



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Faktorer som påverkar sjuksköterskans amningsvägledning inom barnhälsovården

En intervjustudie

Författare: Annica Gartvik Krantz, Åsa Rivas

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Faktorer som påverkar sjuksköterskans amningsvägledning inom barnhälsovården

En intervjustudie

Författare: Annica Gartvik Krantz, Åsa Rivas

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Barnhälsovårdssjuksköterskan har en betydande roll som amningsvägledare men forskning kring barnhälsovårdssjuksköterskans amningsvägledning är begränsad och därför är det angeläget att undersöka vilka faktorer som påverkar barnhälsovårdssjuksköterskans amningsvägledning. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vilka faktorer som påverkar deras amningsvägledning till föräldrar inom barnhälsovården. **Metod:** En kvalitativ studie genomfördes med 11 semistrukturerade intervjuer. Distriktssköterskor och barnsjuksköterskor inom barnhälsovården deltog. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Faktorer som påverkade BHV-sjuksköterskans amningsvägledning var faktorer hos mamman, där mammans inställning till amning och mammans individuella behov och önskemål var betydelsefulla. Även faktorer hos BHV-sjuksköterskan påverkade amningsvägledningen. Det framhölls som betydelsefullt att lyssna och vara lyhörd, att vara uppmuntrande och bekräftande men även att kunskap om amning och arbetslivserfarenhet liksom egen erfarenhet och egen inställning till amning var förhållanden som var betydelsefulla. Även yttre faktorer påverkade amningsvägledningen där omgivningen och tid framhölls som viktiga förhållanden. **Slutsats:** De faktorer som påverkade amningsvägledningen tydliggjorde BHV-sjuksköterskornas personcentrerade arbetssätt och visade på vikten av att vara medveten om sin egen påverkan samt behovet av att inkludera partnern.

Nyckelord

amningsvägledning, amning, barnhälsovård, barnhälsovårdssjuksköterska, stöd, personcentrerat förhållningssätt

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Amning	5
Amningsvägledning.....	7
Föräldrars perspektiv på amningsvägledning	8
Barnhälsovårdssjuksköterskans perspektiv på amningsvägledning	9
Syfte	10
Metod	10
Urval.....	10
Instrument	11
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat.....	14
Faktorer hos mamman.....	15
Mammans inställning till amning	15
Mammans individuella behov och önskemål	15
Faktorer hos BHV-sjuksköterskan	16
Lyssna och vara lyhörd	16
Vara uppmuntrande och bekräftande	16
Faktakunskap.....	17
Arbetslivserfarenhet	18
Egen erfarenhet	18
Egen inställning.....	18
Yttre faktorer	19
Omgivningen.....	19
Tid	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28
Bilaga 1 (1).....	32

Introduktion

Problemområde

Forskning har visat att olika faktorer har betydelse för föräldrars beslut om amning, såsom t.ex. socialt stöd och professionellt stöd från sjukvården (Marks & O'Connor, 2015; Price, 2014). Informationsflödet i samhället är omfattande och det kan vara problematiskt att sortera ut information som har evidens. Föräldrar kan få stöd och information kring amning från många olika håll från sin omgivning såsom familj, vänner, sociala medier och sjukvårdspersonal. Enligt Whelan, McEvoy, Eldin och Kearney (2011) kunde det kan vara svårt att förhålla sig till dessa olika råd, särskilt om amningen innebar utmaningar, svårigheter och problem.

Barnhälsovården (BHV) omfattar både hälsofrämjande och förebyggande verksamhet för alla barn i befolkningen upp till skolåldern. Verksamheten bedrivs på barnavårdscentraler (BVC) eller familjecentraler (Jansson & Drevenhorn, 2015). På barnavårdscentralen möter föräldrar och barn specialistsjuksköterskor för amningsvägledning. Amningsvägledning innebär att stärka mammans tillit till sin förmåga att amma, stödja och vägleda mamman att amma så länge som hon önskar samt att ge stöd och hjälp om amningen inte är ett alternativ eller inte fungerar (Berglund, 2015a).

Specialistsjuksköterskan inom barnhälsovården (BHV-sjuksköterskan) ska arbeta utifrån beprövad erfarenhet och vetenskaplig grund och har ett stort ansvar vad det gäller rådgivning och stöd vid amning. Det är viktigt att BHV-sjuksköterskan är medveten om vad som kan påverka rollen som amningsvägledare, att hen har aktuell kunskap om amning samt är väl förtrogen med aktuella rekommendationer för att kunna ge föräldrar evidensbaserade råd som ger de bästa förutsättningar för att lyckas med amningen (Berglund, 2015a; Kronborg, Vaeth, Olsen & Harder, 2007).

