



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelse av amningsinformation under graviditeten

En kvalitativ studie

Författare: Alexandra De Silva

Handledare: Eva-Kristina Persson

Kandidatuppsats

Hösten 2014

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

Kvinnors upplevelse av amningsinformation under graviditeten

En kvalitativ studie

Författare: Alexandra De Silva

Handledare: Eva-Kristina Persson

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Bakgrund: tidigare studier visar att kvinnor upplever att föräldragrupper inte förbereder dem för amning. Det är viktigt att studera hur kvinnor upplever amningsinformation under graviditeten då detta kan öka amningsfrekvensen.

Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av amningsinformation under graviditeten.

Metod: en kvalitativ studie gjordes och elva kvinnor intervjuades. Kvalitativ innehållsanalys användes.

Resultat: Information gav känslan av att vara förberedd, dock erhöles inte tillräckligt med information om exempelvis amningsproblem. Barnmorskor förmedlade inte att amningsinformation var viktigt. Kvinnor var mer mottagliga och intresserade när de insåg att amning måste läras och att problem med amning är vanligt. Samtal med bekanta ökade kvinnors initiativ till inläring och minskade känslan av ensamhet.

Klinisk implikation: Barnmorskor måste ta ansvar för att undervisa om amning och förmedla att amning måste läras. Barnmorskor behöver mer kunskap om amning och pedagogik.

Nyckelord

Amning, amningsinformation, föräldragrupper, föräldrastöd, gravida, mödrahälsovård, mödravårdcentral

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	8
Introduktion.....	9
Problemområde	9
Bakgrund	10
Amning	10
Amning i Sverige	13
Föräldrastöd i Sverige	14
Syfte	16
Metod	16
Urval	16
Datainsamling.....	17
Data analys	18
Forskningsetiska avvägningar.....	19
Resultat	19
Barnmorskan säger att amning är viktig men visar inte att amningsinformation är viktigt..	21
Behov av att veta om amningsproblem	22
Mottaglighet.....	23
Amning är teoretiskt och praktiskt	24
Man vet inte vad man inte vet	26
Partnerns närvaro gjorde amning till gemensam sak	26
Lära av andra	26
Begränsad information gav press och osäkerhet	27
Önskemål	28
Diskussion	29
Diskussion av vald metod.....	29
Diskussion av framtaget resultat	30
Slutsats och kliniska implikationer.....	35
Författarnas arbetsfördelning	35
Referenser.....	36
Bilaga 1 (3).....	40
Ten steps to successful breastfeeding	40
Bilaga 2 (3).....	41
Intervjuguide	41
Bilaga 3 (3).....	42
Tabell 2.....	42

Introduktion

Problemområde

Amning är något som berör nästan alla nyblivna föräldrar (Weimer, 2008). De allra flesta mammor kan amma, under förutsättning att de får korrekt information och stöd från sin familj och hälso- och sjukvården (WHO, 2003). I Sverige är det mödrahälsovården [MHV] som ansvarar för att blivande föräldrar får det stöd och den information de behöver inför amning (SOU 2008:131).

Enligt Socialstyrelsen (2014b) så är det mycket betydelsefullt för amningslängden om kvinnan bestämt sig för att amma redan under graviditeten. Kunskapen kvinnan får om amningens fördelar och hennes attityd till amning påverkar om hon planerar att amma eller inte. Barnmorskans attityd och kunskap är viktiga faktorer för kvinnans beslut. Förutsättningen för att partnern ska bli delaktig i amningen är att hen får kunskap om amning (ibid).

Andersson, Christensson och Hildingssons (2012) studie visar att svenska kvinnor i efterhand upplever att de fått tillräckligt med information om förlossningen men att de önskat mer information om de första veckorna efter förlossningen, specifikt om hur man tar hand om det nyfödd barnet och föräldraskapet. Kvinnorna uppgav också att de önskat att de fått lära sig mer om vanliga amningsproblem. Flera andra svenska studier, bland annat Persson, Fridlund, Kvist och Dykes (2011), har visat att kvinnor upplevde att föräldragrupper på mödravårdscentralen [MVC] borde fokusera mer på föräldraskapet än förlossningen.

Amningsfrekvensen i Sverige har successivt sjunkit, både gällande hel- och delamning, sedan slutet av 1990-talet (Socialstyrelsen 2014b). Helamning innebär att barnet enbart får bröstmjolk och eventuella läkemedel. Delamning innebär att barnet får bröstmjolk och annan mat eller dryck. Amning innebär stora hälsofördelar för både mamman och barnet, på kort och lång sikt. För att barnmorskan ska kunna ge bra stöd och information till blivande föräldrar om amning, är det angeläget att hen har kunskap om hur gravida kvinnorna och deras partners upplever informationen.

Bakgrund

Amning

Amning ger spädbarn allt som behövs för optimal hälsa, tillväxt och utveckling. I Sverige behöver spädbarn dock få tillskott av vitamin D (Idenstedt, 2012). Bröstmjolk är unikt och har den perfekta balansen mellan protein, kolhydrater, fett, mineraler, vitaminer och vatten. Bröstmjolk är lättsmält och anpassas hela tiden till barnets ålder och näringsbehov (Weimers, Gustafsson & Gustafsson, 2008).

Bröstmjölken skydd barnet mot infektioner och sjukdomar då bröstmjölken innehåller antikroppar, lymfocyter (levande immunceller) och nukleotider som ökar barnets produktion av vita blodkroppar (Idenstedt, 2012). Detta skydd gäller både under och efter amningsperioden, och hur stort skyddet är beror ofta på hur länge barnet ammas helt eller delvis. Amning minskar risken för diarré, öron-, luft- och urinvägsinfektioner, astma, komjölksallergi, glutenintolerans, eksem, diabetes, plötslig spädbarnsdöd, neonatal sepsis och nekrotiserande enterocolit. (Weimers et al., 2008; Idenstedt, 2012). Barn som ammas blir inte förstoppade. Barn skyddas mot öroninfektioner i upp till tre års ålder, mot luftvägsinfektioner i upp till åtta års ålder och haemophilus upp till tio års ålder (Idenstedt, 2012). Bröstmjolk skyddar även barnet mot övervikt under hela livet (Idenstedt, 2012; Weimers et al., 2008). I vuxen ålder har personer som ammas lägre blodtryck, lägre kolesterolhalter, minskad risk för diabetes typ 2 och bättre resultat på intelligenstagningar (Weimers et al., 2008). Amning är inte bara mat och dryck utan ger barnets värme, närhet, kärlek, trygghet. Man vet också att amning ger smärtlindring vid exempelvis provtagning och injektioner. Amning främjar anknytningen mellan mamman och barn (ibid).

Mamman får också stora hälsofördelar av amning (Idenstedt, 2012). Efter förlossningen drar sig livmodern samman snabbare, minskar blödning och livmodern återgår till sin icke-gravida storlek snabbare, kvinnan tappar de extra gravidkilona snabbare och får minskad risk för benskörhet, bröstcancer och livmodercancer. Dessutom är modersmjolk alltid tillgängligt där mamman är, mjölken är ren och lagom varm vilket gör att amning ofta är smidigaste sättet att ge spädbarnet mat (ibid).

De tio stegen till framgångsrik amning (UNICEF, 1989; Weimers et al., 2008) (se Bilaga 1) beskriver hur man ska amma för att det ska fungera optimalt för mamma och barn. Första amningen bör ske inom de första 30-60 minuterna efter förlossningen. För att den nyfödda ska kunna initiera amning är det ytterst viktigt att barnet får ligga hud-mot-hud hos sin mamma och vara så ostörd som möjligt. Mamma bör uppmuntras att amma fritt, det vill säga att amma när barnet signalerar att hen vill amma, och få suga tills barnet själv släpper bröstet eller somnar. Det nyfödda barnet ska inte få någon annan mat eller dryck än bröstmjök, såvida det inte finns medicinska skäl. Mamma och barn ska samvårdas på eftervårdsavdelning och uppmuntras att ha mycket hud-mot-hud kontakt. Det rekommenderas inte att barn som ammas får napp eller får mat via nappflaska förrän amningen är etablerad, mjölkproduktionen i balans med barnets behov och barnet ökar väl i vikt (UNICEF, 1989; Weimers et al., 2008).

Under 2014 kom Socialstyrelsen ut med en svensk version av de tio stegen som främjar amning (Socialstyrelsen, 2014e, sida 3) där det står att hälso- och sjukvårdspersonal ska ”informera mammor/föräldrar om att de vid amningsproblem kan undvika att ge barn sug- och dinapp under de första en till två levnadsveckorna för att underlätta att amningen kommer igång.” Samtidigt gav Socialstyrelsen ut råd till föräldrar att ge spädbarn napp när hen sover, för att minska risken för spädbarnsdöd (Socialstyrelsen, 2014d). Svenska barnläkarföreningen och Barnmorskeförbundet kritiserade starkt rekommendationerna och speciellt att det inte framgår att man ska vänta med nappanvändning tills amningen är väl etablerad (Olsson, 2014).

