



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnhälsovårdssjuksköterskans stöd till mammor och familjer för initiering och upprätthållande av amning

En kvalitativ studie

Författare: Veronica Andersson
Julia Schultz

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Barnhälsovårdssjuksköterskans stöd till mammor och familjer för initiering och upprätthållande av amning

En kvalitativ studie

Författare: Veronica Andersson
Julia Schultz

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

En av barnhälsovårdssjuksköterskans uppgifter är att stödja ammande mammor. Studier har visat att mammor som inte känner att de får stöd, har en större benägenhet att sluta amma i förtid. Syftet var att beskriva barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelse av att ge stöd som stärker föräldrars, i synnerhet mammors, amningsbenägenhet och upprätthållande av amningen. En kvalitativ studie genomfördes med 10 intervjuer med barnhälsovårdssjuksköterskor från västskånska kommuner. Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys, som ledde till fyra kategorier och åtta subkategorier. I kategorin *Uppstart av amning med medkänsla och kompetens* beskrivs hur barnhälsovårdssjuksköterskan identifierar föräldrarnas inställning till amning. I kategorin *Verklighetsförankra amningen till vardagslivet* beskrivs hur barnhälsovårdssjuksköterskan motiverar mamman till fortsatt amning och livsstilsförändring samt hur amningssvårigheter underlättas. I kategorin *Inge föräldrarna mod att tro på kroppens förmåga att amma* beskrivs hur barnhälsovårdssjuksköterskan ger föräldrarna insikt i bröstmjölksproduktionen och möter mammans oro samt hur pappan kan underlätta amningen. I kategorin *Upprätthållande av amning i ömsesidig förståelse* beskrivs hur barnhälsovårdssjuksköterskan uppmuntrar till fortsatt amning och hur avvänjningen till annan kost sker.

Nyckelord

Amning, Stöd, Barnhälsovårdssjuksköterska, Föräldrar, Mammor, Modersmjölksersättning

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Amning i Sverige	3
Amningens fördelar	4
Hinder för amning	5
BHV-sjuksköterskans roll	6
Mödrars upplevelser av amningsstöd	7
Omvårdnadsteori	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Instrument	10
Datainsamling	10
Databearbetning	12
Förförståelse	12
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Uppstart av amning med medkänsla och kompetens	14
Respekt och öppenhet i mötet med de nyblivna föräldrarna	14
Lyhördhet till föräldrarnas val av uppfödningssätt	16
Standardiserad amningsinformation i samspel med föräldrarna	17
Verklighetsförankring till vardagslivet	18
Amningsstöd för att underlätta önskad livsstil	18
Konkreta råd och åtgärder vid vanliga amningshinder	19
Inge föräldrarna mod att tro på kroppens förmåga att amma	20
Skapa insikt i hur bröstmjölksproduktionen stimuleras	20
Stärka pappans roll i amningsarbetet	21
Upprätthållande av amning i ömsesidig förståelse	22
Uppmuntran till fortsatt amning och naturlig avvänjning	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	31
Referenser	32
Bilaga 1 (2)	36
Bilaga 2 (2)	37

Introduktion

Problembeskrivning

Barnhälsovårdens (BHV) mål är att främja barnens hälsa, utveckling och trygghet (Socialstyrelsen, 2014a). Föräldrar i Sverige har ett högt förtroende för barnhälsovården och når så gott som alla barn, det vill säga cirka 99 procent (Lagerberg, Magnusson & Sundelin, 2008). I barnhälsovårdens arbete ingår råd och stöd till föräldrarna för goda matvanor och för att stödja amningen (Socialstyrelsen, 2014a). År 2012 visades nationellt en minskning av antalet barn som amrades helt eller delvis med två till tre procent jämfört med året innan (Socialstyrelsen, 2014b). Det var 93,9 procent av barnen som amrades helt eller delvis vid en veckas ålder, 83,6 procent vid två månaders ålder och 72,5 procent vid fyra månaders ålder.

Studier har visat att nyblivna mödrar vill amma sina barn och kämpar hängivet för att amningen skall fungera. Bilden nyblivna mödrar hade om att amningen skulle komma naturligt, överensstämde inte med verkligheten (Guyer, Millward & Berger, 2012; Lööf-Johanson, Foldevi & Rudebeck, 2013; Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström, 2010; Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström, 2012). Kunskap om bröstmjölken fördelar stärkte amningsbenägenheten när amningshinder uppstod, då amning upplevdes som att göra något gott för sitt barn. Stöd från omgivningen var viktigt för att fortsätta amma (Guyer et al., 2012). Enligt en Cochrane-översikt (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn & Dowswell, 2012) bör amningsstödet omfatta vägledning via personliga möten, där amningsvägledaren initierar kontakten med den nyblivna familjen. Mödrarna erhåller kontinuerlig regelbunden amningsvägledning, som anpassas efter familjens behov och kulturella tillhörighet. Amningsvägledaren bör även arbeta utifrån en omvårdnadsteori i bemötandet av familjen, för att stärka föräldrarnas tilltro till egen förmåga (Weimers, Gustafsson & Gustafsson, 2008).

Sjuksköterskan inom barnhälsovården (BHV- sjuksköterskan) har en viktig roll i att ge föräldrar stöd och information, för att de tillsammans med deras nyfödda barn ska kunna etablera och upprätthålla en tillfredsställande amning (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Som blivande distriktssköterskor är det viktigt att ha insikt i distriktssköterskans praktiska tillvägagångssätt. Därför vill vi beskriva BHV- sjuksköterskans upplevelse av stöd som

stärker föräldrars amningsbenägenhet och i synnerhet mödrars förmåga att amma och upprätthålla amningen.

Bakgrund

Amning i Sverige

Under mitten av 1700-talet utvecklades spädbarnsvården till ett vetenskapligt kunskapsområde, den så kallade pediatriken (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009; Svensson & Nordgren, 2011). I slutet på 1800-talet var moral och disciplin viktigt i samhället. Barnen skulle uppfostras tidigt, därför sågs amningstillfällena endast som måltider som skulle begränsas och schemaläggas. Amningen ansågs viktig eftersom bröstmjölkens näringsinnehåll var väl känd, men den var föda och inget annat (Svensson & Nordgren, 2011). Förlossningar skedde i hemmet fram till 1930-talet, då sjukhusförlossningar blev vanliga. Barnen sköttes då på sal av personalen, vilket ledde till en sjunkande amningsstatistik (Palmér, 2010).

Under 1970-talet lyftes amningen fram ur både ett medicinskt och socialt perspektiv. Den ideella föreningen Amningshjälpen upprättades 1973, med syftet att ge föräldrar råd och stöd i amningsfrågor (Amningshjälpen, 2013). På 1980-talet tilläts "rooming-in" på BB, vilket innebar att kvinnan hade barnet hos sig och kunde amma fritt. Nu välkomnades även pappan på BB utanför besökstiderna. Forskare började intressera sig för amningsfrågor och socialstyrelsen engagerade sig för att höja amningsstatistiken vilket främjade amningen (Svensson & Nordgren, 2011).

År 1990 antog Sverige WHO och UNICEFs Innocentideklaration som kom till för att skydda, stödja och främja kvinnors rätt till amning (WHO, 1989). Utifrån denna deklaration utarbetades praktiska riktlinjer "10 steg till lyckad amning" (Kylberg et al., 2009). Amningsvänliga sjukhus, var ett av målen i deklarationen och 1996 hade alla svenska sjukhus formellt blivit amningsvänliga. Detta innebar förbättrade amningsrutiner på BB och förlossningsavdelningar. Amningsstatistiken av enbart ammande vid två månaders ålder ökade till 81 procent. Senare omfattades även mödrahälsovården och barnhälsovården av dessa rutiner.

WHO rekommenderar enbart ammande i sex månader och delvis ammande upp till två år, eller längre (WHO, 2013). Enbart ammande definieras som ”barn som har fått enbart bröstmjolk samt vitaminer eller läkemedel (t.ex. D-vitamin)” och delvis ammande som ”barn som förutom bröstmjolk även har fått modersmjölksersättning, välling eller annan kost” (Socialstyrelsen, 2013). Även i länder med hög amningsfrekvens, ses en svårighet att uppnå rekommendationen med enbart amning i sex månader. Svenska barn som 2012 enbart ammadades vid sex månaders, ålder uppgick till 14 procent (Socialstyrelsen, 2014b).

Amningens fördelar

Internationellt sett har Sverige en hög amningsfrekvens (Socialstyrelsen, 2013). Bröstmjölken är anpassad till barnets behov, beroende på ålder, eftersom den innehåller rätt mängd energi, näring och immunglobuliner (Edenwall, Delvert & Ekman, 2014). Hos enbart ammande barn syns störst hälsovinster, men även hos delvis ammande syns positiva effekter (Livsmedelsverket, 2014). Amning ger barnet ett ökat immunförsvar, som skyddar mot öron-, luft- och urinvägsinfektioner (Livsmedelsverket, 2014; Weimers et al., 2008).

Amningen har hälsoeffekter även på längre sikt, såsom ett visst skydd mot exempelvis fetma, högt blodtryck och diabetes (Hörnell, Lagström, Lande & Thorsdottir, 2013). Pågående amning under tiden då mat introduceras, ger ett visst skydd mot celiaki. Barn som inte ammadades löpte större risk för både typ 1 och typ 2 diabetes enligt Pereira, Alfenas & Arujo (2013). Ammande barn blir mer sällan förstoppade och får färre tarminfektioner, än barn som föds upp med modersmjölksersättning. Risken att dö i plötslig spädbarnsdöd minskar om barnet ammas och amning kan möjligen försena debut av astma och eksem (Edenwall et al., 2014).

