under hela intervjun tysta och lämnade inga kommentarer förrän efter intervjun var avslutad.

Polit och Beck (2012) och Trost (1997) menar att det är lämpligast att genomföra intervjuer på en avskild plats där ingen stör intervjun. Intervjuerna var planerade att genomföras i enskilda rum men pga. platsbrist på en avdelning fick intervjuerna göras i föräldraköket. Under en annan intervju än den beskriven ovan, kom en mamma in och värmd mat i mikrovågsugnen. Detta ledde till ett kortare avbrott i intervjun. Konfidentialiteten som informanten blivit lovad i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Andersson, 2008) kan således ha rubbats då mamman identifierat informanten sittandes där. Mamman visste dock inte vad som pågick utan bör ha tolkat intervjun som ett samtal. Mamman verkade inte notera oss nämnvärt utan fokuserade på sitt, och informanten verkade inte heller notera mamman nämnvärt.

En kvalitativ innehållsanalys användes då denna metod lämpades bäst utifrån studiens syfte. Under arbetet med innehållsanalysen reflekterade och diskuterade författarna för att uppnå en samstämmighet när allt textmaterial tolkades. Författarna genomförde analysprocessen gemensamt och materialet har bearbetats ett flertal gånger vilket stärker studiens tillförlitlighet (Granheim & Lundman 2004). Under hela processen gick författarna flertalet gånger från en helhet till mindre delar och svaren har tolkats för att hitta de likheter och

olikheter som funnits. Diskussioner har förts för att betydelseerna skulle vara likvärdiga. Om samförstånd inte har uppnåtts har ytterligare diskussioner förts kring betydelsen och ordningen av kategorier och koder. Detta ökade giltigheten eftersom ingen information förlorades under kondenserings- och abstraheringsprocessen (a.a.).

Författarna har eftersträvat att tydligt beskriva processen i studien för att de som tar del av arbetet själva ska kunna bilda sig en uppfattning om de val som gjorts under processen. Detta styrker validiteten i det kvalitativa forskningssammanhanget (Patel & Davidsson, 2011; Polit & Beck, 2012).

5.3 TROVÄRDIGHET

Polit och Beck (2012) anser att i den kvalitativa forskningen är det viktigt att diskutera trovärdigheten i det arbete som genomförts. Trovärdigheten prövas genom följande begrepp: giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004).

För att passa studiens syfte användes ett ändamålsenligt urval enligt Polit och Beck (2012). Giltigheten har ökat då medverkande informanter har haft olika åldrar, varierande utbildningar och arbetslivserfarenheter samt arbetar på olika avdelningar inom samma universitetssjukhus. Detta ökade chanserna för att få varierande svar, vilket önskas i kvalitativa studier då ämnet studeras utifrån olika aspekter. För att ytterligare öka giltigheten skulle författarna kunnat använda olika kön i studien. Giltigheten stärktes genom att använda citat och att båda författarna har analyserat materialet (a.a.). Överförbarhet avgörs i vilken utsträckning studien kan överföras till andra grupper och sammanhang (Graneheim & Lundman 2004). Resultatet i studien kan vara svårt att överföra då informanterna varit få till antalet men stärks av att deltagarna och avdelningarna har beskrivits samt att det är två olika avdelningar som informanterna kommit ifrån (a.a.). Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan tillförlitligheten stärkas genom att reflektera och genomföra delar av analysen gemensamt. Båda författarna har analyserat materialet noggrant och analysen har gjorts både individuellt och gemensamt.

I analysprocessen kan texten tolkas på olika sätt, vilket gör att risken för felkällor som påverkar trovärdigheten ökar. Den mest troliga tolkningen av resultaten presenteras av studiens undersökare, men denne ska presentera resultaten så att läsaren kan skapa sig alternativa tolkningar (a.a.). Författarna har därför valt att presentera resultaten genom en rimlig balans av citat från deltagarna samt författarnas egna kommentarer. Genom detta kan läsaren bedöma tolkningens trovärdighet och därför ökar trovärdigheten av studiens resultat (Graneheim & Lundman 2004; Patel & Davidsson 2011).

