



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans förhållningsätt i mötet med mödrar som utvecklar ambivalens under amningsperioden

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Fatima Filiz & Ewa Sernrot

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Hösten 2014

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

Sjuksköterskans förhållningsätt i mötet med mödrar som utvecklar ambivalens under amningsperioden

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Fatima Filiz & Ewa Sernrot

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Bakgrund: Eftersom amningen minskar och forskning tyder på att många mödrar stöter på problem finns det ett stort behov av stöd och rådgivning i amningsfrågor för vilka sjuksköterskan inom barnhälsovården [BHV] har huvudansvar. *Syfte:* Syftet var att åskådliggöra sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med mödrar som utvecklar ambivalens under amningsperioden. *Metod:* Tio sjuksköterskor inom BHV intervjuades efter en semistrukturerad intervjuguide, Den transkriberade texten analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2012). *Resultat:* Ur materialet framkom tio underkategorier som bildade tre huvudkategorier: betydelsen av orsaker till ambivalens, sjuksköterskans stöd och amning – ett emotionellt ämne. *Konklusion:* Normer i samhället såsom jämställdhet var svårt för sjuksköterskorna att förhålla sig till. Detta har inte setts i tidigare forskning vilket kan bero på att mycket forskning har gjorts i andra länder där jämställdheten inte har kommit lika långt som i Sverige. Olika råd som gavs från förlossningsenheter [BB] och BHV kunde öka ambivalens hos mödrar och skapa svårigheter för sjuksköterskorna i sitt förhållningssätt. Författarna föreslår ett ökat samarbete mellan BB och BHV.

Nyckelord

förhållningssätt, amning, ambivalens, barnhälsovård, sjuksköterskor

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	3
Organisationer, styrdokument och lagar angående amning	3
Amningsfrekvens	4
Fördelar med amning	5
Orsaker till ambivalens inför amning	6
Stöd och rådgivning	7
Empowerment	9
Den tysta kunskapen	10
Syfte	10
Metod	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	12
Databearbetning	12
Förförståelse	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	15
Betydelsen av orsaker till ambivalens	16
Oro kring barnets viktuppgång	16
Bekymmer den första tiden	16
Tidigare erfarenheter	17
Samhällets ideal	18
Sjuksköterskans stöd	18
Sjuksköterskans rådgivning vid ambivalens	19
Sjuksköterskans erfarenheter	19
Svårigheter i rådgivning	20
Amning – emotionellt ämne	21
Moderns självbestämmanderätt	21
Misslyckad amning – misslyckat moderskap	21
Inflytande av det sociala stödet	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Konklusion och kliniska implikationer	27
Referenser	28
Bilaga 1 (1)	33

Introduktion

Problemområde

Amning är den bästa födan för barnet under de första sex månaderna i livet och enligt barnkonventionen skall barns bästa alltid komma i första rummet (WHO, 2014, Förenta Nationerna, 1989). Ändå visar Socialstyrelsens senaste rapport att amningen i Sverige stadigt minskar (Socialstyrelsen, 2014). Tidigare forskning tyder på att mödrar upplever stort fokus på barnets viktuppgång, vilket kan leda till att de känner sig osäkra på om mjölken räcker till och blir tveksamma till fortsatt amning (Almqvist-Tangen G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J & Alm B, 2011; Brown, Raynor, och Lee, 2011). Svårigheter att etablera en väl fungerande amning kan också leda till ambivalens. En svensk studie av Almqvist-Tangen et. al, (2011) visar att 27 % av mammorna upplever amningsproblem inom de första fyra veckorna efter födseln. Eftersom amningen i stort minskar och forskning visar på att många mödrar stöter på problem som gör att de blir ambivalenta inför fortsatt amning finns det ett stort behov av stöd och rådgivning i amningsfrågor för vilka sjuksköterskan inom barnhälsovården har huvudansvar. Författarna vill genom denna studie åskådliggöra vilka förhållningssätt som sjuksköterskan har i mötet med mödrar som utvecklar ambivalens under amningsperioden.

Bakgrund

Organisationer, styrdokument och lagar angående amning

År 1992 införde Sverige amningsvänliga sjukhus - "Baby Friendly Hospitals Initiative" efter ett initiativ från World health organization [WHO] och The United Nations Children's fund [UNICEF] år 1991 (WHO & UNICEF, 2009). Bakgrunden till initiativet var oron över att amningen minskade i höginkomstländer och att denna negativa trend skulle påverka amning även i låginkomstländer, vilket skulle ha varit katastrofalt för barnhälsa i dessa länder. I bakgrunden fanns också Förenta Nationerna [FN]:s barnkonvention som bland annat värnar om rätten till barns rätt till adekvat uppfödning, inklusive amning och den internationella barnmatskoden, som antogs i Sverige 1983 för att skydda konsumenter mot oetisk marknadsföring av bröstmjölksersättningar (WHO, 1981). "Amningsvänliga sjukhus" bygger

på ”tio steg till lyckad amning”, som är evidensbaserat för hälso- och sjukvårdspersonal att följa (WHO & UNICEF, 2009).

Enligt SOSFS 2008:33 ska informationen som lämnas till föräldrar om uppfödning av spädbarn vara objektiv och otvetydig. Modersmjölkersättning får rekommenderas först efter att det gjorts en bedömning att spädbarnet har behov av ersättning (ibid.). WHO (1981) har utarbetat en internationell kod gällande för marknadsföring av modersmjölksersättningar. Koden kom till på grund av att amning hade en nedåtgående trend. Kodens syfte är att främja en säker uppfödning av spädbarn och att framförallt främja amning (Ibid.). För att ytterligare främja amning tillkom Innocenti-deklarationen 1990 genom ett gemensamt initiativ från WHO och UNICEF med stöd av bland annat SIDA. Dokumentet uppdaterades 2005 (WHO et al., 2005). Innocenti-deklarationen handlar om att främja amningen och därmed förbättra uppfödningen av spädbarn och det framgår bland annat att amning är en folkhälsofråga samt att amning fungerar främjande för små barns immunförsvar. Den gör även gällande att all hälso- och sjukvårdsinrättningar som kommer i kontakt med mödrar och spädbarn är skyldiga att följa de tio stegen för lyckad amning och att varje land som skrivit på deklarationen bör inrätta en nationell amningsamordnare samt en nationell amningskommitté som verkar tvärprofessionellt (Ibid.). I Sverige har folkhälsomyndigheten, Konsumentverket, Livsmedelsverket och Socialstyrelsen tillsammans utformat en strategisk plan för att öka kunskapen om amning och förbättra stöd till kvinnor som önskar amma (Konsumentverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2013). Arbetet riktar sig framförallt till beslutsfattare i kommun och landsting men även till vårdpersonal genom allmänna råd, föreskrifter med mera (ibid.).

Amningsfrekvens

Enligt Socialstyrelsen (2014) är definitionen på enbart ammade ”*Barn som har fått enbart bröstmjolk samt vitaminer eller läkemedel (t.ex. D-vitaminer).*” (ibid.) och delvis ammade ”*Barn som förutom bröstmjolk även fått bröstmjölksersättning, välling, eller annan kost*” (ibid.).

Socialstyrelsens senaste rapport visar att amningen var som högst i Sverige under mitten av 1990-talet, men har sedan minskat mer och mer för varje år (Socialstyrelsen, 2014).

Nedgången blir tydligare ju äldre barnet blir, men de senaste fem åren har även amningsfrekvensen minskat för barn som är två månader gamla. År 2003-2007 ammandes

90,7 procent vid två månaders ålder och år 2008-2012 ammadess 86,6 procent vid två månaders ålder, vilket är en minskning på cirka fyra procent. Vid fyra månaders ålder var minskningen sex procent och vid sju månaders ålder sju procent. Det har dock skett en ökning i landet de fem senaste åren av barn som enbart ammas vid sex månaders ålder, från 11 procent till 14 procent (ibid). I Skåne har det skett en procentuell fördubbling de tre senaste åren av barn som enbart ammas vid sex månader från 7,5 procent år 2010 till 15 procent år 2013. Även antalet barn som delvis ammas vid nio månader och vid tolv månader har ökat de senaste tre åren i Skåne. Det finns dock stora geografiska och socioekonomiska skillnader. Andelen barn som enbart får bröstmjölks vid sex månader varierar mellan som minst fyra procent och som mest 39 procent i de olika skånska kommunerna (ibid).