Amning är ingen medfödd förmåga utan något som både mamma och barn behöver lära sig (Olanders, 2013). För en del är det enkelt och oproblematiskt och för andra är amning något som gör ont och ger oro (ibid). Enligt Kronborg och Vaeth (2009) har 40 % av kvinnor amningsproblem i början. Föräldrar upplever att amning är det svåraste de behövde lära sig som nyblivna föräldrar, enligt Kronberg, Harder och Hall (2014). Föräldrarna förväntade sig att amning var en naturlig process och denna förväntning byttes ut mot upplevelsen av att amning var svårt och att det krävdes uthållighet för att lyckas. I den svenska studien av Johansson, Aarts och Darj (2010) beskrev kvinnor att amning är en inlärningsprocess som kräver samspel mellan mamman, barnet, pappan, barnmorskan och miljön.

Den danska studien av Kronborg, Maimburg och Varth (2012) fann att kvinnor som upplevde att de sex veckor efter förlossningen hade tillräckliga kunskaper om amning ammade

signifikant längre än kvinnor som upplevde sig ha otillräckliga kunskaper. För framgångsrik amning är det av vikt att kvinnan får lära sig amningsteknik, har kontinuerlig kontakt med sitt nyfödda barn och ammar ofta (Kronborg et al., 2014).

Trots att amning är naturligt, så måste ändå både mamma och barn lära sig att amma (Magnusson Österberg, 2014; Olanders, 2013). Mamman måste lära sig att tolka barnets signaler, hålla barnet rätt och hjälpa barnet ta rätt tag, lära sig tolka om barnet får i sig tillräckligt med mjölk, kostråd för ammande, förebygga amningsproblem och lösa eventuella amningsproblem. Kunskap om amning är både teoretisk och praktisk. Barnet behöver lära sig att ta korrekt tag på bröstet. Faktorer som kan försvåra amningsstarten är om barnet är för tidigt födda, sjukt, är påverkade av läkemedel eller medicinska ingrepp, exempelvis kejsarsnitt, som skett under förlossningen, och att första amningen fördröjs. Även mammans mjölkproduktion och utdrivningsreflex kan påverkas av exempelvis värkstimulerande dropp, läkemedel och medicinska ingrepp som görs under förlossningen (Weimers et al., 2008). Det kan ta en månad eller längre innan amningen är etablerad, det vill säga att mjölkproduktionen är i balans med barnets behov (Weimers et al., 2008), barnet suger rätt, mamma håller barnet korrekt och mamman känner sig trygg med amningen och amningen känns trivsamt (Magnusson Österberg, 2014).

Kvinnor med HIV avråddes från att amma (Weimers et al., 2008), då det finns en viss risk att barnet smittas via bröstmjölken. Vissa läkemedel bör inte tas vid amning, men oftast kan läkemedel bytas ut mot ett annat som är mer lämpligt vid amning (Weimers et al., 2008). Riskfaktorer för att sluta amma tidigt är enligt Socialstyrelsen (2014b) att mamman är ung, har kort utbildning, är ensamstående, röker, är förstagångsmamma, att barnet är en pojke, låg födelsevikt, flerbörd, att barnet fått bröstmjölksersättning de första dagarna, att kvinnan är missnöjd med amningsrådgivning och kejsarsnitt. I Sverige ammar invandrargrupper i större utsträckning längre än tolv månader, än svenska kvinnor (ibid).

Världshälsoorganisationen [WHO] rekommenderar att endast bröstmjölk och eventuella läkemedel (inklusive vitamin D) ges till barn de första sex månader och att bröstmjölk därefter kompletteras med hälsosam mat. Amning bör fortsätta tills barnet är minst två år gammalt och därefter så länge både mamma och barn vill (WHO, 2003). Sverige har ställt sig bakom dessa rekommendationer (Socialstyrelsen, 2014b). Enligt Livsmedelsverket (2014) kan man ge barn mellan fyra och sex månader smakportioner av annan mat, men

smakportionen bör inte vara större än ett kryddmått/dag och får inte medföra att amningen eller bröstmjölk ersättning minskas.

Amning i Sverige

Antalet kvinnor som ammar sina barn varierar över tid. Exakt hur många barn som ammadades av sina mödrar eller av ammor under 1800-talet är okänt. Dock vet man att vissa barn fick färsk komjölk i dihorn och att dessa barn hade mycket högre dödlighet än de barn som blev ammade (Socialstyrelsen, 2014b).

År 1945 ammadades 95 % av barn vid två månaders ålder medan det 1972 enbart var 20 % för barn i samma ålder som ammadades (Socialstyrelsen, 2014b). Zetterström (1999) förklarar minskningen med att modersmjölkersättning blev allt bättre och tillgänglig, samt att mammor började arbeta utanför hemmet i större utsträckning. Samtidigt gick läkare ut med rekommendationer att amning skulle ske enbart var fjärde timme, med motiveringen att barn annars blev bortskämda och att magen behövde vila (Weimer, 2008). Dessa råd ledde dock till att kvinnor inte kunde upprätthålla mjölkproduktionen, att barn gick ner i vikt och att allt fler barn därför fick bröstmjölk ersättning.

Amningshjälpen bildades 1973 (Amningshjälpen, u. å.b) och amningsfrekvensen började öka (Socialstyrelsen, 2014b). År 1981 införde WHO och UNICEF ett förbud mot marknadsföring av modersmjölkersättning, barnmat, nappar, nappflaskor för barn under sex månaders ålder (WHO, 1981). Socialstyrelsen kom ut med allmänna råd angående den svenska tillämpningen av koden 1983 och denna ersattes 2008 av SOSFS 2008:33. Koderna var en anledning till att amningen ökade under 1980-talet, anser Zetterström (1999). Under 1980-talet ammadades 80 % av barn i två månaders ålder och amningsfrekvensen fortsatte att öka under 1990-talet (Socialstyrelsen, 2014b).

Enligt Zetterström (1999) berodde ökningen på amningsstödande åtgärder, främst Innocentideklarationen som kom 1990, på uppdrag av bland annat WHO, UNICEF och SIDA. Sverige antog deklARATIONEN, som erkänner amningens fördelar för barn, mödrar och samhället samt att amningsbefrämjande åtgärder leder till ett positivt amningsbeteende. Regeringar uppmanades att integrera amningsprogram i exempelvis föräldragrupper och ha amningsstödande åtgärder inom hälso- och sjukvården. (UNICEF, 1990)

En del av Innocentideklarationen var Baby-friendly Hospital Initiativ [BFHI] som startades av UNICEF (WHO & UNICEF, 2009) vilket innebar att sjukhus, MVC och barnvårdscentralers amningsvänlighet utvärderades utifrån "De tio stegen till lyckad amning" (Bilaga 1). De enheter som uppfyllde kraven fick en certifiering, som i Sverige kom att kallas Amningsvänliga sjukhus. Enligt Innocentideklarationen ska MVC ha en handlingsplan och all personal ska ha tillräckliga amningskunskaper för att kunna följa den. Gravida ska informeras om de 10 stegen för lyckad amning, de ska få information om amningens fördelar och hur man upprätthåller amningen (UNICEF, 1991). Dessa insatser ökade hälso- och sjukvårdspersonals medvetenhet och kunskapsnivå om amning (Socialstyrelsen, 2014b). År 2003 ammade 92 % av barn i två månaders ålder (Socialstyrelsen, 2014a). Därefter sjönk successivt amningsfrekvensen. BFHI arbetet i Sverige avslutades 2006 och det blev upp till varje sjukhus, MVC och barnvårdscentral att själva skapa amningsvänliga rutiner.

I Sverige ammade 2012, 96 % av barn vid en veckas ålder (81 % helammades), 86 % ammade vid två månaders ålder (66 % helammades), 63 % ammade vid sex månaders ålder (15 % helammades) och 18 % av barn ammade delvis vid tolv månaders ålder. (Socialstyrelsen, 2014a). Trots att Sverige internationellt sett har mycket bra amningsstatistik är det långt ifrån att uppnå WHO rekommendationer om helamning i sex månader och delamning i två år.