5.4 SAMHÄLLELIG NYTTA

Att följa WHO och UNICEFs BFHI samt dess tio steg främjar barns hälsa både kortsiktigt och långsiktigt (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014; Fiocchi et al, 2003). Amning skapar hälsovinster för både familjen och samhället i form av färre sjukdagar och lägre sjukvårdskostnader (Gartner et al, 2005). BFHI utformades på 1980 talet och publicerades 1992 (WHO & UNICEF, 2009). Att svenska samhället återigen uppmärksammat amning och dess nedåtgående trend visas genom att Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket (2014) har publicerat en svensk översättning samt modifikation av BFHIs tio steg. Barnsjuksköterskan verkar för barnets bästa (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Kombinationen av ovan fakta gör att författarna tolkar denna studie som relevant för samhällelig nytta. Med denna studie har vi beskrivit vilka kunskapskällor sjuksköterskor och barnsköterskor har på barnakutvårdsavdelningarna i samband med amningsrådgivning, och därefter tolkat svaren med hjälp av Watsons (1993) omvårdnadsteori samt sett ett hierarkiskt samband mellan kategorierna. Resultatet från denna studie kan användas som grund för framtida förbättringsarbeten.

5.5 KLINISK NYTTA

Att amningsstrategin är framtagen på kliniken sedan mer än ett år tillbaka men att all personal ännu inte känner till den eller gått amningsutbildningen visar på behov av vidare implementering. Resultatet visar en tydlig skillnad i svaren mellan de informanter som gått versus inte gått amningsutbildningen. Personalen som gått amningsutbildningen känner sig tryggare i sin amningsrådgivning och reflekterar mer över evidensbaserade råd. De vet vart de kan söka efter information samt vart de kan hänvisa föräldrar vidare efter sjukhusvistelsen. Detta kan ge en indikation på att amningsutbildningen på kliniken har haft betydelse.

5.6 SLUTSATS

Genom att ge personalen utbildning och ha en gemensam amningsstrategi för hur amningsrådgivningen ska ges blir personalen tryggare i det dagliga arbetet. All personal anser att evidensbaserade råd är viktiga att ge men alla har inte fått amningsutbildning eller fortbildning i den strategi som var tänkt att vara gemensam för dessa avdelningar. På den avdelning som inte fått utbildning använder sig personalen mer av personliga erfarenheter vid rådgivning vilket leder till att föräldrarna kan få många olika råd och kan skapa förvirring hos föräldrarna. De som inte gått utbildningen och inte arbetar efter den gemensamma strategin som finns; önskar mera kunskaper. Det är av stor vikt att arbetsledningen skapar möjlighet för utbildning och att de arbetar för att den strategi som finns används på båda avdelningarna. När kunskapen brister finner personalen trygghet i sina kollegor, speciellt de med lång erfarenhet. Att ha en intuition att kunna känna av vad föräldrarna önskar för hjälp ansågs vara viktigt.

5.7 FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING

Det vore intressant med vidare forskning där det exempelvis genom observationsstudier undersöks ingående hur amningsrådgivning faktiskt ges på barnakutvårdsavdelningar, hur dessa stämmer överens med avdelningens riktlinjer, Amningsstrategin och BHFI. Även i resten av vårdkedjan där amningsrådgivning ges, framförallt på barnavårdscentraler eftersom det är en del av BVCsjuksköterskans uppdrag, samt barnläkarmottagningar när barnen söker för exempelvis uppföljning av failiure to thrive.