I Löf-Johansson et al.'s (2013) intervjustudie med 18 deltagare, som utforskade vad som låg bakom mödrars beslut att amma och upprätthålla amningen, framkom det att beslutet att amma och stå ut med eventuella svårigheter med amningen, gav modern en känsla av att vara närvarande för sitt barn och stärkte självförtroendet. Andra fördelar för mamman är de moderskänslor och det lugn som oxytocinfrisläppet kan ge vid amning (Svensson & Nordgren, 2011). Vidare är risken för riklig vaginal blödning minskad vid amning och modern går snabbare ner till sin ursprungliga vikt (Lowdermilk & Perry, 2006). Det finns

också minskad risk för bröst- och äggstockscancer, postpartum- depression, diabetes typ 2 och osteoporos (Hanson, Blennow & Silfverdal, 2011).

Hinder för amning

Att amma kan upplevas som att gå in i något okänt, vilket visades i studien av Palmér et al. (2010). Åtta kvinnor intervjuades två månader efter förlossningen, om deras upplevelser av att komma igång med amning i samband med tidig hemgång, det vill säga inom 48 timmar efter förlossningen. Det okända gav en känsla av att inte ha kontroll och tvivel på kroppens förmåga att producera tillräckligt med bröstmjolk. Att bröstmjölken inte räckte till var en vanligt förekommande oro hos 25 mödrar i en enkätstudie av Bai, Middlestadt, Pang & Fly (2009) som utforskade psykosociala faktorer som låg bakom beslutet att enbart amma under sex månader. Även WHO (2013) har visat att oro för att bröstmjölken inte räcker till, är vanligt förekommande hos mödrar.

Mödrars upplevelser av att initiera, avsluta eller fortsätta amning, undersöktes i en kvalitativ intervjustudie, med sex deltagare (Guyer et al., 2012). Studien visade att amning kunde upplevas som en verklighetschock i början, då amning inte var så enkelt som mödrarna föreställt sig. Det har också visats att mödrar upplever en bekräftelse på moderskapet genom amning, med en känsla av att de ger barnet en god start i livet, därför uthärdar de den eventuellt jobbiga första amningstiden (Guyer et al., 2012; Löf-Johanson et al., 2013; Palmér et al., 2010). Om barnet inte gick upp i vikt, kunde modern känna en besvikelse över att hennes kropp inte producerade nog med mjölk och la skulden på sig själv (Palmér et al., 2010). Om amningen upplevdes som en börda, var det mer stressande än stimulerande att amma (Guyer et al., 2012; Palmér et al., 2010). Om modern upplevde amningen som en skyldighet, kunde föräldrarna se amning som något ojämnställt. Ibland gav amningen känslor som ofräschhet, trötthet och bundenhet (Löf-Johanson et al., 2013). Bundenheten kom från känslan av att ha hela ansvaret för barnets uppfödning, vilket var krävande.

Det är vanligt med ömmande och svullna bröst den första tiden (Palmér, 2010). Oväntad stark smärta vid amning upplevdes chockerande och mammor hade svårt att förstå och uthärda smärtan (Guyer, et al, 2012). Salamon, Wegnelius, Holmgren-Lie, Kolskog & Jonasson's (2000) studie visade att de vanligaste besöksorsakerna på en amningsmottagning var

relaterade till svårigheter med amningsteknik. Komplikationer som kan uppstå vid amning är såriga bröstvårtor, svampinfektion, mjölkstockning och mastit, dessa orsakas oftast av att barnet har fel tag om bröstvårtan (Weimers et al., 2008).

De första fem veckorna upplevs som svårast under amningen, och det är då de flesta slutar, av de som slutat amma innan fyra månaders ålder (Palmér, 2010). I studien av Bai et al. (2009) slutade 48 procent av mödrarna att enbart amma, innan de rekommenderade sex månaderna, på grund av att de fått för dålig information i relation till amningskomplikationer.

BHV- sjuksköterskans roll

Det är den specialistutbildade sjuksköterskan, barnsjuksköterskan eller distriktssköterskan, som arbetar inom barnhälsovården (Lagerberg, Magnusson & Sundelin, 2008). Barnhälsovård finns som barnavårdscentraler både i privat och i offentlig regi (Socialstyrelsen, 2008; Socialstyrelsen, 2014a). Dessutom kan BHV finnas inom en familjecentral inkluderande även mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Genom det fria vårdvalet väljer föräldrarna själva vilken BHV- enhet de vill tillhöra (Socialstyrelsen, 2014a).

BHV- sjuksköterskans roll innefattar bland annat att vara lyhörd, ärlig, bekräftande och närvarande, vid mötet med individen och dennes familj (Distriktssköterskeföreningen, 2008). BHV- sjuksköterskan ska också ge individen stöd till egenvårdsförmåga och göra denne delaktig i vården. BHV erbjuder hälsovård till barn 0-6 år samt att vara delaktig i att säkerställa barnets utveckling, hälsa och trygghet (Socialstyrelsen, 2014a). BHV ska följa FN's barnkonvention, artikel 24 som säger att barnet och den nyblivna mamman har rätt till hälso- och sjukvård (Unicef, 2011).

I Socialstyrelsens föreskrift, SOFS 2008:33, beskrivs vårdgivarens ansvar angående amning och modersmjölksersättning. Information ska vara objektiv, entydig och föräldrar ska få tydlig kunskap om amningens fördelar. Informationen ska även innefatta näringsbehovet hos ammande mödrar och hur amning kan förberedas och upprätthållas. BHV- sjuksköterskan ska upplysa föräldrarna om modersmjölksersättningens inverkan på amningen och dess uppstart. Kvinnor som väljer att inte amma av olika anledningar ska mötas med respekt, känna sig bekräftade i sitt val och då få information om att modersmjölksersättning håller en god

kvalitet och är anpassad för det nyfödda barnet (SOSFS 2008:33; Livsmedelsverket, 2014). I rikshandboken för BHV (2012) finns tydliga riktlinjer för BHV- sjuksköterskans arbete med amning och uppfödning som bygger på evidensbaserad kunskap. BHV- sjuksköterskans förhållningssätt i amningsvägledningen skall omfatta uppmuntran och lyhördhet för den enskilda familjens behov. Det krävs även goda kunskaper om amningens fördelar, amningsfysiologi, amningsteknik, hantering av amningsproblem och komplikationer samt kunskap om avvänjning från bröstmjolk till annan kost. BHV- sjuksköterskans roll som amningsvägledare innebär också kunskap om WHO/UNICEF's 10 steg till lyckad amning, genomgången amningsutbildning samt tillit till mammans och barnets egenförmåga (Rikshandboken, 2012). Praktisk undervisning med dockor och tygbröst i en lugn miljö, kan med fördel användas för vägledning i amningstekniken (Weimers et al., 2008). Amningsvägledaren bör ha kunskap om bröstets anatomi och fysiologi både för normala tillstånd och amningsproblem (Hannula, Kauonen & Tarkka, 2008).

Enligt Kylberg et al. (2009) bör blivande föräldrar träffa BHV- sjuksköterskan innan förlossningen, så att de inte ska känna sig utlämnade efter hemkomsten från BB. Detta förutsätter samarbete mellan de olika vårdenheterna. Hembesök från BHV bör ske inom en vecka efter hemgång, regelbundna besök därefter sker på BHV (Kylberg et al. 2009; Rikshandboken, 2012). BHV- sjuksköterskan bör även vara tillgänglig för amningsrådgivning på andra tider än sina telefontider, i de fall amningsproblem uppstår.

Mödrars upplevelser av amningsstöd

Graffy & Taylor (2005) genomförde en randomiserade kontrollerad enkätstudie med 654 kvinnor om uppfattning av information, rådgivning och stöd som erhöles under amningstiden. Av deltagarna var 31 procent av olika etniska minoriteter. Mödrarna ville ha realistisk och specificerad information om amning och bli uppmuntrade att amma, utan att känna någon press. Information om amning hade varit önskvärt innan barnet var fött, eftersom de upplevde sig dåligt förberedda.

I enkätstudien av Jansson, Sivberg, Wilde-Larsson & Udén (2002), omfattande 572 mödrar, undersöktes tillfredsställelsen med BHV- sjuksköterskans första möte med familjen, beroende på om detta skedde genom hembesök eller på BHV- mottagningen. Det framkom att de

mödrar som haft hembesök var mer positiva till det första mötet, än de som träffade BHV-sjuksköterskan på BHV. Mödrar som haft hembesök, upplevde amningsråden mer tillfredsställande och de fick bättre, mer personlig kontakt med BHV-sjuksköterskan.

Enligt Palmer et al. (2010) ville modern bli bekräftad och sedd som unik av vårdpersonalen. Om modern inte upplevde att hon fick stöd av vårdpersonalen kunde hon känna sig övergiven och ensam i sin amning (Guyer et al., 2012). Anknytningen till barnet gjorde att mödrar ändå inte gav upp amningen. När modern upplevde att vårdpersonal gav olika råd vid amning, visade studien av Lööf-Johanson et al. (2013) att modern tog egna beslut om amningen och litade på sin egen och barnets kapacitet, medan Weimers et al. (2008) fann det vara viktigt att minimera antalet amningsvägledare kring varje familj.

Palmer et al. (2010) fann att om modern fick stöd och bekräftelse även av partnern, kunde detta resultera i en känsla av delat ansvar och partnern kunde vidare hjälpa henne med amningen.

I en studie av Weimers, Svensson, Dumas, Navér & Wahlberg (2006) var syftet att beskriva hur 12 mödrar upplevde vårdpersonalens praktiska stöd i amningssituationer, när barnet vårdades på neonatalintensivvårdsavdelning. Det framkom att mödrarna upplevde handgriplig hjälp som ett övergrepp på integriteten. De önskade istället att sjuksköterskan satte sig ner bredvid dem och tog sig tid att förklara och komma med praktiska råd. Nästan alla mödrar var positiva till att använda tygbröst och docka, för att lära sig rätt amningsteknik. Handgriplig hjälp innebär att amningsvägledaren tar tag om moderns bröst och barnet (Weimers et al., 2008).