Föräldrastöd i Sverige

Socialdepartementet har gjort en utredning kring föräldrastöd vilket beskrivs i "Föräldrastöd - En vinst för alla" (SOU 2008:131). MVC möter 99 % av blivande föräldrar och föräldrastöd är väl integrerat i verksamheten. Omkring 98 % av alla MVC erbjuder förstagångsföräldrar föräldrautbildning i grupp, i slutet av graviditeten. Det är en barnmorska som leder gruppen. Ca 75 % av blivande förstagångsmammor deltar i föräldragrupper (Socialstyrelsen, 2014c) och ca 46 % av deltagarna i föräldragrupper är män (SOU 2008:131).

Utredningen framhåller att föräldrastöd ska: *"bygga på föräldrarnas egna resurser, stärka deras tillit till sin egen förmåga samt vara anpassat till både mäns och kvinnors behov"* (SOU 2008:131, sida 67). Målet med föräldrastödet är att erbjuda kunskap, reflektion, möjlighet till gemenskap med andra blivande föräldrar. Riktade stödinsatser ska också erbjudas alla föräldrar individuellt eller i grupp. Barnmorskan ska utforma stödet individuellt

efter föräldrarnas behov och med hänsyn till helhetsperspektivet, ex social situation, hälsa och tidigare kunskap och erfarenhet (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2014c) uppger både kvinnor och män att det viktigaste med föräldragrupperna var att förbereda sin inför föräldraskapet och att känna trygghet inför att ta hand om sitt nyfödda barn. I andra hand kom förlossningsförberedelse.

SOSFS 2008:33, "Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning " gäller för alla verksamheter inom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), det vill säga även MHV. Enligt författningen ska information om amning vara anpassad till det enskilda spädbarnets och moderns behov. Modern eller den som vårdar barnet ska få tydlig information om amningens fördelar jämfört med modersmjölkersättning, ammande kvinnors näringsbehov, hur de kan förbereda sin inför amning och upprätthålla amning. Information ska också ges att partiell uppfödning med modersmjölkersättning har en negativ inverkan på amning och att om man börjat ge modersmjölkersättning kan det innebära svårigheter att övergå till amning. Informationen ska vara objektiv och entydig (ibid).

Trots att amning är naturligt, är det ett beteende som både modern och barnet måste lära sig. Alla kvinnor bör, enligt Världshälsoorganisationen (2003), ha tillgång till kunnig personal, vid initiering och etablering av amning exempelvis internationellt certifierade amningskonsulter, amningsutbildade sjuksköterskor och barnmorskor samt frivilliga från Amningshjälpen, personal ska skydda, främja och stödja exklusiv amning i sex månader och fortsatt del amning i två år eller längre. Informationen om amning ska vara objektiv, konsekvent och fullständig, utan kommersiellt inflytande. Professionsgrupperna ska verka för att bygga upp kvinnors självförtroende, förbättra amningsteknik, förebygga och lösa amningsproblem. Detta bör vara en rutin under graviditet, förlossning och närmaste tiden efter förlossningen oavsett om mammorna har friska eller sjuka barn (ibid).

Regeringen ålägger alla offentliga aktörer, inklusive mödrahälsovården, att ha sin utgångspunkt i barnens rättigheter, specifikt barnkonventionen (Socialstyrelsen, 2014c).

Enligt barnkonventionens artikel 24 har barn rätt till bästa uppnåeliga hälsa och alla föräldrar ska informeras om fördelarna med amning, barnhälsovård, näringslära, förebyggande av olycksfall med mera (UNICEF, 1989) samt få stöd att använda kunskapen. Sverige antog barnkonventionen 1989 (Idenstedt, 2012). Amning tillgodoser barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Dock har mamman rätt att välja hur hon vill ge sitt barn mat och rätt förutsättningar för

att hon ska kunna förverkliga sina val (WHO, 2003). Partners behöver också få amningskunskap eftersom deras stöd kan vara avgörande för amningen (ibid).

Swanssons omvårdnadsteori kan med fördel användas för att tydliggöra barnmorskan roll vid amningsinformation. Omvårdnadsteorin har fem kategorier: barnmorskan ska vara kompetent och kunnig, hon ska vara emotionellt närvarande för föräldrarna, hon ska sträva efter att möta allas individuella behov, hon ska bara objektiv och ge tydlig och omfattande information (Norling-Gustafsson, Skaghammar & Adolfsson, 2011).

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor upplever den amningsinformation de får under graviditeten.

Metod

Författaren valde att göra en kvalitativ studie med intervjuer för att få djup förståelse av kvinnors upplevelser av amningsinformation. Intervjuer är en datainsamlingsmetod där informanterna själva får berätta om sina upplevelser och erfarenheter (Hartman, 2004). Ostrukturerade intervjuer används vid kvalitativa intervjuer och intervjuguide används för att få samtalen att kretsa kring syftet och frågeställningarna (ibid). Intervjuer ansågs lämpligt för studiens syfte.

Urval

Inklusionskriterier var förstföderskor som har besökt mödrahälsovården under graviditeten och efter förlossningen vårdats på en eftervårdsavdelning i en mellanstor stad i södra Sverige. Informanten måste tala och förstå svenska eller engelska. Exklusionskriterier är mammor vars barn är svårt sjuka eller dödfödda. Ett så brett urval som möjligt eftersträvades för att få förståelse och ett helhetsperspektiv (Polit & Beck, 2006).

Urvalet skedde konsekutivt, det vill säga de som uppfyllde inklusionskriterierna under en viss tid och plats erbjöds deltagande. Alla förstföderskor som fick hemgångsinformation på tisdagar och torsdagar under sommaren 2009 skulle informeras och erbjudas deltagande. Dock visade det sig att personalen på eftervårdsavdelningen hade svårigheter att komma ihåg att rekrytera på specifika dagar. Därför ändrades det till att alla förstagångsmammor informerades och erbjöds deltagande. De kvinnor som ville delta i studien ombads att fylla i en blankett med namn, telefonnummer samt barnets födelsedag. Rekryteringen avslutades när 15 informanter hade lämnat godkännande att delta i studien.

Studien hade tre bortfall. En föll bort då hon skulle resa utomlands en längre tid, och två föll bort då författaren inte lyckades nå dem trots upprepade påringningar. Ytterligare en kvinna exkluderades efter intervjun på grund av att hon hade haft författaren som doula under graviditeten, förlossningen och spädbarnstiden.

Elva kvinnor inkluderades i studien. De var mellan 22 och 32 år. Fyra hade gymnasial utbildning och sju högskoleutbildning. Vid intervjutillfället helammade nio av kvinnorna, en delammade och en ammade inte alls. Alla var sammanboende med barnets pappa. En kvinna hade invandrabakgrund och övriga svensk bakgrund. Alla utom en kvinna hade fött vaginalt.

Datinsamling

Intervjuaren tog kontakt med kvinnorna via telefon ca fyra veckor postpartum och frågade om hon fortfarande ville delta i studien. Intervjun skedde i kvinnans hem och barnet var välkommen att närvara. Kvinnorna bodde runt om i Södra Sverige, på landsbygden, i mindre och större städer. Intervjuerna var mellan tolv och 42 minuter långa, med en medellängd på 24 minuter.

Intervjun började med en öppen fråga; ”Kan du berätta om den amningsinformation du fått under graviditeten?” Kvinnorna uppmuntrades att prata fritt. Utifrån kvinnornas svar gavs sedan öppna frågor utifrån intervjuguiden (Bilaga 2) (Polit & Beck, 2006). Följdfrågor utifrån informanternas berättelser ställdes också för att fördjupa och förtydliga deras svar.

Intervjuerna spelades in och inspelningarna transkriberades ordagrant en tid efter intervjun.

Intervjuerna genomfördes av författaren, som har erfarenhet av att arbeta med gravida, födande och nyförlösta kvinnor samt erfarenhet av att undervisa och ge råd om amning, både i privat och offentlig regi.

Data analys

Kvalitativ innehållsanalys används för att identifiera variationer, skillnader och likheter, vilket passade studiens syfte väl. Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Graneheim Lundman (2004) har använts. Innehållsanalys är en vetenskaplig metod för att strukturera upp en större mängd ostrukturerad data. Kvalitativ innehållsanalys används ofta inom omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter, så som transkriberingar av intervjuer. Den metodologiska ansatsen som författaren använt är induktiv, vilket innebär en förutsättningslös analys av människors berättelser om sina upplevelser. I kvalitativ tradition utgår man ifrån att sanning finns i betraktarens ögon och omvärlden är komplex, kontextbunden, konstruerad och subjektiv. Därför måste man under analysen se texten i ett sammanhang vilket innebär en tolkning av informanternas personliga historia, livsvillkor och kultur. En text får mening genom läsaren och en text har därför inte *en* given mening, då flera tolkningar är möjliga och kan vara giltiga även om de skiljer sig åt. I kvalitativ forskning måste forskaren zooma in och zooma ut, vilket gör att man i högre utsträckning blir medskapare i forskningsprocessen. Vid ostrukturerade intervjuer är det inte möjligt eller önskvärt att forskaren ställer sig utanför. Forskaren stimulerar berättandet och blir då medskapande till texten. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer; likheter och skillnader (Lundman & Graneheim, 2008).