6 SAMMANFATTNING

Många barn som kommer till barnakutvårdsavdelningar är ammande spädbarn och bröstmjolk är i första hand den rekommenderade födan. Att stödja familjen till en lyckad amning är därför en del av personalens vardag. Syftet med studien var därför att undersöka vilka kunskapskällor sjuksköterskor och barnsköterskor har vid amningsrådgivning vid barnakutvårdsavdelningar. Studien genomfördes via intervjuer med sjuksköterskor och barnsköterskor och resultatet visade att personal som gått amningsutbildning och hade en gemensam strategi för amning på avdelningen kände sig tryggare vid rådgivning och lämnade mer enhetliga och vetenskapsbaserade råd. Personal som inte fått någon utbildning och inte hade en gemensam strategi efterfrågade både mer kunskaper och gemensamma riktlinjer för amningsrådgivning. Informanterna ansåg att råden ska utgå ifrån vetenskapsbaserad forskning men när kunskaperna inte räckte lämnades råd som var baserade på personlig erfarenhet. Även att tillfråga kollegor med mer erfarenhet var vanligt vid osäkerhet. Vid rådgivning ansåg informanterna att det är viktigt med en intuition för när föräldrarna är i behov av råd och att dessa råd ska ges i en lugn och trygg miljö. Informanterna upplevde att de behövde känna en tillit till föräldrarnas kunskaper om sitt egna barn men att föräldrarna ibland har fått för lite stöd eller för många olika råd när det gäller amningen.

7 SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION

Författare Sofie Guldbrand och författare Pernilla Johansson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

8 REFERENSER

- Almqvist-Tangen, G. (2014) *Health, nutrition and growth in infancy – a child health care perspective*. (Doktorsavhandling, University of Gothenburg, Department of Paediatrics). Från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34837/4/gupea_2077_34837_4.pdf
- Axelsson, I., & Lindberg, T. (2012). Nutrition hos barn. K, Hanseus, H, Lagercrantz, & T, Lindberg (Red). *Barnmedicin* (s 83-99). Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser (2:a uppl)*. Lund: Studentlitteratur.
- Bai, Y.K., Middlestadt, S, E., Joanne Peng, C-Y. & Fly, A, D. (2010) Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. *Journal of human lactation*, 26 (1), 26-34. doi: 10.1177/0890334409350168.
- Bai, Y.K., Middlestadt, S.E., Joanne Peng, C.-Y., & Fly, A.D. (2009). Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: An elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(2), 134-140. doi: 10.1111/j.1365-277X.2009.00950.x.
- Benzein, E., Hagberg, M., Saveman, B-I., & Syren, S. (2010). *Familjefokuserad omvårdnad-ett strategidokument*. Hämtad 3 maj, 2016, från Linneuniversitetet: <http://familiesygepleje.dk/wp-content/uploads/2016/03/Familjefokuserad-omv%C3%A5rdnad-ett-strategidokument.pdf>
- Berglund, M. (2015). *Dokument som skyddar amning (allmänt om amning)*. Hämtad 14 april, 2016, från Rikshandboken barnhälsovård: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-amning-ny/Dokument-som-skyddar-amning/>
- Demirtas, B. (2015). Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 493-504. doi: 10.1111/ijn.12353
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I Edberg, A. (red.) (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) s. 15-28. Lund: Studentlitteratur.
- Eidelman, A.I., & Schanier, R.I (2012). American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), 827-841. doi:10.1089/bfm.2012.0067
- Ekström, A. (2005). *Amning och vårdkvalitet: Breastfeeding and qualitative of care*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet. Institutionen för Kvinnor och Barns Hälsa Enheten för Reproduktiv och Perinatal Omvårdnad. Hämtad 15 november, 2015, från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37869/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Figueiredo, B.I., Dias, C.C., Brandao, S., Canario, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of art review. *Jornal de Pediatria*, 8 (94), 332-338. doi: 10.1016/j.jpmed.2012.12.002.