Omvårdnadsteori

Dorothea Orem (1991) menar, att om människan har kunskap och möjlighet, så sköter hon sin egenvård på egen hand. Orem talar om egenvårdsbehov och egenvårdsbrist som centrala begrepp. Där människan har egenvårdsbrist och inte själv kan täcka sina behov, ska vården tillgodose dessa. Orem vägleder omvårdnadspersonal i omvårdnadsprocessen och tre olika egenvårdssystem beskrivs, där det första systemet innebär att all omvårdnad tas över av vårdpersonal. Andra systemet innebär att vårdpersonalen delvis kompenserar egenvården.

BHV- sjuksköterskan bör använda sig av det tredje systemet i mötet med föräldrarna, vilket innebär att undervisa och ge stöd för att öka självkänslan. Det är då föräldrarna får huvudansvaret för egenvården.

Syfte

Syftet var att beskriva BHV- sjuksköterskans upplevelse av att ge stöd som stärker föräldrars, i synnerhet mammors, amningsbenägenhet och upprätthållande av amningen.

Metod

Eftersom studien ville undersöka BHV- sjuksköterskors upplevelse av ett fenomen, valdes en kvalitativ metod (SBU, 2013). Datainsamlingen bestod av individuella intervjuer, för att få deltagarnas perspektiv på fenomenet. Intervju används för att studera upplevelser, det vill säga erfarenheter, önskemål och känslor (SBU, 2013). Analysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, som är en metod för att analysera skriftlig och muntlig kommunikation på ett systematiskt sätt (Lundman & Graneheim, 2012). Analysen inriktar sig på att skildra variationer genom att identifiera likheter och skillnader.

Urval

Informanterna inkluderades i studien via ett strategiskt urval, med maximal variation, för att få en så allsidig bild som möjligt av det fenomen som belyses (SBU, 2013), det vill säga BHV- sjuksköterskornas upplevelse av amningsvägledning. Inklusionskriterier var sjuksköterskor med specialistutbildning, såsom barnsjuksköterskor och distriktssköterskor, som arbetade inom BHV i västskånska kommuner, med minst ett års erfarenhet av yrket samt män och kvinnor i varierande ålder. BHV- sjuksköterskorna skulle arbeta i offentlig och privat regi samt på familjecentraler. Tjänstlediga BHV- sjuksköterskor exkluderades från studien.

Instrument

En intervjuguide utvecklades innan studien påbörjades efter genomgång av forskning inom området (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguide (bilaga 1) används för att strukturera intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). Enligt Trost (2011) skall intervjuguiden ta upp större delområden och hållas kortfattad. Totalt identifierades sju områden som väsentliga för att belysa amningsstödet. Den semi-strukturerade intervjuguiden innefattade öppna frågor inom valda ämnesområden, följdfrågor ställdes för att fördjupa och förstå informationen som informanten gav (Kvale & Brinkmann, 2009).

Datainsamling

En e-postförfrågan om deltagande i studien, skickades till 31 verksamhetschefer i västskånska kommuner. E-postadresserna erhöles via internet. Totalt erhöles medgivande av verksamhetschefer från fem BHV- enheter. En verksamhetschef gav direkt sitt medgivande till studien, medan sex stycken avböjde på grund av tidsbrist och resterande svarade inte alls. En påminnelse skickades ut till de som inte svarat och därefter inkom ytterligare ett medgivande. Resterande tre medgivande inkom efter telefonkontakt med BHV- sjuksköterskor på de olika tillfrågade enheterna, som i sin tur fick godkännandet till studien av sin verksamhetschef. BHV- sjuksköterskorna antog att verksamhetscheferna inte var intresserade eftersom det ofta kom många förfrågningar inom samma tidsperiod och med snarlika ämnen. Av de två verksamhetschefer som direkt gav medgivande, erhöles e-postadresser till informanter. Sex av nio BHV- sjuksköterskor svarade att de ville medverka, medan tre inte svarade alls. Från de tre verksamhetschefer som kontaktades genom BHV- sjuksköterskorna, var det fyra BHV- sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien. Totalt önskade tio BHV- sjuksköterskor att medverka och de erhöles informationsbrev samt samtyckesblankett via e-post. Samtliga samtyckesblanketter lämnades till författarna vid intervjutillfället.

Eftersom ingen av författarna hade erfarenhet av forskningsintervjuer, genomfördes en pilotintervju. Detta för att träna intervjuteknik, då forskarens intervjuteknik och frågeställningar samt informanternas reflektion över sina erfarenheter har avgörande betydelse för studiers genomförande (Kvale & Brinkmann, 2009). Pilotintervjun blev innehållsrik men

användes inte på grund av att informanten arbetade på en barnavdelning inom slutenvården och därmed inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats enligt deras önskemål för att de skulle känna sig bekväma och trygga i miljön (Trost, 2011). Intervjuerna ägde rum antingen på BHV- sjuksköterskornas arbetsrum eller i ett för tillfället bokat lunchrum, eftersom det var viktigt att en avskild plats användes för att undvika störningsmoment under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tio stycken intervjuer genomfördes, detta med stöd av Kvale och Brinkmann (2009) som menar att antalet kan variera mellan 15 +/- 10. Det är inte antalet intervjuer som är avgörande för kvalitativa studier utan innehållet. Kvale och Brinkmann menar att intervjustudier oftast skulle vinna på att inte ha så många intervjuer, utan istället ha fokus på förberedelser av intervjuerna och analysen av dem. Båda författarna deltog i samtliga intervjuer. Fördelen med att vara två är att finna stöd i varandra och att informationsmaterialet ofta blir större, med en bättre förståelse (Trost, 2011). Risken med två intervjuare är att informanten kan uppleva ett underläge, varpå författarna frågade om godkännande av informanten innan intervjun påbörjades, vilket erhöles. Intervjuerna spelades in på ljudupptagare, för att intervjuerna skulle kunna koncentrera sig på ämnet och inte gå miste om värdefullt material (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjun började med en öppen fråga ”*Vill du börja med att berätta hur du vanligen arbetar med amning, med nyblivna föräldrar i första mötet med dem?*”. Därefter användes intervjuguiden som stöd för att önskade områden skulle belysas. Följdfrågor ställdes under intervjun, för att öka förståelsen för det som berättades (Kvale & Brinkmann, 2009). Exempel på följdfrågor var ”*Berätta lite mer om..., vill du förklara lite mer..., du sa något om...*”. En av författarna ledde intervjun och den andra lyssnade, utan att föra anteckningar. Rollerna alternerade mellan författarna och de olika intervjuerna. Efter intervjuerna fick informanterna besvara ett frågeformulär med bakgrundfrågor (bilaga 1). Intervjuerna kom att pågå under 20 till 40 minuter.

Databearbetning

Varje intervju kodades med en siffra mellan ett till tio. Efter intervjuerna transkriberades materialet ordagrant av författarna. Författarna använde sig av kvalitativ innehållsanalys som metod, med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär en fördomsfri textanalys som kan baseras på upplevelseberättelser (Lundman & Graneheim, 2012). Texten analyserades genom att allt transkriberat material lästes upprepade gånger för att få en spontan uppfattning om innehållet. Meningsbärande enheter skapades därefter och sedan kondenserades texten, utan att dess centrala innehåll gick förlorat (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter kodades materialet och alla koder skrevs i följd. Koderna utgjordes av nyckelord som blev synliga efter att kondenseringen genomförts. Skillnader och likheter identifierades bland koderna, som därefter sammanfördes i olika subkategorier (bilaga 2). Subkategorierna lästes flera gånger, för att söka efter vilka subkategorier som hade övergripande liknande innehåll och ställa dem under varandra. På detta sätt utvecklades kategorier. Totalt fanns fem kategorier och 17 subkategorier. Exempel var kategori ”Uppstart amning” med subkategorierna ”information, hembesök, uppmuntran, stöd” och kategorin ”dålig tilltro till egen förmåga” med subkategorierna oro/rädsla, kontrollbehov, lätt att ge upp. Graneheim och Lundman (2004) menar att detta är en manifest analys. Efter detta skrevs text till kategorierna och subkategorierna och under denna arbetsfas fördjupades förståelsen för innehållet, vilket gjorde att kategoriernas och subkategoriernas benämning förändrades till en något högre abstraktionsnivå. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är denna sista analysdel en latent analys, där försök gjorts att söka efter det bakomliggande budskapet i textinnehållet. Författarna gör dock inte anspråk på något tema.

Författarna analyserade de första fem intervjuerna tillsammans för att bli trygga med analystekniken. De resterande fem intervjuerna analyserades parallellt av var och en av författarna. Arbetet med att skapa subkategorier och kategorier gjordes gemensamt av författarna.

Förförståelse

För att en studie ska bli trovärdig, behöver en forskare vidta olika åtgärder (Lundman & Graneheim, 2012). Det är inte bara sanningshalten i resultaten som är viktigt, utan även hur

författarnas förförståelse påverkar analysen. Förförståelse innebär den teoretiska kunskap, den erfarenhet samt de förutfattade meningar som författarna har sedan tidigare, avseende det belysta ämnet. Författarna har förförståelse i ämnet genom teoretisk kunskap, verksamhetsförlagd utbildning tre veckor inom BHV och personlig erfarenhet av amning. En av författarna har även arbetslivserfarenhet inom slutet barnsjukvård bland spädbarn.