Enligt Berglund (2015a) kan förhållanden, såsom professionell kunskap och utbildning men även egna erfarenheter, attityder, inställning och fördomar påverka vilken amningsvägledning som BHV-sjuksköterskan ger. BHV-sjuksköterskan har en betydande roll som amningsvägledare och det är bekymmersamt om rådgivningen inte är evidensbaserad utan

grundar sig utifrån andra preferenser. Forskning kring BHV-sjuksköterskans vägledning gällande amning är begränsad, varför det kan vara av betydelse att undersöka vilka faktorer som påverkar BHV-sjuksköterskans amningsvägledning.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Personcentrerad vård innebär att personen ges bästa möjliga förutsättningar att göra evidensbaserade val i relation till sin hälsa, men också att låta personen göra de val hen önskar samt att respektera och inte moralisera kring personers val (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). I ett personcentrerat förhållningssätt är utgångspunkten att lyssna aktivt på individens berättelse. Härigenom kan personens resurser och inre styrkor identifieras och användas som en resurs. Personcentrerad vård kan ses som en process som bejakar individens möjligheter och styrkor. Inom personcentrerad vård betonas relationen med en annan person. Detta kan ta sig uttryck som ett partnerskap mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal med ömsesidig respekt för varandras kunskap (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Utgångspunkten i personcentrerad vård är att lyssna på individens berättelse för att försöka förstå hur personens situation påverkar vardagen, samt hur hans kunskaper, motiv, förutsättningar och resurser ser ut (Ekman & Norberg, 2013). Att ge stöd utifrån individuella förutsättningar menade Mc Cormack, Karlsson, Dewing och Lerdal (2010) var utgångspunkten för ett personcentrerat arbetssätt. Enligt Schmied, Beake, Sheehan, McCourt och Dykes (2011) var personcentrerad kommunikation och relation essentiell vid amningsvägledning. Det var även av stor betydelse att vården var organiserad så det fanns förutsättningar för en god kontinuitet.

Amning

Socialstyrelsens definition av helamning, enbart amning eller exklusiv amning avser de barn som enbart fått bröstmjolk samt vitaminer (D-vitamin) eller läkemedel. Delvis amning syftar till de barn som förutom bröstmjolk även fått bröstmjölksersättning, välling eller annan kost (Socialstyrelsen, 2017). Genom amning får spädbarn alla de näringsämnen som behövs för en god tillväxt och utveckling. Bröstmjölken innehåller även viktiga antikroppar som stimulerar barnets immunförsvar och skyddar mot sjukdom (WHO, 2017). Att amma har även visat sig

vara positivt för mödrars hälsa. Enligt Chowdhury et al. (2015) påvisades att amning kunde minska risken för bröst- och äggstockscancer, hjärtsjukdom, osteoporos, diabetes typ 2 och fetma. Amning är således relaterat till långsiktig hälsa för mödrar.

Rekommendationerna är att helamma till barnet är sex månader och bör delvis fortsätta tills barnet är två år (Unicef, 2015). Genom åren har olika initiativ tagits i världen för att främja amning. De viktigaste är den Internationella koden för marknadsföring av bröstmjölk ersättningar, Innocentideklarationen och Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) som motsvarar amningsvänliga sjukhus i Sverige. Internationella koden för marknadsföring av bröstmjölk ersättningar skyddar amning genom att på olika sätt reglera marknadsföring av bröstmjölk ersättningar. Innocentideklarationen tillkom på initiativ av WHO och Unicef på 1990-talet. I den slås bland annat fast hur länder ska arbeta för amning på nationell nivå. År 1992 lanserade WHO och Unicef BFHI för att stödja och förbättra vården för mödrar och nyfödda. BFHI innebar att sjukhus runt om i Sverige införde WHO/Unicefs "Tio steg för en lyckad amning" (WHO, 2017; Unicef, 2015). Socialstyrelsen har översatt och anpassat rekommendationen till svenska förhållanden (Socialstyrelsen, 2014). I en norsk studie jämfördes mödrar som var anslutna till BFHI med mödrar som fick sedvanlig vård. Det framkom att de mödrar som var anslutna till BFHI var mer benägna att amma fram till 6 månader än de mödrar som inte var anslutna till BFHI (Bærug et al., 2016).