- Fiocchi, A., Martelli, A., De Chiara, A., Moro, G., Warm, A & Terracciano, L. (2003) Primary dietary prevention of food allergy. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 91(1), 3-13. doi:10.1016/S1081-1206(10)62050-9
- Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R.A., Naylor, A.J., O'Hare, D., Schanler, R.J., & Eidelman, A. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506. Hämtad från <http://pediatrics.aappublications.org.proxy.kib.ki.se/content/115/2/496>
- Graneheim, U. H. & B. Lundman (2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness." *Nurse Education Today* 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grassley, J., Clark, M., & Schleis, J. (2015). An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(5), 567-577. doi: 10.1111/1552-6909.12728
- Hallström, I. & Lindberg, T. (red.) (2009). *Pediatrisk omvårdnad*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Hartmann, J. (2004). Vetenskapligt tänkande - från kunskapsteori till metodteori (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Hermeren, G. (1996). Kunskapens pris - forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap. Uppsala: Swedish Science Press.
- Hofvander, Y. (2005). Breastfeeding and the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatrica*, 94 (8), 1012-1016. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2005.tb02038.x
- Holmberg, K, S, M., Peterson, U, M, C., Oscarsson, M, G. (2014) A two-decade perspective on mothers' experiences and feeling related to breastfeeding initiation in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 5 125-130. doi:10.1016/j.srhc.2014.04.001 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9778/2006-42-9_2006429.pdf
- Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. (3:e rev uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Kylberg, E., Westlund, A, M. & Zwedberg, S. (2014) *Amning i dag*. (2. uppl.) Stockholm: Gothia fortbildning.
- Livsmedelsverket (2011). *Bra mat för spädbarn: under ett år*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Ludvigsson, J.F. (2008). Att börja forska - inom medicin, bio- och vårdvetenskap. Malmö: Studentlitteratur.
- Maastrup, R., Norby Bojesen, S., Kronborg, H. & Hallström, I. (2012) Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. *Journal of human lactation*, 28(3), 370-379. doi: 10.1177/0890334412440846.
- Nelson, E, A, S., Yu, L-M., Williams, S. (2005) International Child Care Practices Study: Breastfeeding and Pacifier Use. *Journal of human lactation*, 21 (3), 289-295. doi: 10.1177/0890334405278489

Nyqvist, K. H. & 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), 252-262. doi: 10.1177/0890334408319156.

Oakley, L., Henderson, J., Redshaw, M., & Quigley, MA. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 88, doi:10.1186/1471-2393-14-88 .

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Renfrew, MJ., McCormick, FM., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database System Review* 16, 5. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4

Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Hämtad 19 november, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/barn_ssk_spec.kompetensbeskrivn.pdf

Rodgers, S. (2000). A study for the utilization of research in practice and the influence of education. *Nurse Education Today*. 20, (4), 279-287. Hämtad från databasen PubMed.

Skugarevsky, O., Wade, K. H., Richmond, R. C., Martin, R. M., Tilling, K., Patel, R., ... Kramer, M. S. (2014) Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: a cluster-randomized trial. *International Journal of Epidemiology*. Vol 43(4), 1263-1271. doi: 10.1093/ije/dyu072.

Socialstyrelsen (2006a). 2006:7. *Amning av barn födda 2004*. Hämtad 17 september, 2014, från:

Socialstyrelsen (2006b). Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång. Hämtad 30 april, 2016, från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-123-39_200612339.pdf

Socialstyrelsen (2013). Att arbeta evidensbaserat. Hämtat 2 maj, 2016 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat>

Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket (2014). Tio steg som främjar amning: baserad på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding. Hämtad 13 november, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Amning och föräldrars rökvanor*. Hämtad 14 november, 2015, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19537/2014-9-37.pdf>

SOU 1993:86. Kommittén för svenskt deltagande i UNICEF/WHO-aktionen "Baby Friendly Hospitals" (1993). *Amningsvänliga sjukhus för att skydda, stödja och främja amning: UNICEF/WHOs globala satsning: det svenska arbetets bedrivande samt förslag till åtgärder för en svensk amningsstrategi: betänkande*. Stockholm: Allmänna förlag.