Fördelar med amning

WHO (2014) rekommenderar amning exklusivt i sex månader då det är det mest optimala för barnets tillväxt, utveckling och hälsa. Enligt Livsmedelsverket (2014) innehåller bröstmjölks all den näring barnet behöver för att växa och utvecklas under sina första sex månader, med undantag för vitamin D. Tidigare studier visar att amning kan reducera risken för akut media otit, gastroenterit, atopiskt eksem, astma, fetma, diabetes typ 1 och 2, leukemi, plötslig spädbarnsdöd och förbättrar lungfunktionen hos barnet (Ip, Chung, Raman, Trikalinos & Lau, 2009, Kull et al., 2010). För mamman reduceras risken för diabetes typ 2 och bröst- och äggstockscancer. Tidigt avslutad amning eller att mamman inte ammar alls är förknippat med en ökad risk för förlossningsdepression (Ibid.). Amning ger även en skyddande effekt mot glutenintolerans om gluten introduceras försiktigt under tiden barnet fortfarande ammas (Livsmedelsverket, 2014).

Orsaker till ambivalens inför amning

Författarna menar att ambivalens inför amning kan finnas primärt hos mödrar redan innan barnet är fött eller uppkomma sekundärt efter att barnet är fött på grund av svårigheter med amningen. I denna studie har författarna valt att fokusera på de mödrar som initialt önskat amma, men sedan blivit tveksamma på grund av känslomässiga eller fysiska skäl. De känslomässiga skälen kan leda till fysiska besvär. Exempelvis kan stress leda till minskad mjölkproduktion genom att utdrivningsreflexen påverkas av stress inför föräldrarollen,

trötthet och oro i allmänhet (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009). Utdrivningsreflexen kan påverkas av stressrelaterade orsaker speciellt i början av amningsperioden. Detta leder till att barnet får i sig en mindre mängd mjölk trots att mamman faktiskt har mjölk. Fysiska besvär i form av mjölkstockning eller såriga bröstvårtor kan även ge en störd utdrivningsreflex och på sikt skapa en ond cirkel av negativa känslor hos mamman inför amning (ibid.). Författarna kommer att använda sjuksköterska som benämning för sjuksköterska inom barnhälsovården.

Forskningen visar att det finns många anledningar till ambivalens runt amning. Några av anledningarna kunde vara att mödrar saknade stöd från anhöriga, att det var svårt att hitta en plats att amma på eller att de upplevde det problematiskt att vara närvarande vid alla mål (Bai, Middlestadt, Joenne Peng. & Fly, 2009; Brown et al, 2011). Sjuksköterskan är den som möter barnet och föräldrarna den första tiden efter hemkomsten, då 99 % av alla barn i Sverige är inskrivna i barnhälsovården [BHV] (Socialstyrelsen, 2013). All personal som möter föräldrarna och barnet under den första tiden spelar en viktig roll för hur relationen mellan barnet och föräldrarna utvecklas och hur amningen etableras (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009). Tidig hemgång blir allt vanligare och innebär att föräldrar och barn går hem sex timmar efter att barnet förlöst, då amningen ännu inte har etablerats (Åkerman, 2013).

En studie av Brown et al. (2011) från Storbritannien visar att anledningen till att mödrar valde att ge modersmjölkersättning var att det fanns en norm bland vänner och familj att ge det. En annan orsak till att mammor valde att ge modersmjölkersättning kunde vara att de kände att de kunde fortsätta med livet som det var innan då andra kunde ta över och mata barnet (Ibid.). En amerikansk studie uppvisade liknande resultat där många kvinnor ansåg att det var negativt att de måste närvara vid alla mål och att det ibland var svårt att hitta en plats att mata sitt barn (Bai et al., 2009). Brown et al. (2011) visade att många kvinnor upplevde att vänner, familj och hälso- och sjukvården la stor vikt på barnets viktuppgång och tillväxt (Ibid.). En svensk studie där 2666 barn och deras familjer deltog framkom liknande resultat dvs att mammor kände sig osäkra kring om deras mjölk räckte till då mycket fokus låg på viktuppgång hos barnet (Almqvist-Tangen et al., 2011). Detta fick många att känna sig osäkra och en del valde att amma delvis och ge tilläggs mat i form av modersmjölksersättning (Ibid.).

Almqvist-Tangen et al. (2011) ansåg att amningsproblem gick att förebygga och det som var viktigast för att möjliggöra det var att stöd och rådgivning kom in i ett tidigt stadium. En

studie från Australien påvisade samtidigt att det inom många familjer fanns en norm att amma och detta påverkade kvinnor att kämpa på med amning trots svårigheter. De sökte också stöd hos vänner som haft liknande problem (Hegney, Fallon & O'Brien, 2007). En svensk studie av Ekström, Widström och Nissen (2003) visade liknande resultat att kvinnor som visste hur länge de blivit ammade av sina egna mödrar tenderade att amma längre. Hegney et al., (2007) påvisade att kvinnor som fortsatt amma trots svårigheter upplevde att de fick stöd att kämpa på med amningen av familj och vänner utan att känna sig pressade. De var även tryggare med att delge hälso- och sjukvårdspersonal sina problem (Ibid.). Bai et al. (2009) påvisade att bekräftelse och stöd av barnets pappa/make, vänner, övrig familj, hälsopersonal, amningsrådgivningsgrupper hade en positiv inverkan på fortsatt amning. Det som kunde försvåra fortsatt amning i sex månader var att behöva gå tillbaka till arbetet, svårigheter att amma eller lite kunskap om amning, sjukdom, hitta en plats att amma och att inte ha tillräckligt med mjölk (Ibid.).

En ny publicerad svensk studie av Gerhardsson et al. (2014) visar att det inte fanns någon större skillnad mellan mödrar som hade lämnat sjukhuset efter tidig hemgång och mammor som stannat ett par dagar när det gällde hur säkra de kände sig inför amning. Ekström, Widström och Nissen (2003) visade i en svensk studie med 488 kvinnor att det var av stor betydelse att familjen erbjuds en miljö där det var möjligt att vara tillsammans första tiden efter förlossningen för att partnern skulle kunna ge stöd och på så sätt stärktes familjebanden, vilket kunde främja amningen (ibid.). Ambivalens inför amning kunde ta sig uttryck på många olika sätt som till exempel avsaknad av stöd, fysiska besvär i form av såriga bröstvårtor och osäkerhet på om mjölken räcker till.

Stöd och rådgivning

Mycket forskning tyder på att mödrar upplever att det amningsstöd de fått från hälso- och sjukvården varit otillräckligt och att mödrar vill se förändring i amningsrådgivningen (Almqvist-Tangen et al., 2011; Brown et al., 2011; Graffy & Taylor, 2005). En svensk studie av Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström (2010) visar att mödrar efterfrågade mer uppmuntran, bekräftelse, förståelse och tid medan sjuksköterskor såg sig själva som uppmuntrande och bekräftande samt upplevde att de gav individuellt stöd (ibid.). Detta visar att sjuksköterskor och mödrar kan ha olika upplevelser av sjuksköterskans förhållningssätt i amningsrådgivning.

Almqvist-Tangen et al. (2011), Brown et al. (2011), Graffy och Taylor (2005) och Bäckström et al. (2010) visade i sin forskning att mödrar efterfrågar specifik information samt att de önskar få mer bekräftelse som unika individer och som ammande kvinnor. De efterfrågade även bekräftelse på att de inte var ensamma med de svårigheter de stötte på. De vill uppmuntras till amning utan att känna sig pressade, bli lyssnade på, få mer tid, mer förståelse och uppföljning av hälso- och sjukvårdspersonal. Mödrarna önskade ett mer handfast stöd från hälso- och sjukvården gällande fysiska besvär i form av såriga bröstvårtor och när barnet tog dåligt tag om bröstet (ibid.). Brown et al. (2011) menar att hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med amningsrådgivning besitter en gedigen och har tillräcklig kunskap men att tiden oftast inte räcker till för att ge ett individanpassat stöd. Många mödrar upplever en frustration kring att det är svårt att komma i kontakt med personalen och när de väl fick kontakt var tiden knapp. De önskade att stödet var handfast men även emotionellt och utgå från modern och barnet (Ibid). Tidig identifiering av eventuella problem var viktigt för fortsatt amning (Almqvist-Tangen et al., 2011; Brown et al., 2011). En engelsk studie där svar från 720 mödrar analyserats med hjälp av en kvalitativ analysmetod visade att många mödrar ansåg att de skulle behövt mer information om amning innan barnet var fött, speciellt angående de problem som kunde uppstå och hur dessa svårigheter kunde hanteras på bästa sätt (Graffy & Taylor, 2005).