Författaren läste de transkriberade intervjuerna fem gånger för att uppnå en förståelse av materialet. De delar av texten som var relevanta för syftet, de så kallade meningsenheterna, lyftes ur materialet, kondenserades och fick en kod. Koderna relaterades till olika underkategorier och kategorier. Kategorierna samlades i teman. Resultatet presenterades med beskrivande text och exempel på citat.

Författarens mål var att hålla de första stegen av analysen på en manifest deskriptiv nivå, det vill säga meningsbärande enheter dokumenterades och kodades utifrån kvinnornas ordagranna berättelse. Vid skapandet av underkategorier, kategorier och teman blir analysen latent, det

vill säga författaren tolkar det hon uppfattar att kvinnorna berättar. Den latent nivån befasts sedan med den manifesta deskriptiva nivån genom redovisning av citat (Wirback, 2009).

Forskningsetiska avvägningar

Skriftlig och muntlig information om studien gavs till verksamhetschefen på Kvinnokliniken och personal på eftervårdsavdelningen, och skriftligt medgivande inhämtats från verksamhetschefen. Rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har erhållits.

Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. Informanterna gav sitt informerade samtycke, vilket är en av principerna i Helsingforsdeklarationen (World medical association, 2013). Inga risker för informanterna har identifierats.

Endast författaren har haft tillgång till utskrifterna av intervjuerna och endast författaren har haft kännedom om informanternas identitet. Författaren har tystnadsplikt och garanterar konfidentialitet. Kvinnorna kunde när som helst välja att avbryta deltagandet i studien. Helsingforsdeklarationen har följts (World Medical Association, 2013).

Författaren arbetade på eftervårdsavdelningen under sommaren då rekryteringen pågick, men ingen bias ansågs föreligga då studien inte handlade om erfarenheter från eftervårdsavdelningen och författaren inte deltog i rekryteringsprocessen.

Resultat

Under analysen identifierades nio teman, med kategorier och underkategorier, se Tabell 1. Exempel på kodning finns i Tabell 2 (Bilaga 3).

Tabell 1

Analys av resultatet

Tema	Kategori	Underkategori
Barnmorskan säger att amning är viktig men visar inte att amningsinformation är viktigt	Positiva attityder	Amma bäst
	Amningsinformation	Ersättning okej Kortfattad och begränsad Förberedd Bra kunskaper Bristande kunskaper Barnmorskans syn på mottaglighet Barnmorskan jobbar inte direkt med amning
	Enskilda samtal	Planeras amning? Personliga frågor
	Barnmorskans information om problem	Berättar om amningsproblem
Behov att veta om amningsproblem	Släktingar/vänners berättelser	Berättade inte om amningsproblem Förberedde kvinnorna Delade sin erfarenhet Fler initiativ till inläring Berättade om amningsproblem
	Tidpunkt för föräldrautbildning	Trygghet att inte vara ensam 7-8 månader Tidigt i graviditeten Sent i graviditeten
Mottaglighet	Egen informationssökning	Sista veckorna Tidigt i graviditeten Fokus på graviditet Förlossningsrädsla
	Låg mottaglighet	“Amning naturligt och enkelt”
	Hög mottaglighet	Länge tills dags för amning Oroliga för amningsproblem Hög motivation att amma Sökte mer information själva
	Amning är teoretiskt och praktiskt	Innehåll i föräldrautbildning
Bristande information		Skriftlig information Kostråd Amningsteknik
Teori viktig		Förberedda och trygga Begränsningar att lära sig amning Begränsningar att förstå hur amning kommer upplevas Information och stöd behövs postpartum
Pedagogiska hjälpmedel		Bilder/film Docka/lösbröst Bilder
Föreberedd genom egen informationssökning		Fysiologi och anatomi Amningsteknik Amningsfördelar

Man vet inte vad man inte vet	Att kunna fråga på föräldrautbildningen	Amningsproblem Smågrupp
Partnerns närvaro gjorde amning till gemensam sak	Information baserad bara på frågor	Föreläsning Man vet inte vad man ska fråga
	Gemensam uppgift	Delaktighet
Lära av andra	En del av det vardagliga samtalet	Hjälpas åt att minnas Samma information Ta del av andras erfarenheter
	Att läsa på webbaserade forum	Se andra amma Amningsproblem Att amning måste läras Tips Mer verkligt än fakta Inte relevant då amning är personligt På smärta, tid och focus
Begränsad information gav press och osäkerhet	Oförberedda	På amningsproblem
	Skuldbeläggning Osäkerhet	Mer information önskades Perspektiv på amning
Önskemål	Amning behöver läras Mer information på enskilda samtal	

Barnmorskan säger att amning är viktig men visar inte att amningsinformation är viktigt

Barnmorskorna upplevdes ha *positiva attityder* till amning. En del kvinnor uppfattade det som att barnmorskan rekommenderade alla att amma och att de helst såg att alla ammade för det var så mycket bättre än bröstmjölksersättning, medan andra kvinnor upplevde att barnmorskan tyckte amning var bra men att det var helt okej att ge ersättning om man inte ville eller kunde amma.

Genomgående berättar kvinnorna att *amningsinformationen* de fick av barnmorskan var kortfattad och begränsad. Kvinnorna tyckte att amningsinformation borde prioriteras mer, både tidsmässigt och innehållsmässigt, men samtidigt var det viktigt att övrig information på föräldragrupperna inte kortades ned för mycket. Kvinnor upplevde att vissa barnmorskor inte varit tillräckligt förberedda när de gav amningsinformationen. De uppgav att många barnmorskor verkade ha bra kunskap om amning och hur man skulle lära ut om amning. Samtidigt var det kvinnor som berättade att det var svårt att veta hur mycket barnmorskan

kunde, då hon pratade så lite om amning. Vissa kvinnor berättade att barnmorskan gav felaktig information eller inte kunde svara på deras frågor.

”Där sa de faktiskt fel på de här informationsträffarna för där sa de att man kunde äta precis vad som helst när man ammade. Så men då var det väl någon som rättade dem och sa att man fortfarande inte ska äta vissa fiskar.” Informant III

Kvinnorna upplevde att det var motsägelsefullt att barnmorskan sa att amning var viktigt men samtidigt gav de väldigt lite information om amning under graviditeten. Det hände också att barnmorskor sa till de gravida och deras partner att de ändå inte skulle ta till sig informationen, men att de var tvungna att prata om amning.

”Man fick intrycket, när hon pratade om det, att hon tyckte det var någonting viktigt, men... sen pratade vi ju inte om det jätte jättemycket å andra sidan.” Informant VII

Genomgående berättar kvinnor att de upplevde att de fick bättre hjälp och kunskap på eftervårdsavdelningen, och att detta delvis kunde bero på att barnmorskorna på MVC inte jobbade med amning utan bara amningsinformation.

Barnmorskorna på MVC frågade kvinnorna om de planerade att amma, men utöver det så diskuterades inte amning och ingen information gavs. En del kvinnor berättade att de hade initierat *enskilda samtal* om amning med sin barnmorska och att dessa samtal handlade om man kunde amma med olika sorters bröst och bröstvårtor:

“Det egentligen var det enda som jag var orolig över. Hur det skulle funka liksom/ Att mina bröstvårtor då typ skulle trilla av.” Informant V

Behov av att veta om amningsproblem

Kvinnorna upplevde det som positivt att barnmorskan *informerade* om att det kunde vara svårt att lära sig amma och att det kunde bli en del *amningsproblem* i början. De kvinnor som inte fick information av barnmorskan om att amningsstarten kunde vara problematisk upplevde att de saknade och hade haft behov av den kunskapen. Om man fått information att amning alltid fungerar så kan kvinnor lägga skulden på sig själva när det uppstår problem.

Kvinnorna beskrev *vänners och släktingars berättelser om amningsproblem*. Ofta berättade de vad de haft för amningsproblem och att lösning oftast varit att sluta amma. En del

vänner/släktingar berättade att amningsstarten varit jobbig men att det sedan funkade väl. Kvinnorna upplevde att det var bra att vänner/släkt berättade att det var vanligt med amningsproblem, då det hjälpte dem att förbereda sig på vad som skulle kunna hända. Det gav dem en trygghet att veta att man inte var ensam eller konstig om man fick problem med amningen. Samtidigt berättade kvinnor att de inte blev avskräckt att amma, utan hade en tilltro till att det skulle funka för dem. Berättelserna gjorde att kvinnor tog fler initiativ till att lära sig om amning och ställde fler frågor både under graviditeten och efter förlossningen.