Svensson, K. (2011). *Practices That Facilitate or Hinder Breastfeeding*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa. Hämtad 15 november, 2015, från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40513/Thesis_Kristin_Svensson.pdf?sequence=1

Sveriges Officiella Statistik (2015). *Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2013*. Hämtad 14 november, 2015 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19933/2015-10-9.pdf>

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4:15 doi:10.1186/1746-4358-4-15.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad - omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization and UNICEF (2009). *BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE Revised, Updated and Expanded for Integrated Care: SECTION 1 BACKGROUND AND IMPLEMENTATION*. Genève: WHO. Hämtad 16 september, 2014, från http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1

Ygge, B. M. (2004). *Föräldrar i barnsjukvården*. I Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinston Månsson, M., Tingberg, B. & Ygge, B. M. (2004). *Barnet i vården*. (1. uppl.). (s.13-31). Stockholm: Liber.

Zwedberg, S. (2010). *Ville amma!: En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär; deras upplevelser, problemlösning samt amningskonsultativa möten*. Doktorsavhandling. Stockholms Universitet. Pedagogiska Institutionen. Hämtad 16 november, 2015, från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:306089/FULLTEXT01.pdf>

Zwedberg, S., & Naeslund, L. (2011). Different attitudes during breastfeeding consultations when infant formula was given: A phenomenographic approach. *International Breastfeeding Journal*, 6(1), 1. doi: 10.1186/1746-4358-6-1

9 BILAGOR

9.1 BILAGA 1

Tabeller i originalutförande om BFHIs tio steg samt exempel på anpassning.

TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREASTFEEDING
<i>Every facility providing maternity services and care for newborn infants should:</i>
1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed, and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants.
6. Give newborn infants no food or drink other than breastmilk unless <i>medically</i> indicated.
7. Practise rooming in - allow mothers and infants to remain together - 24 hours a day.
8. Encourage breastfeeding on demand.
9. Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

Från sidan 3 WHO och UNICEF (2009). De ursprungliga tio stegen

10 Steps to Optimal Breastfeeding in Paediatrics
1. Have a written breastfeeding policy and train staff in necessary skills.
2. When an infant is seen, for either a well visit or due to illness, ascertain the mother's infant feeding practices, and assist in establishment or management of breastfeeding as needed.
3. Provide parents with written and verbal information about breastfeeding.
4. Facilitate unrestricted breastfeeding or, if necessary, milk expression for mothers regardless of the child's age.
5. Give breastfed children other food or drink only when age appropriate or when medically indicated, and if medically indicated, use only alternative feeding methods most conducive to return to breastfeeding.
6. If hospitalization is needed, ensure facility allows 24-hours mother/child rooming in.
7. Administer medications and schedule procedures so as to cause the least possible disturbance of feeding.
8. Maintain a human milk bank, according to standards.
9. Provide information and contacts concerning community support available.
10. Maintain appropriate monitoring and records/data collection procedures to permit quality assurance assessment, progress rounds or staff meetings, and feedback.

Från sida 59, WHO och UNICEF (2009). Exempel på anpassning av de tio stegen till pediatrikisk vård.

9.2 BILAGA 2

Frågeguide som användes av författarna under intervjuerna

Syftet med denna studie är att utforska hur och när sjuksköterskor och undersköterskor ger amningsråd/stöd. Syftet kan komma att justeras under arbetets gång.

Inledning: Presentation av moderatorer + informant. Erfarenhet, hur länge inom specialitet?

Samtalsområde 1: Amning. Hur arbetar du? Hur och när ger du amningsstöd och amningsråd? Ge exempel på en amningsrådgivningssituation.

- **Vilka råd och stöd ges?**

- Fyll ut här! om en situation inte redan beskrivits... Vilket, råd ger du då? Varför? Hur ger du rådet? Praktiskt? Ord? Tips om vart info finns?

- Vad baserar du råden på? (nämns amningsstrategin?)
- Hur viktigt är det med att ge evidensbaserade råd? Vart hittas det? Använder du det?
- Vad är din inställning till amning?
- Inställning till inneliggande barn som ammas (och mammorna/familjen)?
- Hur tänker du kring evidensbaserade råd relaterat till dina egna personliga erfarenheter och din egen inställning till amning när du ger amningsråd till mammor?