En svensk studie av Ekström, Widström och Nissen (2005) visar att både mödrar och sjuksköterskor kände sig tryggare när det fanns en gemensam amningspolicy, som påbörjades redan prenatalt och fortsatte postnatalt. Mödrar upplevde mindre förvirring och osäkerhet då samma råd och stöd till kvinnan gavs både under graviditeten och tills sex månader efter att barnet har fötts. Detta gjorde också att sjuksköterskan, som mötte barnet och modern kontinuerligt upplevde att det var lättare att ge råd som utgick från den individuella situationen. Sjuksköterskorna upplevde även att de blev bättre på att fokusera på modern, barnet och deras eventuella problem med hjälp av den gemensamma policyn (ibid.). Även en annan svensk studie visar på vikten av gemensam amningspolicy. Studiens resultat visade att sjuksköterskors attityder och personliga erfarenhet kring amning kunde påverka hur de gav amnings råd (Ekström, Matthiesen, Widström & Nissen, 2005), men när en gemensam amningspolicy användes gjorde det att rådgivningen blev likartad och på så sätt undvek personalen att ge olika råd och förvirra mödrarna (ibid.). Ingram, Johnson & Condon (2011) visade i en brittisk studie den positiva effekten av att personal inom primärvården går en tredagarskurs i Baby Friendly Initiative [BFI]. Personalen upplevde att de efter avslutad kurs

kunde ge ett mer individbaserat stöd och bättre rådgivning kring amning. De upplevde även att de blev bättre på att identifiera tidiga amningsproblem och kunde sätta in rätt stöd för att förebygga att mödrar gav upp amningen (Ibid).

Sjuksköterskor har olika strategier och attityder då bröstmjölk ersättning behöver ges till barn (Zwedberg & Neaslund, 2011). Denna svenska studie visade att dessa strategier var relaterade till hur sjuksköterskan definierade helhetsperspektivet mellan mor och barn och hur hon såg på sin egen relation till modern och barnet. När ersättning behövdes i medicinskt syfte var det viktigt att modern kände sig delaktig i beslutet. Sjuksköterskans stöd var viktigt och en genuin dialog mellan sjuksköterska och mor gav en mer positiv upplevelse och en bättre balans (ibid.)

Perspektiv och utgångspunkter - Empowerment

Empowerment är ett förhållningssätt som i korthet betyder att patienten ska ha egenmakt och är expert på sig själv och sin situation (Insulander & Björvell, 2013). Förhållningssättet kan med fördel användas inom primärvården i hälsofrämjande samtal och i rådgivning (Eckerman, 2004). Empowerment-perspektivet lägger vikt vid lösningar istället för att se ett problem och ger individen möjlighet att själv tillgodogöra sig kunskap (Insulander & Björvell, 2013). Empowerments fokus ligger även på att skapa en jämställdhet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten, samt att fokus ligger på det hälsofrämjande snarare än det patologiska (Ibid.). Om patienten och sjuksköterskan gemensamt kan identifiera de problem som patienten upplever sig ha kan de arbeta tillsammans för att uppnå en god hälsa för patienten (Laschinger, Gilbert, Smith & Leslie, 2010). Empowerment inom amningsrådgivning kan vara ett bra förhållningssätt då det innebär att kvinnan och hennes barn står i centrum och rådgivningen kan ske utifrån deras unika situation.

Den tysta kunskapen

Polanyi (1966/2013) menar att människor kan veta mer än vad som kan sättas ord på och att

den tysta kunskapen kommer fram när människan vänder uppmärksamheten från teori mot en tidigare upplevd erfarenhet (ibid.). Hälso- och sjukvårdspersonal har en stor tyst kunskap som de byggt på sin tidiga utbildning, sina kollegors och sin egen erfarenhet (Gabbay & le May, 2004). Belle och Willis (2013) beskriver tyst kunskap som intuitiv kunskap som är svår att tydligt formulera. Det är till stor nytta att använda sin specialistkunskap tillsammans med sin tysta kunskap (ibid.). Herbig, Bussing och Ewert (2001) menar att utvecklingen och utnyttjandet av den tysta kunskapen är en viktig aspekt i kliniskt arbete (ibid.). Den tysta kunskapen kan vara ett kunnande sjuksköterskor har men inte är vana att uttrycka i ord, det vill säga den kunskap de använder kring amningsrådgivning i de situationer där modern är ambivalent. Den kunskap som de har inom sig, utan att alltid själva tänka på det, som gör att de kan känna in och förstå hur de kan ge individanpassade råd till den ambivalenta modern.

Syfte

Syftet med studien är att åskådliggöra vilka förhållningssätt sjuksköterskan har i mötet med mödrar som utvecklar ambivalens under amningsperioden.

Metod

För att besvara syftet har kvalitativ metod använts i form av semistrukturerade intervjuer. I kvalitativa studier utforskas individens syn och tolkning av världen hon lever i (Kvale & Brinkmann, 2014). Den kvalitativa designen lämpar sig för att komma närmare individen och på så sätt besvara syftet (ibid.). Intervjuerna har bearbetats med hjälp av innehållsanalys. En innehållsanalys gör det möjligt att ta fram fakta och ge en ökad kunskap och belysa de upplevelser som individen besitter (Lundman & Graneheim, 2012). Författarna har använt en induktiv ansats. Den induktiva ansatsen innebär att texten i helhet analyseras förutsättningslöst (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Författarna har använt sig av bekvämlighetsurval, som enligt Trost (2010) innebär att

deltagare rekryteras där de funnits till hands. Totalt har 10 sjuksköterskor inom barnhälsovården intervjuats. Informationsbrev med förfrågan skickades till 45 verksamhetschefer i den offentliga verksamheten i hela Skåne, varav nio gav sitt medgivande. Femton gav inte sitt medgivande och 21 svarade inte alls. Förfrågan skickades även ut till 20 verksamhetschefer inom den privata enheten. Av dessa gav fyra verksamhetschefer sitt medgivande, 11 svarade inte alls och fem svarade nej. Där verksamhetscheferna gett sitt godkännande tog författarna kontakt med potentiella deltagare via mail eller per telefon. Mailadresserna och telefonnummer hittades genom vederbörande enhets hemsida. Första kontakten togs via mail som sedan följdes upp av ett påminnelse-mail och därefter av telefonsamtal. Sjuksköterskor verksamma inom BHV, både inom det offentliga och privata, har intervjuats. Inklusionskriterier var att sjuksköterskan skulle ha arbetat inom BHV i minst ett år, ha erfarenhet kring amningsrådgivning och vara specialistutbildad inom barnsjukvård eller som distriktssköterska. Exklusionskriterier var de som har arbetat mindre än ett år, då det får antas att en nyanställd sjuksköterska har begränsad erfarenhet av amningsrådgivning. Av de sjuksköterskor som intervjuades var fyra barnsjuksköterskor och fyra distriktssköterskor. Två av deltagarna hade specialistutbildning både som barnsjuksköterska och distriktssköterska. De var i åldern 31 till 63 år och hade arbetat inom BHV i ett till nio år. Det var fem som arbetade på privata enheter och fem på offentliga. Enheterna var belägna både i de större städerna och de mindre orterna i Skåne.

Instrument

Författarna gjorde individuella intervjuer enligt en semistrukturerad intervjuguide. Enligt Wibeck (2012) innehåller en semistrukturerad intervjuguide ett antal frågeområden som bör tas upp under intervjun. Frågorna behöver inte komma i samma ordning vid alla intervjuer och bara frågor om de områden som inte tas upp spontant av deltagaren ställs av forskaren. Frågor som ställs ska vara så öppna som möjligt och bör inte innehålla ja- och nej frågor, men eventuellt kan förslag på följdfrågor finnas med (ibid.). Den intervjuguide som användes finns som bilaga (1) till arbetet.

Datainsamling

Författarna gjorde först en provintervju, som transkriberades och sedan diskuterades tillsammans med handledaren. Enligt Trost (2010) kan provintervjun användas i resultatet om

den håller tillräckligt hög kvalitet, vilket författare och handledare ansåg att denna hade. De 10 intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. Nio intervjuer genomfördes gemensamt av båda författarna och en genomfördes enskilt. Under intervjuerna var en av författarna den som ledde och ställde frågorna och den andra författaren antecknade och kunde på så sätt gå tillbaka och ställa följdfrågor om den som intervjuade hade missat detta. Författarna valde att byta rollerna byttes varannan gång och på så sätt kunde båda författarna utveckla intervjutekniken. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon, efter godkännande från deltagarna. Totalt utfördes 10 intervjuer och den transkriberade textmassan blev 140 sidor.