Kvinnor som enbart hört positiva berättelser om amning upplevde det som negativt när de själva fick amningsproblem. De kände sig ensamma och att det var dem själva det var fel på. *“Andra hade heller inte problem med amningen. Alla hade tillräckligt till sina barn. Men det hade inte jag. /Jag tror bara det är jag själv som har detta problemet.”* Informant IV

Mottaglighet

Tidpunkten för föräldrautbildningen togs upp som viktigt. Kvinnorna var gravida i ca 7-8 månaden när de deltog i föräldragruppen om amning. Många tyckte att det var lagom att prata om amning då, men flera hade också kunnat tänka sig att ha det senare i graviditeten. Vissa kvinnor upplevde att de hade varit mer mottagliga för amningsinformation tidigt i graviditeten då man var övermättad på information mot slutet av graviditeten.

Även *tidpunkten för egen informationsökning* på exempelvis Internet togs upp. Nästan alla av kvinnorna hade sökt information om amning på Internet och/eller läst om amning i böcker. Oftast skedde detta under de sista veckorna av graviditeten när kvinnorna kände att det var mer verkligt att det skulle födas ett barn och man började fundera på vad som skulle hända när barnet kom. Andra kvinnor sökte amningsinformation tidigt i graviditeten samtidigt som de var online och sökte information om graviditeten.

Kvinnorna som inte sökte information om amning i böcker eller på Internet berättade att de hade sitt fokus på graviditeten och förlossningen, och inte tänkte så mycket på vad som skulle komma förlossningen. En del kvinnor beskrev att de var rädda och oroliga inför förlossningen och inte orkade tänka på vad som skulle komma efter förlossningen.

En del kvinnor beskriver att deras *mottaglighet* och intresse för amningsinformationen under graviditeten var *låg*, i med att de trodde att amning skulle vara naturligt och att det var självklart att det skulle funka. Graviditeten och förlossningen upplevdes som mer intressant och aktuellt, och kvinnor upplevde att det var länge tills de skulle amma. Kvinnor som hade *hög* motivation till att amma eller som var oroliga att amningsproblem skulle kunna uppstå, var också mer *mottagliga* och intresserade av informationen och var mer proaktiva i att söka information själva.

”Att förlossningen var man mer fokuserad på och amningen kändes som det var ju långt tills dess. Men det var ju inte det. Så det var något, ett problem man mer tog när det kom.”

Informant II

Amning är teoretiskt och praktiskt

Kvinnorna berättade om *innehållet i föräldragruppen*. Det handlade om fördelar med att amma, flaskmatning, amningsteknik, napp, amningsproblem, fysiologi, hjälpmedel, amningsfrekvens, amningslängd och amningsstarten. En del kvinnor fick också skriftlig information från barnmorskan. De fick veta att de kunde vända sig till Amningshjälpen och/eller Amningsmottagningen om de behövde hjälp och stöd med amningen efter barnets födelse, och detta upplevdes som tryggt. Ibland upplevde kvinnor att *informationen* de fick var *bristfällig* och svår att genomföra eller att missförstånd uppstod. Exempelvis trodde en kvinna det var meningen att bebisen skulle få ligga på bröstet alltid, hela tiden. Kvinnor önskade att de fått mer information om kostråd för ammande och fler tips på olika amningspositioner. Överlag önskade kvinnorna att de hade fått mer omfattande information om amning.

Kvinnor upplevde att det var skillnad på att lära sig något i teorin och att sedan göra det praktiskt, men att *teorin* ändå var *viktig*. Teorin hjälpte kvinnorna att känna sig förberedda på hur de skulle göra och beredda på vad som skulle hända med exempelvis bröstet.

Vid många av föräldragrupperna användes *pedagogiska hjälpmedel* som docka och/eller lösbröst för att lära ut amning och detta upplevdes som positivt då man förstod mer hur man skulle göra än om barnmorskan bara berättade. Det fanns önskemål att även kvinnorna skulle fått pröva att använda docka och lösbröst för att lära sig mer praktiskt hur man skulle göra.

Emellanåt användes film om amningsstarten och bilder på barnets tag på bröstet i undervisningen och detta gjorde att kvinnorna fick en bättre bild av hur man skulle göra.

Kvinnorna berättade om vad de läste om i böcker och/eller på Internet. Det handlade om fördelar med att amma och bröstmjolk, i vilka positioner man kan amma, bröstskötsel, hur ofta och när man ska amma, mjölkproduktion, hur bebisen ska ta tag och suga på bröstet, anknytning och amning, hur länge man kan helamma och delamma, hur amning kan upplevas psykiskt, amning och närhet, immunförsvaret, att bröstmjölken förändras utifrån barnets ålder och behov, hormoner som reglerar amning, råmjolk, mogen mjolk, den första amningen, amningsproblem, napp, utdrivningsreflex, mjölkstockning, anatomi, läcka råmjolk under graviditeten, underproduktion och överproduktion. Flera kvinnor berättade att det var bra att se bilder på de olika ställningar man kan amma i och hur barnets tag om bröstet ska se ut.

“Hur den börjar liksom, om det bara finns mjolk helt plötsligt liksom och när, hur den kommer igång liksom, hur det rinner till. Det var mest det jag var intresserad av.” Informant VI

Flera kvinnor uppger att det är bra att *söka information själv* och att det hjälpte dem att känna sig *förberedda*, men att man inte kan förstå helt vad amning innebär och hur man ska göra det förrän barnet har kommit ut. Det finns begräsningar på vad man kan lära sig om amning under graviditeten, då amning är både teoretiskt och praktiskt. Utan barnet i famnen är det svårt att lära sig hur man ska göra. Man kan inte heller få information om hur man kommer uppleva olika saker, exempelvis såriga bröstvårtor, förrän man är i den situationen.

“Man läste det och sen så liksom jaja, så var det med det. Men efterhand så var det ändå bra att man hade läst det liksom att det fanns i bakhuvudet, fast även om man kanske inte tänkte på det. På det här sättet innan han föddes. Det fanns ju alltid med fast kanske inte längst fram i hjärnhalvan.” Informant X

De flesta tyckte att informationen de fått under graviditeten hade hjälpt dem att komma igång med amningen till viss del, men att det ändå behövdes hjälp, stöd och information på eftervårdsavdelningen för att lära sig de praktiska delarna av amningen. Informationen gjorde att kvinnor kände sig trygga och förberedda, även när oväntade saker, som exempelvis kejsarsnitt, inträffade. Kvinnor som inte sökte information själva upplevde att de fick skylla sig själva om amningen inte fungerade i med att de inte sökt information själva.

Man vet inte vad man inte vet

Att kunna *ställa frågor på föräldrautbildning* ansågs viktigt. Ett par av kvinnorna hade föräldragruppen i föreläsningsformat och övriga i mindre grupper. Kvinnorna som deltog i storföreläsningarna upplevde att det inte fanns utrymme för diskussioner och att de inte riktigt vågade ställa frågor, även om barnmorskorna sa att de fick ställa frågor. Kvinnor som deltog i mindre grupper upplevde att de kunde ställa frågor och att det kändes positivt att göra detta. Ibland *baserades* nästan hela amningsinformationen på *vad deltagarna frågade* om och detta upplevdes som problematiskt då amning var så nytt att man inte visste vad man skulle fråga. Vissa kvinnor hade funderingar på om amningen skulle funka för dem, men upplevde att de inte kunde få svar på det.

“Vi fick ju ställa frågor, men just då hade man inga. Sen är det ju svårt att veta när det är första barnet också, när man inte vet riktigt.” Informant IX

Partnerns närvaro gjorde amning till gemensam sak

Flera av kvinnornas partner deltog i föräldragruppen vid tillfället då amning diskuterades och det upplevdes som positivt och upplevdes som att *amningen var en gemensam uppgift*. Det ökade känslan av att amning och föräldraskap var något de gjorde tillsammans och hjälpte deras partner att vara mer delaktig. Det var bra att båda fick samma kunskap för då kunde de hjälpas åt att minnas informationen. Kvinnor upplevde att det var skönt att partnern fick veta att det kunde uppstå amningsproblem. De som inte hade med sig sin partner tyckte att det var okej och att de pratade hemma.