Etisk avvägning

Medgivande att genomföra studien inhämtades av verksamhetscheferna på respektive BHV-enhet innan studien genomfördes. Etiska avvägningar kring denna studie följde lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Denna lag har som syfte ”att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning” (2003:460, 1§). Vidare följdes Helsingforsdeklarationens föreskrifter, där det står att läsa att en forskningsstudie ska godkännas av en etisk kommitté innan den påbörjas (WMA, 2013). Projektplanen för denna studie skickades in till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande och fick godkänt (VEN 27-14). En forskare ansvarar för forskningsdeltagarnas välbefinnande, samt för det material som samlats in med deltagarens hjälp (CODEX, 2013). Studiens deltagare fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte, metod och huvudman (SFS 2003:460). Deltagarna informerades om att studien var frivillig och att deltagandet när som helst kunde avbrytas utan redovisning av orsak. Information lämnades om att skriftligt samtycke inhämtades innan studien påbörjades, att full konfidentialitet gällde kring hur materialet kom att hanteras. Kodning av insamlad data gjordes och en kodlista upprättades. Insamlad data och kodlista förvaras på separata platser. Insamlat material förstörs när studien examinerats. Deltagarna informerades även om eventuella risker och/eller följder studien kunde medföra. I denna studie kunde BHV-sjuksköterskans tid som användes till intervjun, ses som en eventuell risk för tidsbrist för andra arbetsuppgifter. En möjlig följd kan innebära att BHV-sjuksköterskans upplevelser kan ge andra, nuvarande eller framtida, BHV-sjuksköterskor nya tankar kring studiens belysta problem.

Resultat

Bakgrundsfakta

Av de tio informanterna var sex stycken utbildade distriktssköterskor och två var barnsjuksköterskor. Två av informanterna var utbildade till både distriktssköterska och barnsjuksköterska. Arbetslivserfarenheten som BHV- sjuksköterska sträckte sig mellan 2 till 39 år. Informanterna var kvinnor i åldrarna 34 till 65 år och alla arbetade i västskånska kommuner. Sex av informanterna arbetade på familjecentraler, två på traditionella BHV-enheter och två inom privata verksamheter. Det visade sig vara svårt att rekrytera män, då det endast var kvinnor som valde att delta i studien.

I analysprocessen framkom fyra kategorier med tillhörande åtta subkategorier som svarade mot syftet.

Tabell 1. Kategorier och subkategorier

Uppstart av amning med medkänsla och kompetens	Verklighetsförankra amningen till vardagslivet	Inge föräldrarna mod att tro på kroppens förmåga att amma	Upprätthållande av amning i ömsesidig förståelse
<i>Respekt och öppenhet i mötet med de nyblivna föräldrarna</i>	<i>Amningsstöd för att underlätta önskad livsstil</i>	<i>Skapa insikt i hur bröstmjölksproduktionen stimuleras</i>	<i>Uppmuntran till fortsatt amning och naturlig avvänjning</i>
<i>Lyhörddhet till föräldrarnas val av uppfödningssätt</i>	<i>Konkreta och lättförståeliga råd och åtgärder vid vanliga amningssvårigheter</i>	<i>Stärka pappans roll i amningsarbetet</i>	
<i>Standardiserad amningsinformation i samspel med föräldrarna</i>			

Uppstart av amning med medkänsla och kompetens

Respekt och öppenhet i mötet med de nyblivna föräldrarna

Hembesöket sågs som det första mötet med de nyblivna föräldrarna av de flesta informanterna, medan ett par ansåg att det första mötet skapades redan under

telefonkontakten. I det första mötet förhörde sig informanterna om hur förlossningen varit, hur mamman mår, hur barnet fick mat samt hur familjesituationen såg ut.

”...när jag är på hembesök så frågar jag vad de äter och är det då bröstmjolk så frågar jag om det fungerar bra”. (intervju 6)

Hembesöket sågs som en möjlighet till att skapa en god kontakt med föräldrarna i en miljö som de kände sig trygga i. Det sågs som ett tillfälle att ge föräldrarna information rörande amning, men även en möjlighet att göra en amningsobservation i mammans naturliga miljö. Vid amningsobservationen hjälpte informanterna mammorna att hitta en bra amningsställning, att mamma och barn hade rätt position. Upplevelsen var att föräldrarna på BB inte blivit visade hur barnet skulle ligga vid bröstet, hur viktigt det var att mamman inväntade barnet, det vill säga att barnet öppnade munnen ordentligt för att få ett stort grepp om bröstvårtan så det kunde suga. En del var noga med att berätta att de aldrig handgripligen rörde mamma eller barn vid dessa tillfällen, utan förklarade och lät mamman själv hitta rätt position. Om behov fanns erbjöds extra hembesök i mån av tid.

Informanterna upplevde en trend att många föräldrar gav modersmjölksersättning till sina barn när de kom hem från BB, eftersom barnen hade tillmatats där. Det ansågs som vanligt att föräldrar själva tog beslutet att ge sitt barn modersmjölksersättning, utan att konsultera BHV. Detta kunde delvis bero på att mamman lyssnade på vänner och bekanta som gett ersättning till sina barn samt att det var lättillgängligt när bröstmjölksproduktionen och amningen inte kommit igång. Upplevelsen var också att föräldrarna hade fått otillräcklig information angående amning och modersmjölksersättning på BB. Informanterna såg detta som ett hinder för amning och menade att modersmjölksersättning oftast inte behövdes. Det var viktigt att tala med föräldrarna om att modersmjölksersättning var något som kunde avslutas när bröstmjölksproduktionen och amningen väl kommit igång och fungerade.

”...han går ju upp jättefint i vikt, han går upp så bra och om du ger 30 ml NAN så är det ju inte det han går upp i vikt på utan det är ju din bröstmjolk, du har ju tillräckligt så försök nu den här veckan att inte ge NAN utan lita på att du har tillräckligt [med bröstmjolk]”. (intervju 8)

Lyhördhet till föräldrarnas val av uppfödningssätt

Vid första mötet tillfrågades föräldrarna om hur barnet åt och inte om det ammade, eftersom informanterna inte ville lägga någon värdering i hur föräldrarna gav sitt barn mat. Detta gjorde de för att tidigt visa sitt stöd till föräldrarna, genom att respektera deras val av uppfödningssätt.

”Stötta dem med det [modersmjölksersättning], men inte skuldbelägga dem på något sätt om de nu har valt ersättning och säga att det är fel på något sätt, utan det är ju ändå bra mat. Så att de inte känner sig som dåliga föräldrar. Det kan vara en balansgång ibland, att man ändå måste acceptera deras val, men ändå stötta dem”. (intervju 3)

Trots denna lyhördhet var alla informanter överens om att de pratade för amning under det första mötet med familjen, men det viktigaste var inte vilket uppfödningssätt som valdes, utan att vara observant på harmonin i familjen och arbeta för att stärka denna. Lyhördhet var det ledord de arbetade efter. Alla informanterna betonade att de försökte ta reda på mammans verkliga vilja när det gällde amning eller inte amning. Vilde föräldrarna inte amma, accepterades deras val och de stöttades fullt ut i det.

”För att det är faktiskt läge i en familj [att respektera att amningen inte fungerar] där de känner att amningen är en plåga och där de känner att det inte fungerar och de försöker och försöker och tillslut är det på bekostnad av hela familjen”. (intervju 2)

”Det viktigaste är att mamman mår bra, att barnet mår bra och att barnet får mat i sig. Annars så kan vi glömma det här med amning”. (intervju 5)

I de fall där mamman valt att inte amma eller där informanterna upplevde att mamman kände tveksamhet till amning, kunde en del informanter fråga mamman om anledningen till varför. Detta på grund av att de ville veta vilken information de skulle använda sig av samt för att få en större förståelse för mammans val.

”Det kan också vara så att den här kvinnan har varit utsatt för övergrepp, eller annat som gör att man faktiskt inte vill/kan amma. Och då är det rätt bra att veta det, också. Så att det

inte blir en belastning för den här kvinnan sen när hon har fött barnet, då har man pratat färdigt om det och då går man vidare, på något sätt". (intervju 10)

Standardiserad amningsinformation i samspel med föräldrarna

Informanternas utbildning varierade något, men skillnaderna hade ingen betydelse för den amningsinformation som gavs, alla uppgav att de följde gällande riktlinjer. Flera av informanterna uppgav också att personliga erfarenheter inte präglade deras information, utan att de arbetade efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Någon informant uppgav, för att samspela med föräldrarna bad hon mammor berätta vad de visste och hade läst om amning samt var de fått amningsinformationen ifrån. Detta för att kunna bemöta mammornas kunskap och värdera trovärdigheten i informationen.

Alla informanter ansåg att framförallt muntlig information var av vikt för att få till en lyckad amning. En del av informanterna deltog i amningsinformation redan innan förlossningen. Informanterna och barnmorskan informerade då gemensamt om amning på föräldraträffar inom mödrahälsovården. Andra informanter var av åsikten att det fanns risk för att föräldrarna inte var mottagliga för amningsinformation så tidigt, eller att de hann glömma den igen.

Stora skillnader fanns i vilken omfattning skriftlig amningsinformation delades ut. En del gjorde det på rutin och en del ansåg att det inte fanns någon mening att lämna ut skriftlig information, på grund av att de upplevde att föräldrarna inte läste den. Andra informanter uppgav att de hade många föräldrar av utländsk härkomst som inte kunde läsa eller förstå svenska språket. Då använde de sig av muntlig information genom tolk och översatt skriftlig information. En av informanterna efterlyste bilder som informationsmaterial.

Vid hembesöket och under efterföljande BHV- mottagningsbesök, gavs individuell information i olika omfattning, om amningens fördelar och förebyggande av amningsproblem som skulle kunna komma framöver.