Samtalsområde 2: Känner du dig trygg/säker på att ge råd kring amning?

-Varför?

- Vad gör du om du känner dig otrygg att ge råd?
- Vad tycker du är viktigt att tänka på vid amningsrådgivning?

Samtalsområde 3: Har amningsstrategin hjälpt dig i ditt arbete? Hur?

- Vem bollar du med? (vilka är facilitatorer, är det personerna i amningsgsgruppen?)

9.3 BILAGA 3

Informationsbladet som delades ut till cheferna och informanter innan intervjuerna



Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barn och ungdom.

Kurs: Examensarbete, 15 hp

Distanskurs HT 15-VT 16

INFORMATIONSBLAD

Förfrågan om medverkan i undersökning

Preliminär titel: Amningsrådgivning på barnakutvårdsavdelningar

Bakgrund: Införandet av amningsvänliga sjukhus inverkade positivt på amningsstatistiken men idag syns en nedåtgående trend. Dagens mammor upplever mer oro och ångest runt amningen vilket kan påverka relationen med barnet. Föräldrar upplever sig få olika råd och vårdpersonal upplever sig ha varierande kunskaper. Tillämpning av omvårdnadsrutiner som främjar och möjliggör amning är viktiga. Personal som genomgått utbildning i att ge amningsstöd ger en mer gynnsam amningsmiljö för familjen. Föräldrarnas samspel med barnet påverkas då positivt. Innebörden av amningsvänliga sjukhus finns beskriven inom mödravård och neonatal vård men saknas inom pediatrik. Det pågående amningsprojektet på B88 ger möjlighet för vidare arbete kring detta.

Syfte: Att utforska hur och när sjuksköterskor och undersköterskor ger amningsråd/stöd

Genomförande: Semistrukturerade, individuella intervjuer med både sjuksköterskor och undersköterskor. Tidsåtgång planeras till ca 30 minuter per intervju.

Vi söker: Sjuksköterskor och undersköterskor med eller utan barnspecialistkompetens, med varierande arbetslivserfarenheter och åldrar på barnakutkliniken, varför samtliga är välkomna att lämna intresseanmälan till oss. Personal från både B88 och Q80.

Vid kontakt bestämmer vi tid för intervjun! Flertalet onsdagar under februari månad kommer vi till arbetsplatserna.

Vid frågor, kontakta oss på:

Sofie Guldbrand

Leg. Sjuksköterska

Barnspecialistsjuksköterskestudent

Tel: 073 974 90 39

Mail: sofieguldbrand@hotmail.com

Pernilla Johansson

Distriktssköterska

Barnspecialistsjuksköterskestudent

Tel: 070 2138 579

Mail: pernilajohansson941@gmail.com

Handledare: Ulrika Förberg

Mail: ulrika.forberg@ki.se

Tack på förhand !

9.4 BILAGA 4

Informerat samtycke som gicks igenom med informanten innan ljudinspelningen startade



Informationsbrev - Tack för visat intresse!

Preliminär titel: Amningsrådgivning på barnakutvårdsavdelningar

Bakgrund: Införandet av amningsvänliga sjukhus inverkade positivt på amningsstatistiken men idag syns en nedåtgående trend. Dagens mammor upplever mer oro och ångest runt amningen vilket kan påverka relationen med barnet. Föräldrar upplever sig få olika råd och vårdpersonal upplever sig ha varierande kunskaper. Tillämpning av omvårdnadsrutiner som främjar och möjliggör amning är viktiga. Personal som genomgått utbildning i att ge amningsstöd ger en mer gynnsam amningsmiljö för familjen. Föräldrarnas samspel med barnet påverkas då positivt. Det saknas vidare forskning om personalens kännedom om och tillämpning av BFHI utanför mödravård och neonatal vård. Barnakutavdelningens pågående amningsprojekt ger möjlighet för vidare utforskning av detta.