Databearbetning

Båda författarna lyssnade på det inspelade materialet och läste den transkriberade texten (se tabell 1). Det insamlade materialet bearbetades och analyserades med hjälp av en innehållsanalys med induktivansats enligt Graneheim och Lundman (2012). Enligt Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys innehåller den centrala delar och dessa är: *Analysenhet* - vilket betyder att intervjuerna transkriberas och därefter läses textmaterialet noga igenom av båda författarna som därmed bildar sig en snabb uppfattning om textens innehåll. Detta gjordes var för sig av författarna, därefter diskuterades tillsammans vilka övergripande teman som kom fram ur materialet. Därefter togs *meningsenheter* ut genom att det transkriberade materialet lästes noggrant. Meningsenheter som togs ut svarade till syftet av studien. För att sedan korta ned texten ytterligare gjordes en *kondensering* av meningsenheterna. De kondenserade meningsenheterna gavs sedan *koder* det vill säga att författarna gav ett passande namn som fick illustrera dess innehåll. Författarna gjorde detta genom att gå djupare ner i texten och tillsammans togs meningsbärande enheter ut, som kondenserades och gavs koder. Därefter skrevs alla koder ned för att jämföra koderna med varandra och identifiera likheter och skillnader. *Underkategori* formades genom att koder som hade en gemensam betydelse fördes samman och efterhand bildades *huvudkategorier* av grupperade *underkategorier*. Detta gjordes med hjälp av post-it-lappar och ett stort skrivbord. Många koder återkom i flertalet intervjuer. I det sista steget av innehållsanalysen skapades teman som byggde på kategorierna som framkommit från arbetet med analysen. Detta gjordes för att göra det möjligt att se sammanhang och mönster och på så sätt besvara syftet med studien (ibid.). Författarna kom fram till ett övergripande tema som illustrerade studien i stort: BHV-sjuksköterskans förhållningssätt - individualiserat synsätt på amningsrådgivning.

(Tabell 1 Utdrag ur analysprocess)

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Många mjölkstockningar gör att mamman blir tveksam	Upprepade mjölkstockningar	Bekymmer den första tiden	Betydelsen av orsaker till ambivalens	BHV-sjuksköterskans förhållningssätt – individualiserat synsätt på amningsrådgivning
Då får man ju sitta ned och prata och känna in henne, vad är det som hon vill? Läsa lite grann mellan raderna	Känner av situationen	Sjuksköterskans rådgivning vid ambivalens	Sjuksköterskans stöd	
Det är så laddat det här med amningen, att kunna mata sitt barn och se det gå upp i vikt.	Amning- laddat ämne	Misslyckad amning - misslyckat moderskap	Amning- emotionellt ämne	

Förförståelse

Båda författarna har egna barn som ammas och har positiv erfarenhet av amning. En av författarna har genom sitt arbete arbetat med amningsrådgivning. Förförståelse kan påverka analysprocessen och därmed resultatet (Lundman & Graneheim 2012). Förförståelsen kan både vara positivt genom att författarna har kännedom om ämnet och negativt genom att författarnas egna upplevelser omedvetet påverkar analysen och slutresultatet. Förförståelsen går inte att åsidosätta helt då den kan finnas i det omedvetna (ibid.). Författarna försökte genom medvetenhet om sin egen förståelse inom ämnet aktivt åsidosätta denna under analysarbetet.

Forskningsetiska avvägningar

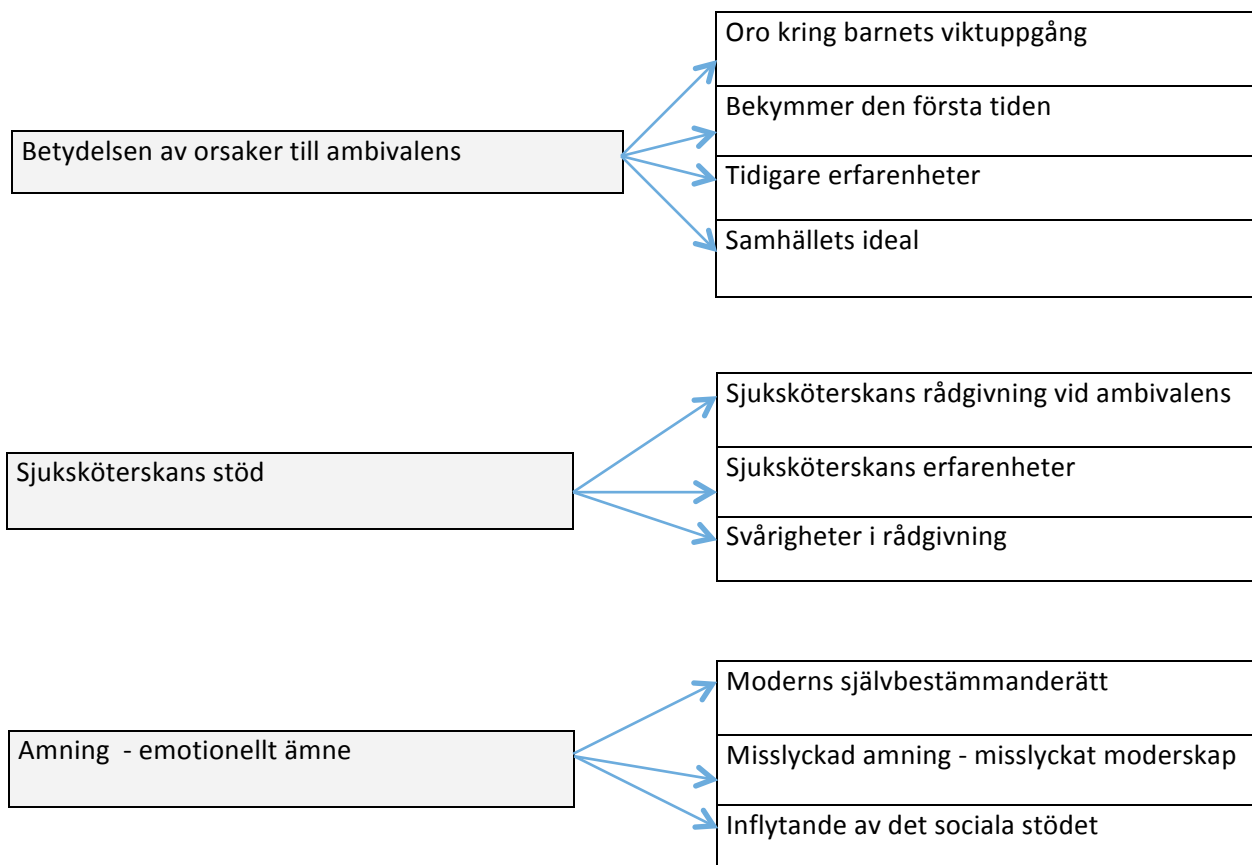
För att ingen person i studien skulle orsakas något lidande utgick författarna ifrån autonomi-, göra gott-, icke skada och rättvisepincipen. Genom dessa principer värnade författarna om människors lika värde, integritet och självbestämmande hos alla deltagarna (Kjellström, 2012). Autonomiprincipen innebär att människor har rätt att själva bestämma över sina egna liv. För att kunna fatta beslut och handla självständigt ska personerna fått tillräcklig information, förstått informationen samt förstått vilka konsekvenser den kan ge (ibid.).

Deltagarna i studien fick information om studien genom skriftligt informationsbrev och samtyckesblankett. Inför varje intervju gavs information om studien även muntligen. Göra gott- och icke skada principen innebär att personer inte skall skadas (Kjellström, 2012). Möjliga fördelar skall maximeras, skada minimeras och en riskanalys bör göras där risker och vinster med forskningen vägs mot varandra (ibid). Denna studie innebär inte några risker för deltagarna och ingen deltagare riskerade att komma till skada. Rättvis principen innebär att personerna skall behandlas lika och för att undvika särbehandling bör inte sårbara populationer exploateras (Kjellström, 2012). Studien berörde professionellt verksamma sjuksköterskor och ansågs därför inte vara någon sårbar population.

Lagen säger att en etikprövning genom etikprövningsnämnd skall göras vid all forskning som gäller människor (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor SFS 2003:460 1§). Syftet med lagen är att skydda varje människa och att upprätthålla respekt för människovärdet (ibid.). Projektplanen för denna studie har fått rådgivande yttrande av vetenskapliga etiknämnden (VEN). Enligt etiklagen (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor SFS 2003:460 16-17 §) skall personer som är tänkta att delta i studien informeras om syftet, vilka metoder som kommer att användas, vilka eventuella följder och risker deltagande kan medföra, vem som är forskningshuvudman, att deltagande är frivilligt, och att deltagaren har rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Deltagaren måste lämna ett samtycke men samtycket gäller bara om deltagaren fått ovanstående information (ibid.). Enligt Patel och Davidsson (2011) bör deltagaren förutom ovan nämnda delar få information om konfidentialitetskravet, vilket innebär att personuppgifter från deltagarna skall förvaras så att obehöriga inte kan komma åt dem samt nyttjandekravet, som innebär att de insamlade materialet inte kommer att användas till något annat än uppsatsens avsikt (ibid.). Informationsbrevet som skickades ut till deltagarna innehöll information enligt etiklagen, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Resultat

Ur analysen framkom tio underkategorier som sedan resulterade i tre huvudkategorier, som alla berörde sjuksköterskans förhållningssätt till mödrar som är ambivalenta under amning (se figur 1). Författarna har använt sig av citat från deltagarna för att belysa och ge tillförlitlighet till resultatet. Enligt Kvale & Brinkmann (2014) ger användandet av citat läsaren en uppfattning om vad intervjuerna innehåller samt en bild av data som författarna använt för de resultat som kommit fram.