"Sen kan jag informera om alla positiva fördelar [med amning], men jag brukar inte heller rabbla ut allting under första mötet, man får ta det lite var de står, är det första barnet eller är det tredje, fjärde, femte barnet". (intervju 3)

En del gav mer ingående information om barnets anatomiska förhållanden, för att visa på att barnet inte kunde ta emot så mycket mat i början och att bröstmjölksproduktionen var anpassad efter detta.

”...visa de här modellerna om hur bebisens magsäck ser ut, att det finns liksom en pytteliten kula när de föds och en som är lite större vid tre dagar”. (intervju 1)

En stor del av informanternas stöd vid amningsstart var att uppmuntra mammorna. Det ansågs som viktigt att bekräfta mamman i hennes amningsarbete och försöka stärka hennes tilltro till egen förmåga. Detta gjordes bland annat genom att barnet vägdes för att på detta vis bekräfta att mammans bröstmjolk räckte.

Verklighetsförankra amningen till vardagslivet

Amningsstöd för att underlätta önskad livsstil

Informanterna informerade om att amning bör ses som ett heltidsarbete. Upplevelsen var att många föräldrar förväntade sig att amningen bara skulle fungera av sig själv, när barnet fötts. Känslan var att föräldrar inte var förberedda på att amning skulle vara tidskrävande och arbetsamt.

”...man vill att det ska fungera direkt, liksom schoong så är man igång. Men jag brukar plocka ner mammorna också direkt och säga det här är något du måste jobba på för att det ska fungera, ge det några veckor, det här är ett heltidsjobb”. (intervju 9)

En del av informanterna upplevde att många föräldrar inte var beredda att ge upp sin tidigare livsstil. Informanterna uppgav att mammornas livsstil kunde utgöra hinder för amning och att amningen inte hade särskilt hög status, eftersom föräldrar ansåg att modersmjölkersättning var ett fullgott alternativ.

”Så att man sätter, tycker jag ibland fokus lite snett. För att från vår sida, eller min sida, så känner jag att har man nu valt att skaffa barn och bilda familj, vad är viktigare då än det här nyfödda barnet?”. (intervju 9)

Ibland hade informanterna upplevt att mammorna ville komma igång snabbt att träna efter förlossningen, att hitta tillbaka till sin egen kropp, vilket ofta ledde till att föräldrarna gav barnet modersmjölksersättning vid dessa tillfällen.

”... jag vet inte om jag är rätt så hård, men jag brukar säga: Du kommer aldrig att bli ditt gamla jag, det här är ditt nya jag, så här är det nu”. (intervju 9)

De informanter som träffade mammor från andra kulturer, uppgav att en del mammor inte ville amma offentligt och att det kunde utgöra ett hinder för amning. Detta för att mammorna då gav modersmjölksersättning på flaska, vilket kunde bidra till att barnet föredrog flaskuppfödning.

”...och sen kan det också vara så att mammorna är ute och många utländska mammor vill inte amma ute. Alltså vi har ju många kulturer här som inte ammar öppet... och då har de ju flaska med sig och då fungerar ju kanske amningen sämre ”. (intervju 4)

Råden som gavs för att känna sig bekväm med att amma offentligt var att det fanns stora sjarlar som mamman kunde svepa om sig och barnet eller att välja en avskild plats, alternativt använda skötrum som finns på offentliga platser.

Konkreta råd och åtgärder vid vanliga amningssvårigheter

Såriga och ömma bröstvårtor ansågs vara ett vanligt förekommande problem hos mammorna och något som informanterna lade mycket tid på att informera om både innan och efter problemet hade uppstått. Rekommendationerna var att smörja med bröstmjolk eller Purelansalva och lufta brösten. Även hjälpmedel som amningsnapp och bröstpump föreslogs för att läka såren. Det uppgavs att mammor var oroliga när barnet kräktes blodtillblandad mjölk, efter att ha ammat på ett sårigt bröst. Information gavs då till mammorna att detta var ofarligt. Smärta upplevdes av informanterna som en stor anledning till att mammor gav upp amningen i förtid.

”...det försöker man förklara för dem, att det kan ju faktiskt göra ont ju. Sen ska det ju inte göra ont hela tiden eller så, men man märker på föräldrar idag att de har ju inte ro att liksom ta det här, det första obekväma”. (intervju 7)

Att berätta för föräldrarna att barnet behövde ammas lite och ofta i början ingick alltid i informationen, dels för att stimulera bröstmjolkproduktionen och dels för att barnets magsäck skulle få tid att anpassa sig.

”Och jag försöker då att förklara hur det fungerar helt enkelt, det här med amningen, tillgång och efterfrågan så att säga att eeh ... att det produceras i den takten som barnet behöver och man låter barnet få fri tillgång till bröstet och att det är viktigt i början för att få igång amningen, att man inte ska vara bekymrad över det och att barnet äter väldigt ofta i början och så... ”. (intervju 2)

Amningens betydelse för en god anknytning mellan mamman och barnet informerades det om, för att uppmuntra till fortsatt amning, trots att mammor upplevde amningen som besvärlig. De informerades även om att barn som av någon anledning fick modersmjölksersättning skulle ligga hud mot hud med sina föräldrar för att skapa denna anknytning. Om flaskmatning förelåg rekommenderades det att endast föräldrarna skulle vara involverade i matsituationen, för att stärka anknytningen mellan barn och föräldrar.

För att utveckla en god relation till föräldrarna, uppgav några informanter att de uppmuntrade föräldrarna att tillämpa de amningsråd som de gemensamt kommit fram till och ge respons på hur de upplevde dessa i nästa möte med familjen. Detta ansågs också leda till att informanterna förbättrade sin amningsstödjande roll.

Inge föräldrarna mod att tro på kroppens förmåga att amma

Skapa insikt i hur bröstmjölksproduktionen stimuleras

En oro och rädsla som enligt informanterna var allmänt utbredd hos mammor var att ha otillräckligt med bröstmjolk. Många ansåg att eftersom ersättning ofta hade getts under BB vistelsen, så fick föräldrarna från början en oro över tillgången till bröstmjolk. En annan orsak

till oro som uppgavs, var när barnen ammat en period och bröstet förändrades och mammorna trodde att mjölken var slut. Informanterna informerade om att bröstet förändrades efter hand och uppmuntrade mammorna att lita på sin kropp och se till barnets signaler. Om barnet verkade nöjt, så var det oftast det.

”Jag vet inte varför man inte liksom litar till sig själv och sin tilltro. Ehh ... det är den vanligaste orsaken jag får [till att sluta amma], jag tror inte att det räcker. Och jag tycker det känns lite konstigt ibland, för man är så upplyst och man googlar och man söker informationen på allt annat så här, men att läsa mer om det här med amning och så, en del gör väl det, men ändå så känner man den här lilla oron”. (intervju 9)

Informanterna upplevde att de behövde arbeta med föräldrarnas kontrollbehov avseende modersmjölksmängden, för att öka självtilliten för amning. De uppgav att många föräldrar gärna ville ha ett kvitto på hur mycket mat deras barn fick i sig, vilket var en av anledningarna till att föräldrar tog till modersmjölksersättning. För att hjälpa föräldrarna användes barnets viktkurva som redskap, för att visa att bröstmjölken var tillräcklig.

”Ja, flera gånger har jag försökt att de kan prova utan tillägg och komma och väga extra, och barnet går upp jättebra i vikt. Njae, säger de då, nej de litar inte på att det får i sig”. (intervju 4)

Det ansågs självklart att vid varje möte med föräldrarna fråga mamman hur hon upplevde matsituationen och hur hon mårde. Det upplevdes som viktigt att mamman var nöjd med amningssituationen, för att hon skulle känna motivation att fortsätta amma.

Informanterna upplevde att olika råd från olika rådgivare gjorde mammor osäkra. De menade att det var viktigt att mammorna tog till sig de råd som kändes bra och sedan hittade sitt eget sätt, fungerade inte ett råd så kunde något annat provas.

Stärka pappans roll i amningsarbetet

Informanterna betonade att pappan var ett viktigt stöd för mamman i amningssituationen. Därför ansåg de att det var betydelsefullt att göra pappan delaktig, så att föräldrarna arbetade

som ett team med amningen. Pappan skulle få samma information som mamman, så att båda skulle vara införstådda med att amning berörde hela familjen.

”Och att det liksom blir ett, ett teamarbete här i paret va, för att kvinnan ska lösgöra tid för amning”. (intervju 10)

Det uppgavs dock att det inte alltid var så lätt att nå alla pappor, då pappan inte alltid var närvarande under hembesöket och mamman ofta själv kom till BHV- mottagningen.

”...det handlar om mycket stöd och att även kanske stötta partnern i att stötta kan jag tycka känns viktigt”. (intervju 2)

Pappor med otillräcklig information uppgavs vara mer benägna att föreslå modersmjölksersättning när mamman var trött och sliten.

”... många män har då förmågan att när de ser att kvinnan blir dödstrött och hon gör inget annat än att ammar, hon har ont och är sårig [på bröstvårtorna] och tillslut så säger han att vi ger flaska istället”. (intervju 2)

Upprätthållande av amning i ömsesidig förståelse

Uppmuntran till fortsatt amning och naturlig avvänjning

Det uppgavs att många föräldrar, framförallt förstagsföräldrar var nyfikna på att ge puréer, vilket kunde hämma enbart amning i sex månader. Här var informanterna noga med att poängtera till föräldrarna att smakportionerna borde vara små och inte ta över amningsmål.

Barnets tillväxtfaser var något som informanterna ibland upplevde som ett hinder för upprätthållande av amningen och därmed något de försökte förekomma. Information gav därför om att barnet under tillväxtfasen kommer att vilja äta ofta, för att hitta balans i tillgången på bröstmjölk. Mammorna rekommenderades att intensivamma, oftast ett till två dygn, för att öka bröstmjölkproduktionen.