År 2002 godkände WHO:s medlemsstater en global strategi, en vägledning för åtgärder gällande uppfödning av barn. I maj 2012 tog WHO:s medlemsstater ytterligare ett steg i den globala strategin genom att godkänna en övergripande genomförandeplan för mödrars och spädbarns nutrition. En av planens sex mål är att minst 50 procent av barnen i världen som är under 6 månader uteslutande ska ammas år 2025 (WHO, 2017).

Amningsfrekvensen i Sverige har på senare år minskat och var som högst under åren 1995-2004. Mellan 2004-2015 har amningsfrekvensen under barnets första fyra månader minskat långsamt (Socialstyrelsen, 2017). Den minskade amningsfrekvensen i Sverige innebär att åtgärder måste vidtas för att främja amning (Berglund, 2015b). Detta faktum ställer krav på BHV-sjuksköterskan då hon har en viktig rådgivande och stödjande funktion vid amningsvägledning.

Socialstyrelsens föreskrifter om uppfödning av spädbarn (SOSFS 2008:33), ska tillämpas vid uppfödning av spädbarn genom amning eller användning av modersmjölksersättning i sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Föreskrifterna innebär bl.a. att modersmjölksersättning endast får ges till ett spädbarn efter att det har gjorts en bedömning av att ett sådant behov föreligger. Föreskrifterna innebär även att den information som lämnas om uppfödning ska vara objektiv och entydig samt att informationen ska vara anpassad till det enskilda spädbarnets och moderns behov (a.a). Modern bör informeras om bröstmjölks fördelar och överlägsenhet över andra produkter vid uppfödning (Unicef, 2015).

Amningsvägledning

De flesta mödrar kan amma men för en del mödrar krävs det mer tid och stöd för att få amningen att fungera (Berglund, 2015a). Det har visats att amning främjas om mödrar får information om amning och upplever stöd från familj, sjukvård och samhället (WHO, 2017).

Amningsvägledning innebär de åtgärder som vidtas för att främja amning. Att t.ex. genom stöd och rådgivning ge uppmuntran och stärka självförtroendet för att klara amningens utmaningar. Amningsvägledning innebär också att ge stöd till de som av någon anledning inte kan amma eller väljer att inte amma sitt barn. Amningsvägledning ska vara evidensbaserad (Berglund, 2015a) och är av särskild betydelse vid amningsproblem som t.ex. vid mjölkstockning, såriga eller svampinfekterade bröstvårtor, smärtsam amning eller vid upplevelse av att ha otillräckligt med bröstmjolk. Många av dessa problem kan förebyggas eller avhjälpas med rätt hjälp och stöd (Berglund, 2015c). Enligt en svensk studie av Almqvist-Tangen, Bergman, Dahlgren, Roswall och Alm (2011) var amningsproblem en vanligt förekommande orsak till att mödrar slutade amma inom en månads tid. Trots att mödrarna var nöjda med det stöd och med den hjälp de fick från barnvårdscentralerna var det svårt att förebygga att mödrarna avslutade amningen. Möjliga orsaker var inkonsekventa råd och att det nödvändiga stödet inte gavs i rätt tid.

I en finsk studie av Laanterä, Pölkki och Pietilä (2011) menades att stödet från BHV gällande amning inte var tillräckligt extensivt och att det då fanns risk att amningen avslutades tidigare än planerat. Vidare visades att en hög kvalitet på amningsvägledning var avgörande för framgångsrik amning. Att skilja på råd och stöd ansågs vara väsentligt då mödrar kunde uppleva råd som övertalning och stöd som uppmuntran. I en amerikansk studie av Pentecost

och Grassley (2014) visades att stöd innebar ett aktivt, icke moraliserande lyssnande samt att ge det stöd som efterfrågas. Vidare beskrevs behovet av informativt, emotionellt och praktiskt stöd vid amningsvägledning. Informativt stöd innefattade den kunskap som gavs kring amning då information och rådgivning erbjöds. Emotionellt stöd innebar att modern kände sig trygg i relationen med den person som gav stöd genom att hen visade empati, omsorg och tillit. Praktiskt stöd innebar de handlingar som praktiskt utfördes i samband med amning, t.ex. att modern fick hjälp med en bra och bekväm amningsställning samt fick hjälp så att barnet fick ett bra tag om bröstvårtan (a.a).