Figur 1. Kategorier och underkategorier

Betydelsen av orsaker till ambivalens

Några vanliga orsaker till att mödrar blivit ambivalenta till att amma under pågående amning kunde vara oro kring barnets viktuppgång, en osäkerhet om bröstmjölken räckte till, fysiska besvär hos modern och tidigare erfarenheter. Sjuksköterskorna använde sig av olika strategier och förhållningsätt för att bemöta den ambivalens som kunde uppstå kring dessa problem.

Oro kring barnets viktuppgång

Föräldrarna kunde känna sig både lugnade och stressade på grund av siffror gällande barnets vikt och sjuksköterskan förhöll sig till frågan om mat mängd genom olika strategier. Ibland, kunde tillägg ges under en kort period tills barnet började gå upp i vikt och ibland kunde sjuksköterskan ha is i magen och avvakta tillägg, samtidigt som amningsvikt, vilket innebär vikt före och efter amning, användes för att kontrollera mängden mat som barnet fick i sig. Sjuksköterskorna valde dock att försöka avstyra amningsvikt, när föräldrar efterfrågade detta, eftersom amningsvikt kunde stressa mödrarna. De strategier de istället valde var att titta på barnet, hur barnet mådde och om blöjorna var våta samt att de stöttade föräldern i att tro på barnets egen förmåga.

”... jag tittar på allmäntillståndet och att barnet kissar, bara en sådan grej att man talar om för föräldrarna att blöjorna faktiskt är ganska våta, då får ju barnet mycket mat i sig...” (Sjuksköterska 9)

Bekymmer den första tiden

Fysiska besvär hos modern, såsom såriga bröstvårtor, upprepade mjölkstockningar, bröstböldar och för lite mjölkproduktion var några situationer som skapade osäkerhet hos mödrarna och den osäkerheten kunde leda till ambivalens.

”... sen är det ju det här med mjölkstockning, där är ju en del som får mjölkstockning på mjölkstockning. Där dom till och med när dom åker in och läkaren till och med säger att du inte ska amma... dom får sätta drän och hela den biten...” (Sjuksköterska 10)

En jobbig start kunde leda till ambivalens under amning och föräldrarna var sällan förberedda på att amningen kunde ta tid att etablera. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna inte haft så mycket fokus på amning under graviditeten utan deras uppmärksamhet låg på den förestående förlossningen.

Att stötta föräldrarna genom den första tidens amning genom att försöka förmedla hur tidsbegränsad amningsperioden är i det mänskliga livet var ett sätt att förhålla sig till

mammornas oro. Information om vikten av att anpassa sin sovrums till barnets sovrums för att klara nattvakets kunde hjälpa föräldrarna att klara den första tiden.

Mödrar, speciellt förstagångsmödrar, kunde tycka att egen tid var viktigt och det kunde leda till att de valde att desamma.

”När ska jag få egen tid och när kan jag börja träna... Många förstagångs mammor tänker så här i alla fall. Men ser man ju när dom har fått sitt andra och tredje barn då strävar dom ju inte efter det dom var en gång, utan då är dom där i sin mammaroll.” (Sjuksköterska 2)

Tidigt stöd, innan amningen var etablerad var av stor vikt för att kunna stödja och hjälpa mödrar som stött på problem och därför blivit ambivalenta. Hinder för tidigt stöd kunde vara att det fanns ett glapp mellan tiden för hemgång från BB till kontakten med BHV och första besöket BVC. Att skapa en god relation till familjen i tidigt stadium kunde göra att mödrarna kände ett större förtroende och i större grad delade med sig av sina problem till sjuksköterskan.

Tidigare erfarenheter

Tidigare dåliga erfarenheter av amning hos mödrar kunde vara både positivt och negativt, men genom att lyssna och läsa av situationen förhöll sig sjuksköterskorna till den unika situationen. Det kunde vara att modern haft en negativ erfarenhet av att amma sitt första barn och därför kände sig osäker inför amning av det andra barnet eller så kunde det göra att modern var helt inställd på att få amningen att fungera med nästa barn.

”... dom som har haft dålig amningserfarenhet med första barnet, men med andra så vill dom klara det och då är dom oftast motiverade så dom går ju in i det på något vis med lite extra kraft...” (Sjuksköterska 2)

Det kunde finnas tidigare erfarenheter hos modern som gjorde att hon rent psykiskt inte mådde bra av att amma. Förhållningssättet när problemen satt djupare var att inte pressa modern att amma, utan istället stötta modern i att ta beslutet att avsluta amningen.

Samhällets ideal

I amningsrådgivningen behövde sjuksköterskorna förhålla sig till rådande ideal i samhället, vilket kunde vara jämställdhet och att dela på föräldraledigheten, men även synen på att amma offentligt. Jämställdhet mellan föräldrarna kunde vara viktigt för föräldrarna. Detta kunde ta sig uttryck i att man ville dela lika på allting även matning, vilket kunde leda till att mödrarna blev ambivalenta till att amma sitt barn. Förhållningsättet till detta kunde vara att involvera partnern i samtalen. En partner som stöttade och var närvarande kunde främja amningen. Något som istället kunde minska amningen var att dela föräldraledigheten.

Normer i samhället kunde verka både främjande och icke främjande för amning. Exempelvis kunde normen att amma vara positiv och underlätta för sjuksköterskorna, då de hade en uppgift att främja och tala om fördelarna med amning. Samtidigt kunde det finnas andra normer i samhället som verkade mot amning, som till exempel att många mödrar upplevde att det inte var socialt accepterat att amma offentligt. Detta kunde leda till att en del valde att ge ersättning när de inte var hemma. Krav på att gå tillbaka till arbetet kunde också minska en annars fungerande amning. Även utbudet på Internet med olika hemsidor där mödrar kunde söka information kunde leda till ambivalens då informationen inte alltid var objektiv och skriven och källgranskad av experter. Det var många gånger svårt att förhålla sig till dessa normer och ideal för sjuksköterskorna.

”... man hör ibland hur mammorna beskriver att de blivit påhoppade av någon för att de ammat ute någonstans... Har man den synen på det i samhället då är det ju inte så lätt att amma och främja amning.”

(Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskans stöd

Sjuksköterskorna gav stöd till mödrar som blivit ambivalenta till att fortsätta amma under pågående amning på grund av till exempel fysiska besvär eller en osäkerhet om mjölken räckte till genom att ge både individuell och generell rådgivning. Det framkom att det fanns svårigheter i rådgivningen och att sjuksköterskans egna erfarenheter av amning kunde påverka

hur hon förhöll sig till mödrar som blivit ambivalenta inför att fortsätta amma under pågående amning.

Sjuksköterskans rådgivning vid ambivalens

Genom att se individen i mötet med modern som blivit ambivalent till sin amning kunde förhållningssättet variera beroende på vem som möttes, olika råd kunde således ges till olika mödrar. Amning förespråkades som det mest optimala genom information till mödrarna om amningens fördelar, såsom att det är bra för barnet, hygieniskt, tillgängligt och rätt tempererat. Att pressa modern för hårt med amningen, kunde dock ge skuld och dåligt samvete hos modern och moderns anknytning till barnet kunde riskera att skadas. Även om amning ansågs som viktig ansågs det allra viktigaste för barnet att modern mådde bra, lugna och trygga föräldrar ansågs vara det bästa för barnet. En olycklig kvinna ansågs kunna ha svårigheter att fortsätta vara en bra moder. När ambivalensen under amningsperioden uppstått på grund av fysiska besvär informerades modern om att amning kan ta tid att etablera sattes extra tid av för amningsobservation och mödrarna gavs handfasta tips om sugteknik. Råd gavs vid mjölkstockning, såriga bröstvårtor och tips för att minska smärtor i bröstet. Information gavs även om vikten av att modern tar hand om sig själv genom att äta, dricka och sova.

I de fall där barnet fick tillägg rekommenderades modern att amma först och avsluta med tillägg, då det fanns erfarenhet av att amningen faktiskt kunde komma igång igen när modern slappnade av. Modern stöttades i vilket beslut hon än tog, även när beslutet var att inte amma sitt barn. När amningen hade avslutats helt fick modern råd om att behålla det intima från amningsstunden dvs att barnet skulle matas i famnen hud mot hud och av så få olika personer som möjligt.

Sjuksköterskans erfarenheter

Sjuksköterskornas egen erfarenhet av amning kunde påverka vad de hade för inställning till amning. Vid egen positiv upplevelse av amning kunde sjuksköterskan vara mer amningspositiv, vilket också kunde påverka vilket förhållningssätt sjuksköterskan hade i sin amningsrådgivning.