”... försöker förekomma när jag vet att de börjar närma sig en tillväxtfas, för då kommer de snart att börja kräva mer mat, så försöker jag förklara att nu kommer det snart ... och så tror mamma ok nu har jag slut på mjölk och så åker de och köper ersättning”. (intervju 1)

Det fanns en enighet bland informanterna om att de mammor som hade en etablerad amning sällan hade problem med att upprätthålla den. När amningen fungerade var hela familjen nöjd och informanterna uppgav att dessa mammor tyckte att det var så praktiskt att alltid ha maten med sig och slippa diska flaskor samt att det var kostnadseffektivt.

Ibland var det barnets behov som gjorde det svårt för mamman att upprätthålla amningen, trots att mamman hade den ambitionen. Vissa barn vill inte amma de rekommenderade sex månaderna. En av orsakerna kunde vara att barnet hade fått smak för riktig mat. I dessa fall fick de bekräfta mamman, genom att säga att hon hade gjort vad hon kunde och att barnet var tillfredsställt.

Informanterna upplevde att mammor oftast uppgav att deras barn var ledsna på kvällen och natten och att de gärna då ville ge modersmjölksersättning. De flesta bemötte detta genom att informera mammorna om att det inte alltid är mat som är behovet, utan det kan bero på behov av närhet eller en störd nattsömn, som kan ses under vissa utvecklingsperioder.

Diskussion

Metoddiskussion

För att beskriva BHV- sjuksköterskans upplevelse av att ge stöd som stärker föräldrars, i synnerhet mammors, amningsbenägenhet och upprätthållande av amning, valdes kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Kvalitativa metoder används enligt SBU (2013) för att skapa djupare förståelse för subjektiva upplevelser av olika fenomen, vilket stämmer med vårt syfte. Intervju som datainsamlingsmetod valdes för att försöka förstå hur informanterna tänker och känner. Kvale och Brinkmann (2009) menar dock att människors beteende bör studeras genom informella intervjuer och gärna kompletteras med till exempel observation av det faktiska beteendet. Detta för att på ett mer sanningsenligt sätt kunna beskriva informanternas innebörder och underförstådda uppfattningar. Författarna menar att eventuell

fortsatt forskning inom området skulle kunna vara en observationsstudie för att ytterligare fördjupa insikten i ämnet.

Forskningsintervjuer inom kvalitativ forskning handlar enligt Kvale och Brinkmann (2009) om intervjuarens förmåga att fånga upp den omedelbara samt den möjliga innebörden av ett svar. För detta krävs kunskap om och intresse för forskningsämnet samt känslighet för det sociala samspelet. Eftersom författarna inte tidigare gjort forskningsintervjuer, genomfördes en pilotintervju (Kvale och Brinkmann, 2009). Pilotintervjun gjordes med en sjuksköterska som arbetar inom den slutna spädbarnsvården. Detta var en viktig förberedelse inför den verkliga datainsamlingen trots att det personliga samspelet under intervjun är av större vikt än formaliserad intervjuteknik (Kvale och Brinkman, 2009). Diskussionen mellan författarna efter pilotintervjun gav insikter som var viktiga och inga ändringar i intervjuguiden ansågs nödvändiga. Pilotintervjun är inte med i resultatet då informanten inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Det var svårt att rekrytera informanter, då många verksamhetschefer inte svarade på förfrågan på grund av tidsbrist och nytt journalsystem. Efter påminnelsen som skickades ut till verksamhetschefer som inte svarat, tog författarna beslutet att vända sig direkt till BHV-sjuksköterskor med förfrågan om att delta i studien. Detta är inte förenligt med de etiska riktlinjerna enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013), då frivilligheten att delta i en studie kan åsidosättas. Det kan sätta informanterna i en svår sits när de får förfrågan och vill delta, men samtidigt ombeds påverka verksamhetschefen till ett medgivande. Efter den personliga förfrågan följdes Helsingforsdeklarationens riktlinjer för inhämtande av informerat samtycke. För att förvissa sig om att informanterna hade gett sitt medgivande frivilligt, diskuterades under intervjuerna svårigheten med att rekrytera informanter, med berörda informanter.

Att det finns variation i urvalet av informanter är viktigt för kvalitativa studier, för att få en ökad förståelse för ämnet (SBU, 2013). Urvalets variation kan anses som en styrka då informanterna arbetar inom flera olika typer av BHV-enheter och arbetar med familjer som lever under olika levnadsförhållanden. Informanterna representerade också olika åldrar och antal tjänsteår inom BHV. Svagheter är att det inte ingår några män i studien och att informanterna har rekryterats från ett begränsat geografiskt område. Det är allmänt känt att

det inte är så många män som arbetar inom BHV, så denna begränsning har en naturlig förklaring. När det gäller det begränsade geografiska området kan resultatet från denna studie ses som en pilotstudie, som kan lägga grund för en forskningsstudie, då litteratursökningen visade att det förefaller finnas en brist på studier med denna inriktning.

Under datainsamlingen försökte författarna ha ett öppet förhållningssätt, för att fånga informanternas egna upplevelser utan att lägga in egna värderingar. Intervjuernas duration varierade, troligtvis beroende på intervjuarnas ovana inom intervjuteknik, då det blev tydligt att de sista intervjuernas innehåll blev rikligare. Hur länge intervjuer varar och hur meningsinnehållet framkommer, kan bero på både intervjuare och intervju personer (Kvale och Brinkman, 2009). Enligt Trost (2011) kan det vara ett gott stöd att vara två vid intervjutillfällena och författarna såg varje intervju som ett inläringstillfälle, på grund av bristen på erfarenhet. Studiens giltighet kan ha påverkats av intervjuovanan. Informanter kan uppleva ett underläge med två intervjuare för att det är forskaren som styr ämnesvalet och följdfrågorna (Trost, 2011). Informanterna gavs innan intervjun möjlighet att visa sin inställning till detta och ingen informant hade några invändningar.

Tio intervjuer genomfördes och enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det inte antalet intervjuer som är avgörande för kvalitativa studier, utan innehållet och djupet i berättelserna. Några informanter berättade självmant mycket innehållsrikt om ämnet, medan andra behövde frågor och följdfrågor. Antalet intervjuer och intervjuernas innehåll bedömdes som tillräckligt för genomförande av dataanalysen.

Graneheim och Lundman (2004) menar att forskarens förförståelse och erfarenhet i ämnet har betydelse för studiens trovärdighet, då förförståelsen kan påverka både datainsamlingen och analysprocessen. Författarna hade viss förförståelse. Graneheim och Lundman (2004) betonar att det bör finnas en medvetenhet om att forskaren alltid är delaktig, genom att vara medskapare av texten under intervjun. Resultatet i en intervjustudie kan därför inte ses som oberoende av forskaren, eftersom forskarens förförståelse är en viktig del i tolkningsprocessen. Förförståelsen har haft i åtanke genom hela analysprocessen. Studien har en induktiv ansats som anger att analysen skall genomföras förutsättningslöst, utifrån den intervjutext som erhållits. Kvalitativ innehållsanalys valdes för att identifiera skillnader och likheter i texten på ett systematiskt sätt (Graneheim och Lundman, 2004). Valet

föll på Graneheim's och Lundmans innehållsanalysmodell, eftersom dessa presenterar analysstegets olika steg på ett sätt som tilltalade författarna. Det krävdes dock mycket tid och arbete för att förstå hur analysen skulle appliceras på insamlad data. Det finns både manifest och latent innehållsanalys, den manifesta beskriver det uppenbara i texten, medan den latent innebär tolkning av underliggande mening (Graneheim och Lundman, 2004). Författarna valde att fokusera på det manifesta i texten med inslag av viss tolkning, det vill säga det latent innehållet, då det under analysprocessen framkom en djupare förståelse för innehållet. Detta gjorde att kategorierna och subkategorierna fick en något högre abstraktionsnivå, utan att författarna gör anspråk på att den latent analysen är fullständig.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks giltigheten i analysen, när flera personer analyserar samma text och därmed ökar analysens trovärdighet. Författarna har både analyserat tillsammans och enskilt samt därefter diskuterat och jämfört resultatet, tills enighet uppnåtts. Trovärdigheten har också stärkts, då studien har kritiskt granskats vid seminarier där både forskare och studenter deltagit. När det gäller överförbarheten av studiens resultat, menar SBU (2013) att detta till stor del ligger hos läsaren att fundera över. Genom studien har författarna fått fördjupade insikter i berört ämne och i användandet av forskningsmetodik. Studiens resultat kan ligga till grund för diskussioner inom BHV och väcka reflektioner som kan utveckla amningsstödet till föräldrar.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanternas första möte med den nyblivna familjen kan föregås av telefonkontakt, för att erbjuda hembesök. Hembesöket beskrivs som ett sätt att utveckla en relation och därigenom skapa tillit mellan BHV- sjuksköterskan och familjen. Därefter erbjuds kontinuerligt stöd i form av extra hembesök om föräldrarna så önskar, alternativt täta besök på BHV- mottagningen. Denna tidiga personliga kontakt och fortlöpande stöd är helt i enlighet med resultatet i Cochrane-översikten av Renfrew et al. (2012). Den svenska studien av Jansson et al. (2002) visade även att, om första mötet med BHV- sjuksköterskan skedde via hembesök, upplevde mödrar att den personliga kontakten ökade tilliten till BHV- sjuksköterskan och att amningsvägledningen var tillfredsställande.