Syfte: Att utforska hur och när sjuksköterskor och undersköterskor ger amningsråd/stöd

Informerat samtycke: Ditt deltagande efterfrågas i en individuell intervju som kommer att användas i vårt examensarbete på avancerad nivå. Intervjun förväntas ta cirka 30 minuter. Deltagandet är helt frivilligt och du kan helt utan anledning avbryta din medverkan under intervjun om du så önskar. Materialet kommer att hållas konfidentiellt och endast hanteras med relevanta ändamål för studiens syfte och ev. fortsatta förbättringsarbeten. Aidentifierade citat kan användas i samband med presentationen av uppsatsen.

Stockholm, den 03.02.2016

Sofie Guldbrand

Leg. Sjuksköterska

Barnspecialistsjuksköterskestudent

Pernilla Johansson

Distriktssköterska

Barnspecialistsjuksköterskestudent

Vi önskar härmed att du ger oss ditt samtycke till ovan skrivna information

Namnteckning: _____

9.5 BILAGA 5

Exempel på detta arbetes analysprocess

Tabell 3. Exempel på hur analysprocessen såg ut från meningsbärande enhet till kategori.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
1. <i>Jag tycker det är viktigt med evidensbaserade råd. Det är beprövat liksom, man har visat att det är det som fungerar, det som man har gjort studier på. (...) och det är väl det vi har att plocka av.</i>	Viktigt med evidensbaserade råd, beprövat. Att använda tillgänglig kunskap.	Professionell	Utbildning	Evidens
2. <i>Man säger ju att dom ska fortsätta och för ja och om det inte är så att dom ska amma lite oftare kanske och om barnet inte orkar suga så får dom ju pumpa då så som försöker hålla, hålla det i igång och sen äta, dricka, sova, slappna av, ta det lugnt, inte stressa.</i>	Praktiska råd till mamman för att hålla igång amningen då barnet är sjukt	Praktiska råd	Yrkeserfarenhet	Evidens
3. <i>Det finns en gedigen kunskap bland våra barnsköterskor som kanske inte bygger på evidens, men som man kanske inte helt kan förkasta det här. Det är människor som har sett barn i 30 års tid, och har egna barn och så vidare.</i>	En gedigen kunskap bland barnsköterskorna	Praktiska yrkeserfarenheter	Yrkeserfarenhet	Evidens
4. <i>När barnet kanske liksom, jag ser att det söker och mamman kanske liksom inte ta plockar upp sitt barn.</i>	Sjuksköterskan noterar att föräldern inte märker barnets signaler	Förälderns förmåga brister	Tillit till föräldrarnas förmåga	Föräldrar
5. <i>Vara försiktig, alltså man ska låta mamman och barnet lösa lite själva. Och liksom inte va där och peta och hålla på så här. Det tror jag inte på.</i>	Låta föräldern och barnet lösa lite själva	Stödja förälderns egna försök	Tillit till föräldrarnas förmåga	Föräldrar
6. <i>Ge råd när man märker att det behövs inte bara för att</i>	Råd vid behov	Rådgivning	Lyhörd för förälderns perspektiv	Föräldrar
7. <i>Jag tror att det är många som är osäkra, speciellt alla våra nya sjuksköterskor och de som inte har barn</i>	Osäkerhet pga. nyanställning eller ingen personlig erfarenhet	Kollegors upplevelser	Amningsupplevelse	Personlig Erfarenhet
8. <i>Dom råd man ger dom kommer väl när alltså dom dyker upp när dom liksom kommer. Och då försöker man väl hanka sig fram liksom lite</i>	Känna av situationen och ge råd utifrån egen intuition	Ge råd från intuition	Intuition	Personlig Erfarenhet
9. <i>jag vet att det är en väldigt intim stund för mamma och barn</i>	Känsla för mor och barns amningsstund	Känna av situationen	Intuition	Personlig Erfarenhet