”... egen erfarenhet påverkar nog mycket när man ge amningsrådgivning. Jag har ju själv tre barn och jag har ammat dom upp till ett år och så. Så jag har väldigt positiv upplevelse och så...”

(Sjuksköterska 5)

Enligt sjuksköterskorna var det var sällan oron kring amningen hos mödrarna som var den primära orsaken till ambivalens utan ofta kunde det ligga något mer bakom. Pålästa föräldrar kunde generellt vara mer positiva till amning och att pålästa föräldrar kunde våga söka hjälp tidigare. Förutom den egna personliga erfarenheten påverkades sjuksköterskornas förhållningssätt av det de sett genom åren i sitt arbete. Till exempel hade sjuksköterskorna genom erfarenhet lärt sig att det inte behövde vara totalt förbud med ersättning, utan att det kan vara till hjälp rent psykologiskt för modern.

Svårigheter i rådgivning

Svårigheter i amningsrådgivningen kunde uppstå av olika orsaker. En orsak kunde vara när barnet fått tillmätning redan på BB. Det kunde då vara svårt för föräldrarna att släppa tilläggsmaten och lita på sig själva. En annan svårighet kunde vara att prata om amning i föräldragrupper. Det kunde vara svårt att hitta balansen i att främja amning utan att det dåliga samvetet och skulden då byggdes på hos den som inte lyckats med amningen. Även i det individuella mötet kunde det vara svårt att främja amning till varje pris eftersom att det då kunde bli ännu värre för modern om sedan amningen inte fungerade. Det talades om en känsla av att stå på två ben; att å ena sidan främja amning och å andra sidan stötta modern att ta sitt eget beslut.

”... så har vi våra föräldragrupper där också och då är det också ett stående ämne det här med amningen... Men det som är bra med dom här forumen det är att mammorna som inte kan amma hör att det finns fler som inte heller har klarat av det så jag tror man kan hitta ett stöd där så att man inte känner sig så ensam...” (Sjuksköterska 9)

Amning - emotionellt ämne

Sjuksköterskorna uppgav att amning är ett laddat ämne och mödrar påverkades av mycket känslor under amningsperioden. Speciellt förstagångsmödrar kunde känna otillräcklighet och dessa känslor kunde leda till en emotionell ambivalens inför amning. Sjuksköterskorna förhöll sig till detta genom att ge stöd till moderns egna beslut.

Moderns självbestämmanderätt

Att avsluta amningen ansågs vara moderns egna beslut och sjuksköterskan förhållningssätt var olika till de olika mödrarnas individuella behov. De mödrar som verkligen kämpade med amningen, men som inte mårde bra och egentligen ville avsluta amningen kunde behöva stöd och uppmuntran att ta beslutet att avsluta amningen medan andra mödrar kunde behöva stöd i att orka fortsätta amma. Många mödrar kände sig trygga i vetskapen att det var hennes eget beslut, men att sjuksköterskan gav henne stöd i beslutet. Det poängterades att det var föräldrarna som skulle leva med det beslut de tog och då var det viktigt att respektera deras beslut.

”Det är inte jag som bestämmer, det är du som bestämmer. Sen hjälper jag dig och stöttar dig, vilket beslut du än väljer att välja...” (Sjuksköterska 3)

Misslyckad amning - misslyckat moderskap

Amning kunde väcka känslor hos mödrar, både positiva och negativa. När amningen verkligen fungerade kunde det väcka positiva känslor genom att modern mårde bra och kände sig stolt, däremot kunde amning som inte fungerade väcka negativa känslor genom att modern kände sig misslyckad. Många mödrar kunde känna skuld och skam i att inte kunna amma sitt barn och att inte se barnet gå upp i vikt kunde ge känslor av att vara en misslyckad moder, då

normen är att en bra moder ammar sitt barn. Mödrar kunde också vara oroliga över att barnet skulle råka ut för fler infektioner eller få allergier på grund av att de inte kunnat amma.

”... många är ledsna och just det här att, jag är en dålig mamma om jag inte kan amma. För de känner att en bra mamma kan ju amma liksom. De känner att de inte kan ge sitt barn det bästa”
(Sjuksköterska 3)

Amning är ett laddat ämne och i förhållningssättet till mödrar, försökte sjuksköterskorna att inte skuldbelägga de mödrar som av olika anledningar hade svårt med amning. Skuld och känslan av att misslyckas med amningen kunde sätta djupa spår hos modern, därför försökte sjuksköterskorna hjälpa modern att hantera skulden och förklarade att inte alla kan amma sitt barn fullt. Negativa känslor hos modern när amningen inte fungerade kunde störa anknytningen till barnet då modern kunde koppla ihop obehag och smärta med barnet.

Inflytande av det sociala stödet

Mödrar kunde påverkas av partnern, vänner och familj när det gäller amning. När partnern gav stöd, avlastade och var delaktig kunde amningen främjas. Även familjetraditioner kring amning kunde ha både positiv och negativ inverkan.

Mödrar kunde påverkas negativt genom att de själva inte blivit ammade och därför saknade stödet från sin moder. Det sågs ett mönster att de mödrar som själva blivit ammade som barn oftare ammade sina egna barn. Likaså kunde de mödrar som sett lyckad amning i sin omgivning vara mer positiva till amning. Sjuksköterskorna försökte förmedla till mödrarna att se sitt barn som ett unikt barn med nya möjligheter.

”Mödrarna kan ibland säga att ”min mamma kunde heller inte amma”. Och det är klart kunde inte mormor det så ger hon ju inte det trygga stödet riktigt så det tror jag, att där finns ett samband. Och det är kanske de viktigaste stödpersonerna, den närmast familjen och närmsta väninnorna och så och har dom inte bra erfarenheter, så ser man att det speglar sig.” (Sjuksköterska 9)

Diskussion

Metoddiskussion

Den kvalitativa metoden lämpade sig väl för att svara på syftet då intervjuer skapade en förståelse av deltagarnas beteende och handlingar (Trost, 2010). Genom kvalitativ metod blev materialet rikt och intressanta nyanser kom fram, vilka skulle kunna missas i kvantitativ metod som istället mäter och jämför (ibid). En sådan nyans var till exempel den tysta kunskapen sjuksköterskorna använde sig av, vilket var en av studiens teoretiska referensramar.

Den semistrukturerade intervjuguiden gav deltagarna möjlighet att prata fritt kring ämnesområdet och på så sätt kom sjuksköterskornas egna tankar fram och författarna kunde ställa följdfrågor. Frågorna kom inte i samma följd vid alla intervjuer utan istället togs de frågor som inte kommit spontant under samtalet upp i slutet av intervjun. Detta anser författarna inte ha haft någon betydelse för resultatet av studien då det får antas att samma resultat framkommit om frågorna togs i samma följd.

Bekvämlighetsurval användes för att rekrytera deltagare. Nackdelarna med bekvämlighetsurval kan enligt Trost (2010) vara att de deltagare som ställer upp är de som har intresse av ämnet och att de som saknar specialintresse av ämnet missas. Vissa av deltagarna i studien hade specialintresse av amning och drev amningsprojekt inom verksamheten. Detta kan ha påverkat sättet som de berättade om det egna förhållningssättet eftersom de var medvetna om vikten av att stödja på korrekt sätt. Detta behöver däremot inte vara negativt för studiens resultat eftersom dessa individer gör att representationen av deltagare ger en bredd i informanturval.

Författarna upplevde att det var svårt att rekrytera deltagare. Många tackade nej på grund av hög arbetsbelastning trots att de tyckte ämnet var intressant och viktigt. Hälften av deltagarna arbetade inom den privata verksamheten och hälften inom den offentliga, men det var ingen

skillnad i sjuksköterskornas förhållningssätt. Totalt intervjuades tio sjuksköterskor och enligt Kvale och Brinkmann (2014) är detta antal deltagare tillräckligt, då fem till 15 intervjuer anses vara det antal som bör ingå i en kvalitativ intervju studie. Ett mindre antal intervjuer där författarna har förberett intervjuerna väl och ägnat mycket tid till analysen håller ofta en högre kvalitet än fler antal intervjuer med mindre förberedelser och analysarbete. (ibid). Även Trost (2010) anser att ett mindre antal intervjuer är att föredra då ett för stort material kan bli svårhanterligt och viktiga enskilda delar inte kan uppfattas. Författarna upplevde att antalet intervjuer var tillräckligt och materialets omfattning svarade på syftet.

Båda författarna deltog vid nio av tio intervjuer vilket kan vara både positivt och negativt. Enligt Trost (2010) kan det vara positivt för den som intervjuar att vara två, då det inger en trygghet och att mer av det som sägs under intervjun uppfattas än om det är en som intervjuar. Författarna ansåg att det var positivt då den som lyssnande kunde uppfatta nyanser och fånga upp sidospår, samt sköta det tekniska kring inspelningen. Det negativa kan enligt Trost (2010) vara att deltagaren hamnar i underläge gentemot de som intervjuar särskilt om känsliga ämnen tas upp, men ämnet som togs upp i studien ansågs inte vara känsligt för deltagaren. Inför varje intervju förklarades för deltagaren vem som skulle leda intervjun och att den andra skulle vara medlyssnande detta för att undvika att deltagaren inte visste vem som höll i intervjun och för att skapa trygghet hos deltagaren.