Informanterna använder sig av en amningsfrämjande policy, där de följer mammans upplevelser av förlossningen och amning på BB. Informanterna ger också likvärdig information som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, på ett sätt som passar den individuella familjen. Detta stöds av Persson, Fridlund, Kvist & Dykes (2010), som intervjuat mammor som uttrycker att de ville bli bemötta på detta vis. Informanterna ger information om amningens hälsofördelar, hur bröstmjölken bildas och mammorna uppmuntras att amma ofta under första dygnet. Denna information följer helt de rekommendationer som finns för BHV-sjuksköterskor, avseende amning (Livsmedelsverket, 2014; Rikshandboken, 2012; SOSFS 2008:33; Unicef, 2011).

Förhållningssättet till nyblivna föräldrar, i synnerhet mamman, präglas av respekt och öppenhet för föräldrarnas amningssituation. Oberoende vilket uppfödningssätt, amning eller modersmjölksersättning, som föräldrarna väljer för barnet, menar informanterna att alla föräldrar har rätt till samma stöd och förståelse. Betoningen ligger på att aldrig skuldbelägga en kvinna som inte vill amma och att alla familjer har rätt att få den hjälp de behöver, detta framgår i SOSFS 2008:33. Hörnell, Hernell & Silfverdal, (2013) visar också att samma respekt och ödmjukhet måste visas inför de kvinnor som av olika skäl inte bör, kan eller vill amma.

Upplevelsen hos informanterna förefaller vara att deras amningsstöd har god effekt på amningsbenägenheten. Detta stöds genom studien av Graffy & Taylor (2005), där det framkom att mammor ville ha stöd och uppmuntran i sin amning, men samtidigt inte känna någon press. I Almqvist-Tangen, Bergman, Dahlgren, Roswall & Alms (2012) enkätstudie, omfattande 2666 nyblivna föräldrar till fullgångna och inte helt fullgångna friska barn, utvärderades faktorer förknippade med amningsstopp under de första fyra veckorna. Av föräldrarna uppgav 68 procent att de hade fått amningshjälp och 97 procent av dessa var nöjda med stödet, i form av hembesök och information från BHV. Det kunde dock inte visas att detta stöd hade signifikant effekt på amningsbenägenheten. I studien av Bai et al. (2009) visades att mödrar slutade amma innan sex månader beroende på för dålig information i relation till amningskomplikationer. Almqvist-Tangen et al. (2012) menar att det behövs fler studier som utvärderar effekten av BHV-sjuksköterskornas amningsstöd.

Informanterna i vår studie, liksom forskarna i Almqvist-Tangen et al. (2012), Palmér et al. (2012) samt Weimers et al. (2008) menar att om föräldrar får amningsråd från många olika vårdgivare, släktingar och vänner, kan de bli förvirrade. Detta kan påverka amningsbenägenheten negativt, trots att informanterna försöker etablera en tillit mellan sig och föräldrarna. Informanterna menar dock att det inte alltid behöver vara en nackdel med flera olika råd, utan detta kan ge mammorna en möjlighet att prova sig fram. Enligt Lööf-Johansson (2013) kunde mammor som fick motsägelsefulla råd från olika vårdgivare, välja sitt eget sätt och litade då på sin egen förmåga.

Några informanter samarbetar med mödrahälsovården och deltar i föräldraträffar, där amning diskuteras, tillsammans med barnmorskan för att stärka amningsbenägenheten och gynna amningsstarten. Upplevelsen är att föräldrar behöver fundera över uppfödningssätt innan barnet är fött, då det kan underlätta amningen efter förlossningen. Graffy & Taylors studie (2005) visade att mammor önskade tidig information för att kunna bemöta och bemästra eventuella amningshinder. I den amerikanska kvantitativa studien av Odum, Li, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn (2014), tillfrågades 2 041 mödrar fyra veckor efter förlossningen, om de ammat sitt barn och hur familjemedlemmar och hälso- och sjukvården påverkat deras beslut kring amning. Det framkom att, om den hälso- och sjukvårdspersonal mamman träffade innan förlossningen föredrog enbart amning, så var mammorna mer benägna att börja amma efter förlossningen. Trots att det anses positivt med tidig information, menar vissa informanter att det finns en risk att föräldrarna hinner glömma innan det är dags att börja amma.

En reflektion som informanterna gör är att många barn tillmatas med modersmjölksersättning på BB, även i fall då ingen medicinsk indikation finns. Detta ses som ett hinder för att få en etablerad amning, eftersom föräldrarna tror det är något barn behöver och informanterna måste övertyga föräldrarna om att modersmjölksersättning oftast inte behövs. Detta ses även i en artikel från barnmorskeförbundet, där det framkommer att BHV- sjuksköterskor slagit larm om mer frekvent tillmatning på BB (Zwedberg & Hjærtmyr, 2012). De uppger även att det blir svårt för föräldrarna att ge upp modersmjölksersättning, för att ägna sig åt enbart amning. I en norsk enkätstudie där 29 621 kvinnor ingick, framkom det att barn som blivit tillmatade under första levnadsveckan, hade en sex gånger högre risk för att enbart amning skulle avslutas, redan under första månaden (Häggkvist, Brantsaeter, Grjibovski, Helsing, Meltzer & Haugen, 2010). I en brittisk kvalitativ studie av Furber & Thomson (2006), där 30 barnmorskor

intervjuades om deras synsätt på uppfödning, framkom det att modersmjölkersättning gavs till barn utan medicinsk indikation. Orsaken till detta var att barnmorskorna ville avlasta mamman så att hon fick sova. Detta arbetssätt går emot WHO's tio steg till lyckad amning (WHO, 1989) samt socialstyrelsens föreskrifter om uppfödning (SOSFS 2008:33). I artikeln av Zwedberg & Hjärtemyr (2010), föreslås det att barn som blivit tillmatade på BB ska följas upp tills det att tillägget är borta och amningen fungerar, vilket informanterna i vår studie gör.

Amningsråden består till en stor del av att stärka mammans tilltro till egen förmåga. Mammans förväntningar på amning stämmer inte alltid överens med verkligheten, vilket kan leda till dålig självkänsla hos mamman. Detta framkommer även i studierna av Guyer et al. (2012) och Palmér et al. (2012). Informanterna väger barnen för att bekräfta att amningen är fullgod. En av informanterna funderar kring att fokus inte ska ligga på vikten, utan hur barnet mår. Detta för att mamman ska kunna lita på sin egen förmåga och se barnets välmående som en bekräftelse på att amningen fungerar. Här tillämpas Orem's (1991) omvårdnadsteori av informanterna, det vill säga att de informerar och ger stöd för att öka mammans självkänsla så att mammans egenvård stärks. Dock anger ingen av informanterna att de arbetar efter någon omvårdnadsteori.

Flertalet informanter upplever att det finns en trend idag att ge modersmjölkersättning istället för att amma. Amningen upplevs inte ha så hög status och föräldrar upplevs se modersmjölkersättning som ett fullgott alternativ. En del upplever att mammorna inte vill förändra sin aktiva livsstil och att de har ett behov av att snabbt återfå sin kropp, detta syns även i studien av Guyer et al. (2012). Andra uppger kulturella betingelser, som att offentligt inte vilja amma, som ett hinder för enbart amning, vilket även ses som ett resultat i studien av Bai et al. (2009). Informanterna råder mammorna vid dessa tillfällen, att försöka acceptera den förändrade livssituationen, när det kommer till att återfå sin forna kropp samt att använda sjal eller amningsrum vid offentlig amning.

Smärta vid amningskomplikationer uppges som en orsak till hinder för amning, detta stöds även i studien av Guyer et al. (2012). Informanterna ger konkreta råd vid vanliga amningssvårigheter såsom såriga bröstvårtor och ömmande bröst, i enlighet med gällande rekommendationer (Rikshandboken, 2011). Informanterna uppger att det i informationen till föräldrarna, framgår att amning bör ses som ett heltidsarbete och att hinder troligtvis kommer

att uppstå längs vägen samt hur dessa hinder kan överkommas. Detta stöds av Graffy & Taylors studie (2005) som visade att kvinnor önskade just denna information. Informanterna upplever att mammor ofta tror att de inte har nog med bröstmjolk till sina barn, vilket också visas i studien av Bai et al. (2009) och Palmér et al. (2010). För att stärka mammans tilltro till att bröstmjölken är tillräcklig, informeras det om hur denna produceras. I Graffy & Taylors studie (2005) framkom det att mammor blev trygga av att få kunskap om amningsfysiologi. Amning kan vara ett sätt för mamma och barn att skapa en fin anknytning enligt informanterna och detta sågs även i Guyer et al. (2012), där mammor uttryckte att bandet stärktes genom amning. Informanterna menar att anknytning även kan skapas till barn som flaskmatas, genom att lägga barnet hud mot hud och då endast hos föräldrarna.

Informanterna upplever att det är viktigt att ge pappan samma information om amning som mamman får, detta för att han ska kunna känna sig delaktig och att föräldrarna ska kunna arbeta som ett team. I intervjustudien av Fägerskiöld (2008), där 20 pappor deltog, framkom att de flesta vårdgivare förberedde papporna för den nya livssituationen. Informanterna i vår studie ger föräldrarna information om att pappan kan göra allt utom att amma. I Fägerskiölds studie (2008) ville papporna vara delaktiga i allt rörande barnet, men de upplevde en känsla av utanförskap gällande amning. En del informanter uppger att pappan ibland kan föreslå modersmjölksersättning när mamman är trött, detta visar sig även i studien av Guyer et al. (2012). En pappa i studien av Fägerskiöld (2008) uppgav att han tidigt gav modersmjölksersättning på natten, trots vetskapen om att amning var bäst för barnet. Detta gjorde att han kände sig betydelsefull samt att han låg steget före de andra papporna anknytningsmässigt.