Föräldrars perspektiv på amningvägledning

Ekström, Widström och Niessen (2003) visade i sin svenska studie att mödrar upplevde informationen från barnhälsovården (BHV) som sämre jämfört med den de fick av barnmorskor på förlossningsavdelningen. Orsaken kunde vara att barnmorskor och sjuksköterskor från barnhälsovården gav motsägelsefull information. Detta bekräftades i en irländsk studie av Whelan, McEvoy, Eldin och Kearney (2011) som visade att det fanns en föreställning om att mödrar fick motstridiga råd om amning från olika professioner inom hälso- och sjukvården. Laanterä, Pölkki och Pietilä (2011) beskriver att mödrars upplevelse av inkonsekvent amningsrådgivning från BHV-sjuksköterskan skapade förvirring. Dessutom förekom upplevelser av att BHV-sjuksköterskan varit taktlös och dömande i sin rådgivning (a.a). I en norsk studie av Svendby, Löland, Omtvedt, Holmsen och Lagerlöv (2016) beskrevs att bristande kunskap om amning hos BHV-sjuksköterskor hade samband med mödrars upplevelse av motsägelsefull amningsrådgivning.

I en brittisk studie av Condon och Ingram (2011) undersöktes bl.a. föräldrars uppfattningar och syn på amning. Det framkom att det i vissa delar av samhället i Bristol inte ansågs att amning var det naturliga sättet att ge sitt barn mat och att det fanns få ställen där man kände sig välkommen att amma sitt barn. Mödrarna upplevde att det fanns en stödjande atmosfär på barnavårdscentralerna och att man där kunde amma öppet. Mödrar uttryckte att de t.o.m. föredrog att amma på barnavårdscentralen än hemma då partners och familjemedlemmar inte alltid var stödjande gällande amningen. Även Marks och O'Connor (2015) samt Price (2014) visade i sina brittiska studier att sociala normer samt stöd och attityder från partners och familjemedlemmar var faktorer som kunde inverka på valet att amma. Price (2014) undersökte om tidigt amningsstöd, av personal med utbildning enligt Baby friendly standards,

i hemmet inom första veckan efter hemkomst från BB, kunde öka amningsprevalensen. Det kunde inte påvisas någon ökning gällande amningsprevalensen, men mödrarna upplevde en positiv inverkan på självförtroendet och på förmågan att amma (a.a). Förutom stöd och information fanns det andra faktorer som påverkade om mödrar valde att amma eller inte. Sociala, kulturella och ekonomiska faktorer gjorde att samhället som helhet behövde erkänna amning och stödja ammande mödrar (Kronborg, Vaeth, Olsen & Harder, 2007; Price, 2014; Marks & O'Connor, 2015).

I en brittisk studie gjord av Graffy och Taylor (2005) beskrivs att mödrar upplevde att det amningsstöd de fick från hälso- och sjukvården var otillräckligt och att mödrarna ville se förändring i amningsvägledningen (a.a). Mödrar som ammar behöver tid, utrymme och resurser för att stödja sitt beslut. För detta behövs skicklig amningsvägledning, stöd från partner och familj samt från samhället (Unicef, 2015).

Barnhälsovårdssjuksköterskans perspektiv på amningsvägledning

Grenholm Andersson, Söderström och Lindberg (2016) beskriver i sin svenska studie att BHV-sjuksköterskor hade en viktig roll i att främja amning och i att stärka föräldrars tilltro till sin förmåga att amma. Amningsvägledning med individuella, anpassade råd med utgångspunkt i föräldrarnas behov var av stor betydelse.

I en irländsk studie av Whelan, McEvoy, Eldin och Kearney (2011) visades att sjuksköterskor i primärvården i större utsträckning än läkare i primärvården och sjuksköterskor i slutenvården var övertygade om att exklusiv amning var det bästa för barnet under de första sex månaderna. De hade även uppfattningen om att det ingick i deras roll att främja amning, de skattade sin kompetens inom amningsvägledning högt och kände självförtroende att amningsvägleda. Enligt Marks och O'Connor (2015) tvivlade dock sjuksköterskor som arbetade med amningsvägledning på sitt inflytande gällande om mödrarna valde att amma sitt barn eller inte. I deras studie framkom att sjuksköterskan ansåg att deras egen inverkan var väldigt liten jämfört med andra faktorer såsom t.ex. attityder och stöd från partners, mormödrar, vänner samt sociala normer och ekonomiska förhållanden. Det fanns även en rädsla för att i alltför stor utsträckning uppmuntra amning då detta kunde leda till känslor av misslyckande och skuld hos mammor som inte önskade amma. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att inte moralisera kring amning för att inte förstöra relationen mellan personal och

modern och att den professionella rollen enbart skulle vara stödjande oavsett vilket val modern gjorde (a.a).