“Så det var skönt att han även fick veta det liksom. Få information om hur det fungerar och att det kanske att det inte alltid funkar. För de är väl inte heller jätteinsatta i det här med bebisar och amning och det är ju nytt för honom också. Så det var jätteskönt att ha honom med.” Informant VI

Lära av andra

Nästan alla kvinnorna hade pratat med vänner eller släktingar om amning under graviditeten. Ibland var det kvinnorna som frågade vänner/släkt om deras erfarenheter, exempelvis hur länge de ammat och hur det fungerat för dem. Ofta tog vänner/släktingar initiativ till att prata om amning och berätta om sina upplevelser. Amning var också en *del av det vardagliga*

samtalet och man lärde sig om amning eller fick ta del av andras erfarenheter av sådant som vänner/släktingar berättade i förbigående om sina liv. Kvinnorna upplevde att de lärde sig från sina vänner/släktingar. Det kunde handla om att ha sett dem amma, att man kunde få bröstböld, att stress kunde påverka amning, amningsproblem, hur amning kunde vara en del av vardagen och att amning var något man behövde lära sig eller fundera en del på.

“Det var kompisar som tog upp det med mig snarare än tvärt om. Jag frågade dem om förlossningen och då började de prata om amning.” Informant I

De flesta kvinnorna uppgav att de inte fått information från vänner/släktingar angående hur man skulle amma, hur de kunde undvika amningsproblem eller lösa amningsproblem. Den vanligaste lösningen på amningsproblem var att sluta amma. När man frågar lite djupare visar det sig dock att kvinnorna oftast fick något tips på vägen. Det har handlat om hur man kan amma på offentlig plats, användning av napp, vårda ömma bröstvårtor och att se till att få amningshjälp i början.

Att läsa på webbaserade forum om olika kvinnors upplevelser var positivt för vissa och negativt för andra. Kvinnor upplevde ibland att det kunde vara bra att ta del av andras personliga erfarenheter, att detta kändes mer verkligt och att man inte var ensam om sina upplevelser. Andra tyckte dock att andras upplevelser inte var relevant för deras egen amning och att de hellre sökte sig till mer faktabaserad kunskap.

“Jag har känt att amning är nånting som är så personligt/att man inte riktigt kan, kanske få hjälp genom att läsa ett forum liksom. När det väl kommer till att jag själv ska klara av det liksom. Så jag har väl inte känt att jag har behövt och gå in på sådana sidor.” Informant V

Begränsad information gav press och osäkerhet

Kvinnor upplevde att den kortfattade informationen från MVC gjorde att de kände stor press de första dagarna efter förlossningen. De var *oförberedda* på hur mycket fokus och tid som krävdes för att initiera och etablera amningen. Kvinnorna berättade att de var förberedda på att förlossningen skulle göra ont men inte att amningen också kunde göra ont. Kvinnor som upplevt att barnmorskan förmedlat att det var lätt att amma och självklart att det skulle fungera, upplevde att amningsstarten var jobbig och de kände stor press att få det att fungera. Kvinnorna funderade på om barnmorskan undanhöll information för att de inte ville skrämma dem, men kvinnorna upplevde att det blev mycket negativt då kvinnorna *la skulden på sig*

själva och trodde att det var de själva som det var fel på, exempelvis att det var de själva som var ovanligt känsliga.

”Med tanke på hur lite information innan man får om amning så när man väl fått ut barnet så känns det som att det är en väldig amningshets på en helt plötsligt.” Informant III

Alla kvinnor upplevde dock en *osäkerhet* inom ett eller flera områden, som de kände att de gärna haft information om under graviditeten. För många handlade det om mjölkproduktionen de första dagarna och förvåningen över att bröstet blev spända, stora, droppade konstant eller tvärt om att bröstet aldrig kändes spända. Kvinnorna kände att de hade behövt någon som satt amningen i perspektiv för dem. De trodde att de första dagarnas amning var representativt för hur det skulle vara hela amningsperioden, och det var en skrämmande tanke. Det handlade om att bröstet var stora och spända, att amningen barnet ville suga större delen av dagen, att amningen krävde mycket tid och energi, och att det gjorde ont. Att man behöver ha tålamod önskar kvinnor att någon hade berättat.

”När mjölkproduktionen och allting kom igång då trodde man nästan att det var nåt fel liksom alltså för det kändes nästan som ’nu har jag väl fått mjölkstockning eller nånting’ /tänkte ’åh herregud ska man gå runt såhär?’ /så trodde jag inte det skulle va en sån explosion och att det faktiskt går ner lite igen sen.” Informant VII

Önskemål

Kvinnor upplevde att det var svårt att veta om barnet fick i sig lagom, för mycket eller för lite mjölk och om barnet slutade suga för att hen var mätt eller om mjölken var slut. Det var också svårt för kvinnorna att veta hur ofta barnet skulle amma, speciellt om kvinnorna fick motstridiga råd om fri amning och amning var fjärde timme. Detta önskar kvinnor att barnmorskan pratat mer om under föräldragruppen.

”Men sedan tyckte jag det är ganska svårt att veta om det kommer någonting ur mig. Det har jag tyckte hela tiden. /Svårt att veta fortfarande om han är mätt eller om det är slut när han slutar.” Informant XI

Kvinnorna kom till insikt de tidiga dagarna efter förlossningen att *amning var något man behövde lära sig*.

”Graviditeten och förlossningen händer ju bara. Amningen är det första man lär sig. Man får påminna sig om att det inte är något som kommer av sig själv. Det kommer att kräva tid och energi och träning” Informant I

Det fanns önskemål om att barnmorskan skulle gå igenom amningsinformation även vid ett *enskilt samtal* i samband med ett av de sista besöken på MVC och att alla skulle få *amningsinformation*, även om man inte kunde eller ville delta i föräldragrupperna.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Kvalitativ innehållsanalys passade syftet väl då ett brett och varierat resultat kunnat identifieras och presenteras. Elva informanter ansågs vara tillräckligt för att få ett varierat resultat men ändå en hanterbar textmängd att analysera. Mättnad innebär att man vid intervjuer upptäcker att man inte får någon ny kunskap och att man då bör avsluta datainsamling (Hartman, 2004). Mättnad uppstod redan vid åtta-nio informanter och övriga bekräftade resultatet. Bortfallet på fyra anses därför inte ha påverkat resultatet. Kvinnan som haft författaren som doula exkluderades då det inte ansågs att hennes svar kunde vara tillförlitliga eller neutrala på grund av hennes relation till författaren.

En eventuell brist som identifierats är att författaren var ovan vid att hålla i intervjuer. En mer erfaren intervjuare hade potentiellt kunnat få ett ännu mer fördjupat resultat. Författarens kunskap och erfarenhet om amning och undervisning anses ha varit en styrka och tillgång vid genomförandet av intervjun och analysen. Tolkning av texter förutsätter att författaren har kunskap om sammanhanget (Lundman & Graneheim, 2008).

Rekryteringen skedde på en eftervårdsavdelning som författaren arbetade på. Författaren deltog inte i rekryteringsprocessen och intervjun handlade inte om vården på

eftervårdsavdelningen. Dock kan man fundera på om det trots detta finns bias i att författaren vårdade en del av informanterna.

Ytterligare en svaghet i studien är att den genomfördes av en person. Enligt Lundman och Graneheim (2008) är ett sätt att öka tillförlitligheten vid kvalitativ innehållsanalys om två eller fler forskare läser och genomför hela eller delar av analysen gemensamt. Författaren försöker dock öka tillförlitligheten och giltigheten genom att beskriva metod och urval utförligt och inkludera ett exempel från analysen så kan läsaren följa författarens process. Citat från intervjuerna har använts för att visa tillförlitligheten och giltigheten.

Trovärdighet handlar om överförbarheten av resultatet till en större population (Lundman & Graneheim, 2008). Då mättnad uppstod efter åtta-nio intervjuer anses resultatet vara överförbarhet till en större del av gravida. Dock hade resultatet varit med överförbart om det varit större variation av informanter. Åldersfördelningen av informanterna var 22-32 år, vilket innebär att det saknas hur äldre och mycket unga kvinnor upplever amningsinformation. Det saknas även ensamstående kvinnor i studien. Enbart en av informanterna hade invandrarbakgrund och eventuellt hade fler påverkat resultatet. Att urvalet inte blev mer varierat får anses vara en brist i att använda konsekutivt urval.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor upplever den amningsinformation de fått under graviditeten. Resultatet kan sammanfattas med följande punkter:

- Barnmorskan på MVC hade en positiv attityd till amning men amningsinformationen på MVC var kortfattad, begränsad och ofullständig.
- Kvinnor har behov av att informeras om amningsproblem.
- Mottagligheten och intresset för amningsinformation var lågt när kvinnor trodde att amning var naturligt och att det var självklart att det skulle fungera.
- Det finns begränsningar att lära sig amning under graviditet då amning är både teoretisk och praktisk.
- Man vet inte vad man ska fråga eller vilken information man ska söka.
- Partnerns närvaro gör amning till en gemensam sak

- Samtal med vänner/släkt gav begränsat med kunskap men ökade kvinnors initiativ till att lära sig om amning och minskade känslan av ensamhet.
- Informationsbrist gjorde att kvinnor upplevde stor press få amningen att fungera.
- Kvinnorna hade önskemål om information och pedagogik som inte uppfylldes.