Vid alla besök på BHV frågar informanterna hur matsituationen ser ut och inte hur amningen fungerar. Detta för att eventuellt inte skuldbelägga en mamma som lagt ned amningen. Skuldkänslor var vanligt förekommande hos mammor som avslutade amning i förtid (Guyer et al., 2012). Information ges om att smakportioner inte bör konkurrera ut amningsmål, förrän sex månaders ålder, detta enligt rekommendation från Livsmedelsverket (2014).

Konklusion och implikationer

Denna studie belyser BHV- sjuksköterskans upplevelse av att ge amningsstöd till nyblivna föräldrar. Föräldrar, framför allt mammor, har ofta förväntningar på amningen som inte alltid stämmer överens med verkligheten (Guyer et al., 2012). BHV- sjuksköterskan arbetar med att stödja och stärka föräldrar, för att förekomma och hantera amningshinder. Det framkommer att information ges med respekt och lyhördhet, enligt gällande rekommendationer, på ett sätt som passar den individuella familjen. Det finns en oro hos BHV- sjuksköterskorna över den sjunkande amningsstatistiken och det frekventa användandet av modersmjölksersättning (Zwedberg & Hjärtemyr, 2010). Författarna efterlyser ett ökat samarbete mellan professionerna. Mycket av resultatet i studien stärks av andra studier, men det finns också motsägelsefulla resultat, vilket gör att det förefaller finnas behov av ytterligare utvärdering av BHV- sjuksköterskornas amningsstöd.

Referenser

Almqvist-Tangen, G., Bergman, S., Dahlgren., J., J, Roswall., & Alm,B (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica*, 101(1), 55-60.

Amningshjälpen.(2013). *Om amningshjälpen*. Hämtad 19 november, 2013, från Amningshjälpen, >http://www.amningshjalpen.se/index.php?option=com_content&view=article&id=222&Itemid=94<

Bai, YK., Middlestadt, SE., Peng, C-YJ.,& Fly, AD. (2009). Psychosocial factors underlying mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 22, 134-140.

CODEX, Centrum för forsknings- & bioetik. (2013). *Forskning som involverar människan*. Hämtat 27 December, 2013, från CODEX, ><http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml><

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Danagårds.

Edenwall, H., Delvert, J., & Ekman, E. (2014). Vanliga problem under småbarnsåren. I H. Ramström (Red.), *Läkemedelsboken*, (s.172-200). Elanders Sverige AB.

Furber, CM., & Thomson, AM. (2006). "Breaking the rules" in baby-feeding practice in the UK: deviance and good practice? *Midwifery*, 22(4), 365-376.

Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scand J Caring Sci*, 22, 64-71.

Graffy, J., & Taylor, J. (2005). What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth*, 32(3),179-86.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Guyer, J., Millward, L-J., & Berger, I. (2012). Mothers breastfeeding experiences and implications for professionals. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 724-733.

Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of clinical nursing*. 17, 1132-1143.

Hanson, L.Å., Blennow, M., & Silfverdal, S-A. (2011). Oetiskt att inte ge amningsråd. *Läkartidningen*, 108(40), 1974-1975.

Hägkvist, A-P., Brantsaeter, AL., Grjibovski, AM., Helsing, E., Metzger, HM., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian mother and child cohort study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076-2086.

Hörnell, A., Hernell, O., & Silfverdal, S-A. (2013). Amning och tillvänjning till fast föda för friska fullgångna barn. *Läkartidningen*, 8.

Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B., & Thorsdottir, I. (2013) Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food & Nutrition Research*. 12(57), 1-27.

Jansson, A., Sivberg, B., Wilde Larsson, B., & Udén G. (2002). First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr*, 91, 571-577.

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

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lagerberg, D., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring: resultat av ett interventionsförsök*. Stockholm: Gothia Förlag och Fortbildning AB.

Livsmedelsverket. (2014). *Bra mat för barn 0-5 år:Handledning för barnhälsovården*. Hämtad 26 september, 2014, från Livsmedelsverket, >http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/personalhandledning_bhv_barn_0_till_5.pdf<

Lowdermilk, D L, & Perry, S E. (2006). *Maternity Nursing*. (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Lundman, B., & Hällgren- Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Löf-Johanson, M., Foldevi, M., & Rudebeck, CE. (2013). Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 38-44. doi: 10.1089/bfn.2012.0008

Odum, EC., Li, R., Scanlon, KS., Perrine, CG., & Grummer-Strawn, L. (2014). Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mothers breastfeeding decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(8), 1203-7.

Orem, D.E. (1991). *Nursing: concepts of practice*. (4th. ed.) St. Louis, MO: Mosby.

Palmér, L. (2010). Stöd vid amning. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (s. 205-219). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2010). Breastfeeding: unexistential challenge-women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home-discharge in Sweden. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5. doi: 10.3402/qhw.v5i3.5397

Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: existential lostness as a mother – women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, (7,)1-10.

Pereira, PF., Alfenas, RdC., & Araujo, RM. (2013). Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *Jornal de Pediatria*. Från > <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713001782><

Persson, EK., Fridlund, B., Kvist, LJ., & Dykes, A-K. (2010). Mothers sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105-116.

Renfrew, M-J., McCormick, F-M., Wade, F., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mother with healthy term babies. *The Cochrane Library*. DOI:10.1002/14651858.CD001141.pub4.

Rikshandboken. (2011). *Sår och sprickor*. Hämtad 16 oktober, 2014, från ><http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amningsproblem/Sar-och-sprickor/><

Rikshandboken. (2012). *Amningsstöd på BVC*. Hämtad 16 oktober, 2014, från ><http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/BVC-skoterskans-roll-vid-amning/BVC-sjukskoterskan-stalls-infor-olika-situationer/><

Salamon, C-W., Wegnelius, G., Holmgren- Lie, A., Kolskog, E., & Jonsson, G. (2000) Sju års erfarenhet som specifik amningsmottagning: Felaktig amningsteknik och mjölkstockning oftast problemet. *Läkartidningen*, 43(97), 4838-4842.

SBU. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Hämtad 18 januari, 2014 från, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), ><http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden-En-handbok/><

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 27 december, 2013, från Sveriges riksdag, > http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/<

Socialstyrelsen. (2008). *Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Hämtad från Socialstyrelsen, ><http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-16><

Socialstyrelsen. (2013). *Amning och föräldrars rökvanor: Barn födda 2011*. Hämtad 19 november, 2013, från Socialstyrelsen, ><http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-18><

Socialstyrelsen. (2014a). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 26 september, 2014 från ><http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf><

Socialstyrelsen. (2014b). *Amning och föräldrars rökvanor: Barn födda 2012*. Hämtad 26 september, 2014, från
><http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19537/2014-9-37.pdf><

SOFS 2008:33. *Socialstyrelsens föreskrifter om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning*. Hämtad 5 december, 2013, från Socialstyrelsen,
>http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8600/2008-10-33_2008_33.pdf<

Svensson, K., & Nordgren, M. (2011). *Amningsboken*. Södertälje: Natur och kultur.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Unicef. (2011). *Barnkonventionen*. Hämtat 7 november, 2013, från
><http://unicef.se/barnkonventionen><

Weimers, L., Gustafsson, A., & Gustafsson, H. (2008). *Amningsguiden: en guide om amning utifrån WHO/UNICEF:s 10 steg* (2:a uppl.). Tumba: Lena Weimers.

Weimers, L., Svensson, K., Dumas, L., Navér, L., & Wahlberg, V. (2006). Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *International Breastfeeding Journal*, 1(20) doi: 10.1186/1746-4358-1-20

WHO. (1989). *The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding*. Hämtad 19 november, 2013, från WHO,
><http://www.unsystem.org/SCN/archives/scnnewsextractsmay91/ch3.htm><

WHO. (2013). *10 facts on breastfeeding*. Hämtad 19 november, 2013, från WHO,
><http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html><

WMA - World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki-Ethical principals for medical research involving human subjects*. Hämtat 27 December, 2013, från World medical association, ><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/><

Zwedberg, S., & Hjærtmyr, E. (2012). Amningen minskar efter tillmatning av nyfödda på BB. *Jordemodern*, 3, 32-35.

Intervjuguide

Intervjuområden

Berätta om hur du vanligen arbetar med amning/bröstmjölsuppfödning med nyblivna föräldrar i första mötet med dem.

Amnings/bröstmjölsinformation muntlig/skriftlig till nyblivna föräldrar för att amningen skall fungera.

Hjälpmiddel för att stödja amning.

När amningen fungerar – arbete för att upprätthålla amningen under barnets första 6 månader

När amningen inte fungerar – problem som upplevs av mamman, åtgärder för att stödja amningen

Samarbetspartner?

Egen bakgrund för att fungera som amningsstödjare och amningsrådgivare?

Eventuella följdfrågor:

Kan Du ge exempel?

Kan Du berätta lite mer?

Kan Du förtydliga vad Du menar?

Möjligheter och hinder?

Avslutande:

Finns det något som vi inte tagit upp som Du skulle vilja prata om?

Bakgrundinformation

Specialistutbildning distriktsköterska
 barnsjuksköterska

Antal år som BHV-sjuksköterska _____

Kön man
 kvinna

Födelsesår _____

Exempel från analysprocessen.

<p>Utan det handlar väl om vad föräldrparet har för tanke kring det här med amning. Och att vi försöker lyssna in vad deras tankar är och vad deras erfarenheter är och att vi liksom stöttar dem i de besluten som de tar, i det.....</p>	<p>Föräldrarnas tankar och erfarenheter kring amning, att vi stöttar dem i deras beslut.</p>	<p>Stöd i föräldrarnas beslut.</p>	<p>Lyhördhet till föräldrarnas val av uppfödningssätt</p>	<p>Uppstart av amning med medkänsla och kompetens</p>
--	--	------------------------------------	---	---