Alla intervjuer gjordes på deltagarnas arbetsplatser, vilket kan inge en trygghet för deltagaren (Trost, 2010) och därigenom skapa ett öppet klimat för deltagaren att berätta mer djupgående om det berörda ämnet.

I analysarbetet följdes Graneheim och Lundmans (2012) metod för innehållsanalys och den induktiva ansatsen gav författarna möjlighet att tolka resultatet. Genom att texten till en början lästes och analyserades individuellt och sedan diskuterades tillsammans blev resultatet mer trovärdigt. Även om författarna aktivt försökte lägga sin förförståelse åt sidan finns det en risk att den fanns kvar i det omedvetna, då det inte helt går att åsidosätta denna enligt Graneheim och Lundman (2012). Förförståelsen var dock till nytta genom att författarna hade kunskap om ämnet.

Graneheim och Lundman (2012) menar att begreppen *giltighet*, *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, och *delaktighet* bör diskuteras för trovärdigheten av studien. *Giltighet* är hur sant resultatet är. Detta uppnås genom att den känslan som finns i berättelserna lyfts fram i under- och huvudkategorier (ibid). Författarna har under analysprocessens gång diskuterat och kontinuerligt gått tillbaka till det transkriberade materialet för att minnas den ursprungliga meningen av de deltagarna berättat. Vidare har författarna fört kontinuerliga diskussioner med sin handledare allt för att säkra giltigheten i studien. *Tillförlitlighet* uppnås genom att författarna har en dialog och diskussion vid varje steg under hela analysprocessen och på så sätt kan ge uttryck åt olika tolkningar och komma fram till det som stämmer bäst överens med känslan i berättelserna (ibid), vilket författarna haft under hela analysprocessen. *Överförbarhet* handlar om hur resultatet kan överföras till ett annat sammanhang (Graneheim och Lundman, 2012). Genom en välbeskriven metod där detaljer beskrivs underlättar överförbarheten, vilket författarna har gjort genom en gedigen metodbeskrivning. *Delaktighet* uppnås genom att författarna är med och skapar intervjun vilket innebär att svaren på så sätt inte blir oberoende av författarna (ibid.). Genom att författarna konstruerade en intervjuguide och ställde följdfrågor på deltagarnas berättelser blev inte svaren oberoende av författarna utan författarna var medskapare av berättelsen tillsammans med deltagarna.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna i studien upplevde att samhällets olika ideal kunde påverka genom att både främja och motverka amning, vilket kunde vara en utmaning att förhålla sig till. Ett av dessa samhällsideal var jämställdhet, vilket var något som sjuksköterskorna behövde förhålla sig till då det kunde bidra till ambivalens under amningsperioden. Författarna har inte hittat någon tidigare forskning om jämställdhet som bidragande orsak till ambivalens. Detta kan bero på att jämställdhet mellan könen har kommit längre i Sverige än i många andra länder samt att det är ett relativt nytt fenomen. Krav på att gå tillbaka till arbetet kunde leda till att mödrarna blev ambivalenta, vilket även tidigare forskning stödjer (Bai et al., 2009, Almqvist-Tangen et al., 2011). Även om Sverige har en generös föräldraförsäkring visade sig detta vara ett problem att förhålla sig till för sjuksköterskorna, då en välfungerande amning kunde behöva avbrytas på grund av arbete. Politiska initiativ genom styrdokument och strategiska planer för att främja amning (Konsumentverket et al., 2013) skulle kunna underlätta för sjuksköterskor

att stödja och råda mammor att fortsätta amma. Samtidigt var synen på att amma offentligt något som kunde hindra mammor och skapa osäkerhet, vilket forskning tidigare visat (Bai, Middlestadt, Joenne Peng. & Fly, 2009; Brown et al, 2011). En sådan samhällssyn var svår för sjuksköterskorna att förhålla sig till. Mödrar sökte oftast information på Internet men kunde uppleva att det var svårt att sortera bland informationen. Sjuksköterskor kunde hjälpa mödrarna att hitta rätt information på nätet genom att ge tips om lämpliga hemsidor (Laschinger, Gilbert, Smith & Leslie, 2010). Normer och samhället var svårt att förhålla sig till för sjuksköterskorna och var oväntat i resultatet. Författarna anser att det är svårt att påverka normer och ideal i samhället för den enskilda sjuksköterskan.

Sjuksköterskorna angav att traditioner kring amning i familjen kunde påverka känslorna kring amning. Likaså det stöd modern fick från sin partner, övrig familj och vänner, vilket även visat sig i tidigare forskning. (Brown et al., 2011; Hegney et al., 2007; Bai et al., 2009). I Skåne har amningen ökat de senaste tre åren, men det finns en stor skillnad mellan olika socioekonomiska områden (Socialstyrelsen, 2014), vilket skulle kunna stödja att den sociala normen har inflytande. För sjuksköterskor inom BHV är det därför viktigt att ta i beaktan att det sociala stödet kan påverka mödrars inställning till amning.

Enligt sjuksköterskorna kunde orsaken till ambivalens hos mödrar uppkomma av olika orsaker men det som oroade mödrarna mest var fokuset på barnets viktuppgång. Fokuset skapades genom att barnet vägdes vid varje BVC-besök. Att kunna amma sitt barn så att barnet går upp i vikt är värdeladdat, vilket även tidigare forskning visat (Almqvist-Tangen et al., 2011; Brown et al, 2011). Sjuksköterskorna hade olika sätt att förhålla sig till detta beroende på situationen och på modern, vilket överensstämmer med det individuella förhållningssättet inom empowerment (Insulander & Björkvall, 2013). För att bemöta oron för att barnet inte fick i sig tillräckligt med bröstmjolk användes ibland amningsvikt, det vill säga vikt före och efter att barnet ammats. Författarna anser att detta kan lugna en del mammor, men riskerar att vissa mödrar blir stressade och förlorar tron på sin egen förmåga. För att bemöta oron kring barnets viktuppgång är det viktigt att sjuksköterskan försöker att stärka mödrarna att tro på sig egen förmåga och om det behövs erbjuda extra besök till mödrar som känner denna oro.

Andra vanliga orsaker till ambivalensen var fysiska besvär i form av såriga bröstvårtor och mjölkstockningar, vilket även tidigare forskning visat (Almqvist-Tangen et al. 2011; Brown et al. 2011, Graffy & Taylor, 2005 och Bäckström et al. 2010). Egen tid kan vara viktigt för en del mödrar vilket stöds av Brown et al. (2011). Det framkom i studiens resultat att speciellt

förstagångsmödrar såg egen tid som viktig och där har sjuksköterskorna en viktig roll genom att stödja och förklarar att amningsperioden är en kort tid.

Studiens resultat visar att sjuksköterskorna i sitt förhållningssätt såg individen i varje möte, dock visar tidigare forskning att mödrar efterfrågar mer uppmuntran, bekräftelse, förståelse och tid, vilket sjuksköterskor tycker att de ger det (Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström 2010). Detta kan förklaras med att denna studie enbart undersökte sjuksköterskornas förhållningssätt och inte mödrarnas upplevelse.

Att olika råd ges till mödrarna inom mödravården, på BB och inom BHV gällande amning kunde vara svårt för deltagarna i studien att förhålla sig till, vilket även visas i tidigare forskning (Graffy & Taylor, 2005). Studiens resultat stärker att ett tydligare samarbete mellan BHV, mödravården, amningsmottagningar och BB hade kunnat underlätta sjuksköterskornas förhållningssätt och på så sätt skulle mödrar få amningsråd som inte skiljer sig mellan de olika inrättningarna.

Amning ansågs vara ett emotionellt laddat ämne. Sjuksköterskorna förhöll sig till den skuld, skam och misslyckat moderskap mödrar kunde känna då de valt att inte amma, genom att stödja modern i hennes eget beslut om att avsluta amningen eller inte. Förhållningssättet anpassades efter varje enskild individ, enligt empowerment och den tysta kunskapen (Insulander & Björkvall, 2013; Belle och Willis, 2013).

Sjuksköterskorna angav att deras egna personliga erfarenheter av amning kunde påverka hur de förhöll sig till amning, vilket är intressant då det kan ifrågasättas om detta är professionellt och hur det påverkar mödrarna. Författarna anser att det kan vara svårt att helt bortse från egna upplevda erfarenheter, då även egenupplevda erfarenheter ger perspektiv, vilket då kan bli en del av den tysta kunskapen. Av den anledningen är det viktigt att sjuksköterskor är medvetna om att deras personliga erfarenhet av amning kan påverka dem i mötet med mödrar som behöver råd kring amning.