Barnmorskorna *sade* att amning är viktigt men kvinnorna i studien upplevde att barnmorskorna inte *visade* att de tyckte att amningsinformation var viktigt. Detta visade både den begränsade tiden som lades på amning, att informationen var bristfällig och ibland felaktig samt att amningsstarten ibland bagatelliserades. Många kvinnor upplevde att MVC inte hade förberett dem tillräckligt på amningsstarten. Andra studier bekräftar detta resultatet, exempelvis Andersson et al. (2012) som fann att kvinnor upplevde att de inte hade fått tillräckligt med information om vanliga amningsproblem under graviditeten. Individuella samtal mellan den gravida om amning var nästan obefintliga, förutom den obligatoriska frågan om kvinnan planerade att amma.

De flesta gravida trodde att amning var naturligt, skulle fungera av sig själv, att man kommer veta hur man ska göra och att bebisen vet hur hen ska göra. Detta resultat återfinns i Kronoberg et al. (2014) studie. Med denna attityd så är behovet av att söka information lågt. Istället, anser författaren, så borde barnmorskor i högre grad förmedla till kvinnor att amning är något som både barnet och mamman behöver lära sig. Kronborg et al. (2012) fann i sin studie är att det är viktigt att barnmorskan försöker stärka kvinnans tilltro till sin förmåga att amma och hjälper henne att sätta upp mål för sin amning.

Liknande resultat som funnits i denna studie återfinns i Persson et al. (2011) studie. Båda studierna fann att kvinnor tyckte det var barnmorskans ansvar att informera dem under föräldragrupperna om vanliga problem som kunde uppstå de första dagarna efter förlossningen. Resultaten både i Person et al. (2011) studie och i denna studie visade att kvinnor tyckte att de inte kunde förväntas veta vilka frågor de skulle ställa och att även om de inte hade varit speciellt intresserad under föräldragruppen så skulle de komma ihåg informationen. Kvinnor uppgav också att de tyckte att föräldragrupp borde fokusera mer på föräldraskapet än förlossningen.

Det vore värdefullt att studera barnmorskors attityd till att ge amningsinformation till gravida, för att se om och varför det finns en skillnad mellan den positiva attityden till amning och den relativt negativa attityden till amningsinformation. I SOU 2008:131 kan man läsa att

barnmorskor upplever att de saknar tillräckliga pedagogiska kunskaper för att upprätthålla en god föräldragrupp.

Utifrån studiens resultat kan slutsatsen dras att barnmorskor på MHV inte följer Swanssons omvårdnadsteori (Norling-Gustafsson, Skaghammar & Adolfsson, 2011). Barnmorskorna förfaller sakna tillräcklig kompetens om amning och pedagogik alternativt använder de inte den kompetens de har, de möter inte kvinnors individuella behov och ger inte tydlig eller omfattande information. Författaren i föreliggande studie, anser att det är viktigt att barnmorskor får vidareutbildning i både pedagogik och amningskunskap. Att det är viktigt att barnmorskan har goda kunskaper om amning fann också Ekström, Widström och Nissen (2006) i sin svenska studie. Kvinnor som fått amningsinformation och stöd av särskilt amningsutbildad hälso- och sjukvårdspersonal var signifikant mer nöjda med stöd och information, än kvinnor som bara deltagit i MVC föräldragrupp. Kvinnorna visste i större utsträckning vart de kunde vända sig om problem med amningen uppstod och de helammade sina barn längre, än kvinnor som deltagit i MVCs föräldragrupper.

Få kvinnor i studien fick stöd och information om amning av sin barnmorska vid de enskilda MVC besöken. Inte heller kvinnor som inte deltog i föräldragrupper fick enskilda samtal. Detta anser författaren av föreliggande studie som är en brist som måste åtgärdas, då det både upplevdes negativt av kvinnorna och då det enligt nationella och internationella styrdokument är barnmorskans skyldighet att se till att alla kvinnor får amningsinformation. Dessutom visade Pitts, Faucher och Spencer (2015) är enskilda samtal med barnmorskan, utifrån kvinnans individuella behov, är mer effektiva än gruppsamtal i att öka initiering av amning och amningslängd.

Socialstyrelsen (2014c) har diskuterat att nya former av föräldrastöd behöver utvecklas för att nå fler föräldrar. Ett av de 10 stegen till lyckad amning (bilaga 1) är att uppmuntra ideella stödgrupper för amning, och att kvinnor ska hänvisas till dem under graviditeten och/eller efter förlossningen. Amningshjälpen är den största och mest etablerade ideella stödgruppen i Sverige. Amningshjälpen startade 2012 ett projekt med gratis amningskurser som vänder sig till blivande föräldrar samt vårdpersonal (Amningshjälpen, u.å.a). ”Amningskurs för blivande föräldrar” är en nio timmar lång kurs, fördelat på fyra träffar. Projektet utvärderas kontinuerligt och hittills tyder resultaten på att kurserna ökar kvinnors tillit till sin förmåga att

amma och att partners känner sig delaktiga under amningsperioden. Författaren hoppas att allt fler barnmorskor ska delta i kursen och även hänvisa sina patienter till kurserna.

Idag har kvinnor tillgång till amningsinformation via Internet, böcker, media och från vänner och släktingar. Trots det är amningsinformation via MVC viktigt. Enligt Norling-Gustafsson et al. (2011) så behöver kvinnor en pålitligt professionell person, det vill säga barnmorskan på MVC, som kan hjälpa dem att värdera informationsflödet. Det kan ge kvinnor bekräftelse på det de redan vet och ge information som kvinnan själv kanske inte tänkt på att ta reda på. Det finns också en risk att kvinnor får felaktig information eller skräckberättelser från oseriösa Internetsidor. Craig och Dietsch (2010) rekommenderar att barnmorskan hänvisar kvinnor till hemsidor med amningsinformation av god kvalitet.

Tidpunkten när kvinnor är intresserade av amningsinformation varierar och det vore önskvärt att kunna erbjuda kvinnor information av god kvalitet utefter deras individuella mottaglighet. Detta kan ske genom exempelvis Amningshjälpens amningskurser. Ett annat sätt att göra detta är att introducera amningsutbildning via dator. En studie av Pitts et al. (2015) fann att utbildning via datorer på MVC var uppskattat av majoriteten av kvinnor och hjälpte kvinnor att befästa sin önskan att amma. Enligt Pitts et al (2015) studie så uppmuntrades deltagande vid tre tillfällen, i graviditetsvecka 32, 34 och 36. Att programmet var interaktivt och innehöll text och bilder ansågs viktigt. Författaren till föreliggande studie anser att vidare studier behövs för att utvärdera kvinnors upplevelse av utbildningen via datorn när kvinnor själv får välja tidpunkt för deltagande. Fördelen med att genomföra utbildningen på MVC datorer är att kvinnor då kan lita på informationen och diskutera det hon lärt sig med sin barnmorska. Ytterligare en fördel med att ha amningsutbildning via dator är att man kan nå kvinnor som av olika anledningar inte deltar i föräldragrupper.

Förr i tiden lärde sig kvinnor att amma genom att leva med, observera och prata med ammande kvinnor (Craig & Dietsch, 2010). Idag lever familjer mer isolerade och det är vanligt att kvinnor aldrig sett amning på nära håll, det vill säga barnets tag på bröstet. Många förstagångsföräldrar har aldrig hållit ett nyfött barn innan deras eget barn föds. I föreliggande studie upplevde kvinnor att samtal med vänner och släktingar inte hjälpte dem att lära sig amma, men det hjälpte dem att förstå att amning var något man behövde lära sig, vilka frågor som var bra att ställa och att om de upplevde amningsproblem så var de inte ensamma. Enligt

Craig och Dietsch (2010) är inläring via vänner och släktingar mindre effektivt än information från MHV.

Resultatet visade att kvinnorna inte visste vad de behövde veta. Detta kan förklaras av inläringstrappan (Adams, n.d). Vid inläring går man igenom flera steg. Första steget kallas omedveten inkompetens vilket innebär att man är omedveten om vad man inte vet. Andra steget är medveten inkompetens och nu förstår man sina kunskapsbrister och kan identifiera dessa. Tredje steget kallas medveten kompetens som innebär att nya färdigheter lärs, och man övar och prövar sig fram. Mycket fokus och träning krävs för att klara av uppgiften. Sista steget är omedveten kompetens och nu känns den nya färdigheten naturlig, lätt och uppgiften kan genomföras utan att tänka (ibid).

För att lära sig amma behöver kvinnor gå genom alla dessa steg. Det är författarens tolkning att många kvinnor i föreliggande studie befann sig i första steget under graviditeten och när de kom till föräldrargrupper. En del stannade kvar här tills deras barn föddes och då upptäckte de, ofta chockartat, att de inte kunde det de behövde kunna för att amma sitt barn. När en kvinna befinner sig i första steget kan hon inte ta ansvar för sin egen inläring, då man inte vet vilka frågor som behöver ställas eller vilken information man behöver söka. I första steget är motivationen och mottagligheten för inläring låg, då man inte inser att det finns ett behov av inläring. Därför är det av ytterst vikt att barnmorskan förklarar vad man inte vet men behöver veta om amning. Lyckas barnmorskan med detta eller kvinnan upptäcker detta via vänner/släktingar eller Internet/böcker så går kvinnan vidare till steg två. Nu kan kvinnan ta ansvar för sin inläring, ställa relevanta frågor, söka information och lära sig på ett teoretiskt plan. Efter barnet fötts sker tredje steget, medveten kompetens. Kvinnan måste tänka på hur hon sitter, hur hon håller barnet, hur hon ska hjälpa barnet till bröstet och tolka om barnet får ett bra tag och får i sig mjölk. Hon prövar sig fram och behöver ofta stöd och instruktioner. Ofta uppnår kvinnan omedveten kompetens efter några dagar, veckor eller månader. Nu kan hon amma utan att tänka på det och har automatiserat färdigheten. Om kvinnan inte uppnår omedveten kompetens slutar hon troligtvis att amma tidigare än hon önskat.

Slutsats och kliniska implikationer

Amning är något som berör alla blivande och nyblivna föräldrar. Vi vet sedan tidigare studier att amningsinformation under graviditeten ökar amningsinitiering och amningslängd, men att omfattningen av de positiva effekterna varierar. Det har därför varit av vikt av en studie som fördjupade sig i kvinnors upplevelser av amningsinformationen. Slutsatsen av studien är att barnmorskan måste ta ett större ansvar för att lära kvinnor om amning, förklara varför det är viktigt att lära sig om amning och ge mer omfattande och nyanserad amningsinformation. För att barnmorskan ska kunna göra detta så behöver hen vidareutbildning om amning, inlärning och pedagogik.

Författarnas arbetsfördelning

Författaren har gjort hela arbetet själv.

Referenser

Adams, L. (n.d.). *Learning a New Skill is Easier Said Than Done*. Hämtad 20 januari, 2015, från Gordon Training International,

<http://www.gordontraining.com/free-workplace-articles/learning-a-new-skill-is-easier-said-than-done/>

Amningshjälpen (u. å.b) *Historik 1973 - 1998, kapitel 1*. Hämtad 10 januari, 2015, från Amningshjälpen <http://www.amningshjalpen.se/foreningsinfo/historik>

Amningshjälpen. (u. å.a). *Välkommen till vårt projekt Amningskurs för blivande föräldrar*. Hämtad 10 januari, 2015, från Amningshjälpen <http://www.amningskurs.amningshjalpen.se>

Andersson, E., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2012). Parents' experience and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28, 502-508.

Craig, H., & Dietsch, E. (2010). 'Too scary to think about': first time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women and birth*, 23, 160-165.

Ekström, A., Widström, A.-M., & Nissen, E. (2006). Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth*, 33(2), 123-130.

Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Idenstedt, U. (2012). *Amning och uppfödning*. Hämtad 27 januari, 2015, från Rikshandboken i barnhälsövård http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Amning_och_uppfodning

Johansson, K., Aarts, C., & Darj E. (2010). First-time parents' experience of home-based postnatal care in Sweden. *Uppsala journal of medical science*. 115, 131-137.

Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. (2014). First time mothers' experience of breastfeeding their newborn. *Sexual & reproductive healthcare*.

Kronborg, H., Maimburg, R., & Vaeth, M. (2012). Antenatal training to improve breast feeding: a randomized trial. *Midwifery*, 28, 784-790.

Kronborg, H., and Vaeth, M. (2009). How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? *Birth*, 36(1), 34-42.

Livsmedelsverket. (2014). *Spädbarn*. Hämtad 23 januari, 2015, från Livsmedelsverket <http://www.slv.se/spadbarn>

Lundman, B. & Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). (1:2 uppl) Lund: Studentlitteratur.

Magnusson Österberg, J. (2014). *Amning*. Hämtad 20 januari, 2015, från 1177 <http://www.1177.se/Skane/Tema/Barn-och-foraldrar/Mat-somn-och-praktiska-rad/Mat-och-naring/Amning/#section-1>

Norling-Gustafsson, A., Skoghammar, K., & Adolfsson, A. (2011). Expectant parents' experience of parental education within the antenatal health service. *Psychology research and Behaviour management*, 4, 159-167.

Olanders, M. (2013). *Amning i vardagen*. Stockholm: Karneval förlag.

Olsson, A. (2014, oktober). Socialstyrelsen har feltolkat amningsråd för nyfödda. *Vårdfokus*. Hämtad 10 januari, 2015, från Vårdfokus <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2014/Oktober/Socialstyrelsen-har-feltolkat-rad-om-napp-vid-amning/>

Persson, E., Fridlund, B., Kvist, L., & Dykes A-K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of advanced nursing* 67 (1), 106-116.

Pitts, A., Faucher, M., & Spencer, R. (2015). Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeeding medicine*. Not available, ahead of print. doi: 10.1089/bfm.2014.0034

Polit, D. & Beck, C. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisals, and utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen. (2014a). *Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-9-37>

Socialstyrelsen. (2014b). *Har sociodemografien betydelse för amningsfrekvensen?* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-24/>

Socialstyrelsen. (2014c). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-2>

Socialstyrelsen. (2014d). *Minska risken för plötslig spädbarnsdöd: Sex råd till dig som förälder*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-8-2>

Socialstyrelsen. (2014e). *Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-27>

SOU 2008:131. *Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap*. Stockholm: Edita Sverige AB

UNICEF. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Hämtad 19 januari, 2015, från UNICEF <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

UNICEF. (1990). *Innocenti declaration: On the protection, promotion and support of breastfeeding*.

Hämtad 21 januari, 2015, från UNICEF

<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

UNICEF. (1991). *The Baby-Friendly Hospital Initiative*

Hämtad 21 januari, 2015, från UNICEF

<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

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

Wirback, T. (2009). *Kvalitativ analys*. Hämtar 19 januari, 2015, från Karolinska institutet

http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06819/published/1289756223880/resourceId/3957714/content/infoweb/node-2836660/Innehallsanalys%20och%20ovning.pdf

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 15 januari, 2015, från World Medical Association <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> World Medical Association

WHO & UNICEF. (2009), *Baby-friendly hospital initiative*.

Hämtad 21 januari, 2015, från WHO

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/

WHO. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*.

Hämtad 21 januari, 2015, från WHO:

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>

WHO. (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Hämtad 10 januari, 2015, från WHO:

Ten steps to successful breastfeeding

- Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
- Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
- Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
- Help mothers initiate breastfeeding within one half-hour of birth.
- Show mothers how to breastfeed and maintain lactation, even if they should be separated from their infants.
- Give newborn infants no food or drink other than breastmilk, unless medically indicated.
- Practice rooming in - that is, allow mothers and infants to remain together 24 hours a day.
- Encourage breastfeeding on demand.
- Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.
- Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

(UNICEF, 1989)

Intervjuguide

Personlig data

Ålder

Relation med barnets pappa/andra förälder

Utbildningsnivå

Amningsstatus

En öppen fråga ”Hur upplevde du den amningsinformation du fick under graviditeten”
kommer att ställas.

De områden som speciellt kommer att belysas är angående

-vilken amningsinformation har kvinnorna fått från mödrahälsovården

-vilken amningsinformation hade de velat ha från mödrahälsovården

-hur kvinnan upplevde barnmorskans attityd till och kunskap om amning

-när under graviditeten fick kvinnor amningsinformation och hur upplevdes tidpunkten

-hur kvinnan upplevde partners deltagande i föräldragrupper

-hur kvinnan upplevde att söka amningsinformation från böcker/Internet

-hur kvinnan upplevde att prata med vänner och/eller släktingar om amning

-upplevelse av amningsstarten i relation till amningsinformationen som erhöles under
graviditeten