Konklusion och implikationer

Förhållningssättet sjuksköterskorna använde sig av för att bemöta de anledningar som gav upphov till ambivalens under amningsperioden för mödrar genomsyrades av ett individuellt bemötande och användande av den egna förvärvade erfarenheten.

Ett oväntat resultat i studien som inte hittats i tidigare forskning var att jämställdhet bidrog till ambivalens, vilket var svårt för sjuksköterskorna att förhålla sig till då det är ett samhällsideal. Föräldrars vilja att dela lika, även gällande matning av sitt barn kan vara svårt för sjuksköterskorna att påverka. Det som sjuksköterskan kan göra är att belysa att det finns andra sätt att upprätthålla jämställdheten på som till exempel genom att partnern tar ansvar i lika stor utsträckning som modern i allt som rör barnet utom just amning.

Sjuksköterskorna angav att det tidiga stödet var viktigt då de flesta amningsrelaterade problem uppkom i början av amningsperioden. Det fanns hinder för detta som till exempel tidspannet mellan utskrivning från förlossningen till inskrivningen på BVC. Ett annat hinder var att barnet redan på BB fått modersmjölkersättning samt att mödrarna fått olika råd av olika barnmorskor. Författarna föreslår en gemensam amningspolicy på lokal nivå samt att tillgängligheten ökas genom till exempel generösare telefontider och/eller en öppen amningsmottagning en gång i veckan dit mödrar kan vända sig utan att ha bokat tid i förväg. En gemensam amningspolicy skulle kunna utvecklas genom att representanter från mödravård, förlossning och BHV går samman och bildar en amningsgrupp.

Referenser

- Almqvist-Tangen, G., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J., & Alm, B. (2011). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica* 101(1), 55-60. doi: 10.1111/j. 1651-2227.2011.02405.x
- Bai, Y. K., Middlestadt, S. E., Joenne Peng, C-Y., & Fly, A. D. (2009). Psychosocial factors underlying the mothers' s decision to continue 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
- Belle, M.-J., & Wiilis, K. (2013). Professional practice in contested territory: Child health nurses and maternal sadness. *Contemporary Nurse*, 43(2), 152-161. Från <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.2013.43.2.152>
- Brown, B., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decision to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *Journal of advanced nursing* 67(9), 1993-2003. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05647.x
- Bäckström, C. A., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2010). Two sides of breastfeeding support: experience of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20), 1-8. doi:10.1186/1746-4358-5-20
- Eckerman, I. (2004). *Det hälsofrämjande mötet: Primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. En rapport framtagen i samarbete med Medicinskt programarbete – primärvård Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting. Från <http://www.slso.sll.se/upload/Folkhälsoarbete%20SLSO/Primärvårdens%20fh-arbete/Hälsofrämjande%20mötet%20Eckerman%202004%20rapport.pdf>
- Ekström, A., Matthiesen, A. S., Widström, A. M., & Nissen, E. (2005). Breastfeeding attitudes among counseling health professionals Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian Journal of Public Health* 33(5), 353-359. doi: 10.1080/14034940510005879

Ekström, A., Widström, A-M., & Nissen, E. (2005). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(6), 424-431. doi: 10.1080/14034940510005923

Ekström, E., Widström, A-M. & Nissen, E.(2003). Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Woman. *Birth*, 30(4), 261-266. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00256.x

Förenta Nationerna. (1989). *Barnkonventionen*. New York: Förenta Nationerna.

Gabbay, J., & le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *Buddha and evidence medicine*, 329(7473), 1013-1016. doi:10.1136/bmj.329.7473.1013

Gerhardsson, E., Nyqvist Hedberg, K., Mattson, E., Volgsten, H., Hildingsson, I., & Funkqvist, E.L. (2014). The Swedish Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and Validity Assessment. *Journal of Human Lactation*. 30(3), 340-345. doi: 101177/08903344 I 4523836

Graffy, J., & Taylor, J. (2005). What information, Advice and Support Do Women Want With Breastfeeding. *BIRTH*, 32(3), 179-186. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00367.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 101016/j.nedt.2003.10.001

Hegney, D., Fallon, T., & O'Brien, M. L. (2007). Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1182-1192. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02300.x

Herbig, B., Bussing, A., & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 687-695. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01798.x

Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effect of Baby Friendly initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Primary Health Care Research & Development*, 12(3), 266-275. doi: 10.1017/S146342360000423

Insulander, L., & Björvell, H. (2013). Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patient undervisning* (s. 135-158). Lund: Studentlitteratur.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. *Breastfeeding medicine*. 1(4), 17-30. doi: 10.1089/bfm.2009.0050

Konsumentverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen, & Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Strategisk plan för samordning av amningsfrågor 2013-2016*. Stockholm: Konsumentverket, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. Från http://www.slv.se/upload/dokument/om_oss/expertgrupper/amningskommiten/strategisk_plan_amningsfrågor_2013-2016.pdf

Kull, I., Melen, E., Alm, J., Hallberg, J., Svartengren, M., Van Hage, M., Pershagen, G., Wickman, M., & Bergström, A. (2010). Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren. *American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, 5(125), 1013-1019. doi:10.1016/j.jaci.2010.01.051

Kvale, S., & Brinmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

Kjällström, S. (2012). Forskningsetik I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-211). Lund: Studentlitteratur.

Kunskapscentrum. (2014). *Barnhälsovården Region Skåne Årsrapport 2013*. Malmö: Kunskapscentrum. Från <http://www.skane.se/Public/Vardgivarwebben/Kunskapscentrum%20för%20BHV/Dokument/BHV%20Årsrapport%202013.pdf>

Kunskapscentrum. (u.å.). *Om kunskapscentrum för barnhälsovård*. Hämtad 31 oktober, 2014, från Kunskapscentrum http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utveckling__projekt/Kunskapscentrum-for-barnhalsovard/Om-Kunskapscentrum-for-barnhalsovard/

Livsmedelsverket. (2014). *Spädbarn*. Hämtad 15 oktober, 2014, från Livsmedelsverket, <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Spadbarn/#sex>

Laschinger, Spennc, H.K., Gilbert, S., Smith, M.L. & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanters empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management* (18), 4-13. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x

Lundman, B., & Graneheim, H. U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-200). Lund: Studentlitteratur.

Patel, R. & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder- Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polanyi, M. (2013). *Den tysta dimensionen* (E. Backelin, Trans.). Göteborg: Bokförlaget Daidalos. (Original work published 1966)

SOSFS 2008:33. *Socialstyrelsens föreskrifter om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

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

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

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.193-211). Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2014). *Infant and Young Child Feeding*. Hämtad 17 mars, 2014, från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>

WHO. (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: WHO. Från http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

WHO, UNICEF, ABM, IBFAN, ILCA, LLLI, IBFAN, & WABA. (2005). *Innocent declaration 2005 - On Infant and Young Child Feeding* Florence: WHO, UNICEF, ABM, IBFAN, ILCA, LLLI, IBFAN, WABA. Från http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf

WHO & UNICEF. (2009). *Baby-friendly hospital initiative. Revised, updated and expanded for integrated care*. New York: WHO & UNICEF. Från http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1

Zwedberg, S., & Naeslund, L. (2011). Different attitudes during breastfeeding consultations when infant formula was given: a phenomenographic approach. *International Breastfeeding Journal*, 6(1), 1-8. doi: 10.1186/1746-4358-6-1

Åkerman, A. (2013). *De första dygnen efter förlossningen*. Hämtad 15 oktober 2014, från 1177, <http://www.1177.se/Skane/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-forlossningen/De-forsta-dygnen-efter-forlossningen/?ar=True>

Intervjuguide

(Inleda med att berätta kortfattat om studien och förklara vad vi menar med ambivalens inför amning)

Hur länge har du arbetat inom BHV? specialistutbildning? ålder? (kön?), gemensam policy för amningsrådgivning?

Vad upplever du är de vanligaste anledningarna till att mammor är eller blir tveksamma till amning?

- Kan du tänka dig fler problem?
- Under vilken tid i amningsperioden upplever du att dessa problem vanligen uppstår?

Hur förhåller du dig till dessa problem?

Om du tänker dig en situation där du möter en mamma som är tveksam inför amning? Hur går du till väga i mötet?

- Vilket stöd ger du till mamman att fortsätta kämpa?
- Hur förhåller du dig till skuld och dåligt samvete hos mamman?
- Finns det tillfällen då du upplevt att det inte är lämpligt att fortsätta att ge rådgivning om amning utan istället stöd ge mamman i att ge andra alternativ? (Vilket extra stöd och rådgivning ger du dessa mammor?)
- Hur du använder dig av din erfarenhet
- Hur du använder dig av din kunskap