Studier har visat att BHV-sjuksköterskor ofta har uppfattningen om att de har en viktig roll vid amningsvägledning, har utbildning, goda kunskaper och självförtroende gällande amningsvägledning. Trots detta upplevde de att de inte hade så stort inflytande på mödrars beslut gällande amning då andra faktorer ansågs vara mer utslagsgivande. De såg sin professionella roll främst som stödjande och att propagera för amning i för stor utsträckning upplevdes som kontraproduktivt (Marks & O'Connor, 2015; Whelan, McEvoy, Eldin & Kearney, 2011; Ekström, Matthiesen, Widström & Nissen, 2005; Ekström, Widström & Nissen, 2006).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vilka faktorer som påverkar deras amningsvägledning till föräldrar inom barnhälsovården.

Metod

Författarna valde kvalitativ metod då detta är en lämplig metod när det är subjektiva erfarenheter som ska undersökas (Polit & Beck, 2017). Den valda datainsamlingsmetoden för uppsatsen är kvalitativ forskningsintervju av typen semistrukturerad intervju. Enligt Danielson (2017) är intervju som metod för datainsamling lämplig när forskare önskar beskrivningar i syfte att förstå ett fenomen. Genom intervjuer ges möjlighet att förstå deltagarnas erfarenheter då de ges förutsättningar att berätta om och beskriva sina upplevelser.

Urval

Syftet med studien styr urvalet av deltagare (Danielson, 2017). Inklusionskriterierna för deltagande i uppsatsen var distriktssköterskor alternativt barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården. E-mail med informationsbrev skickades till 35 verksamhetschefer för offentliga och privata barnavårdscentraler i Skåne. Sammanlagt gav verksamhetscheferna på sju barnavårdscentraler, en privat och sex offentliga, sitt medgivande för deltagande i studien. 16 tackade nej p.g.a. tidsbrist och 12 svarade inte alls. Upprepade försök till kontakt via e-

mail togs med de verksamhetschefer som inte svarade. Författarna tog, via e-mail, kontakt med de BHV-sjuksköterskor som arbetade i de verksamheter där verksamhetscheferna gett sitt godkännande. E-mailadresserna hittades på vederbörande enhets hemsida.

Sammanlagt genomfördes 11 intervjuer. Deltagarna i studien bestod av åtta distriktssköterskor och tre barnsjuksköterskor i åldersspannet 31-67 år med en median på 44 år. Arbetslivserfarenheten inom BHV varierade mellan 1-28 år med en median på åtta år. Sju av studiedeltagarna hade gått extra amningskurser. Samtliga studiedeltagare var kvinnor.

Instrument

Författarna använde en semistrukturerad intervjuguide vilket enligt Danielson (2017) innebär flera öppna frågor och frågeområden (bilaga 1). Enligt Danielson (2017) används en intervjuguide som ett stöd, vilken ligger till grund för samtalet. En intervjuguide ger även möjlighet att strama upp intervjun genom att hålla sig till frågor om det väsentliga inom given tidsram. För att intervjuaren inte ska vara för styrd av intervjuguiden under intervjun ska frågorna inte vara för detaljerade (a.a). Intervjuguiden utformades av författarna till uppsatsen och byggde på huvudfrågan: Vilka faktorer upplever du påverkar din amningsvägledning till föräldrar? Frågeområden formulerades och följdfrågor ställdes om frågeområdena inte berördes spontant. En provintervju genomfördes gemensamt för att testa kvaliteten på intervjufrågorna, (Danielson, 2017). Provintervjun genomfördes gemensamt för att säkerställa att båda författarna fortsättningsvis kom att genomföra intervjuer på liknande sätt. Provintervjun bekräftade att intervjuguiden behövde justeras för att bättre svara mot syftet. Då intervjupersonen i provintervjun inte uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades inte intervjun i resultatet. Bakgrundsfrågor ställdes till samtliga deltagare för att få mer information om deltagarnas bakgrund (bilaga 1). Bakgrundsfrågorna berörde ålder, kön, specialistutbildning, antal år som specialist inom BHV och extra amningskurser.

Datainsamling

Efter godkännande från verksamhetschef, tog författarna kontakt med distriktssköterska eller barnsjuksköterska via e-mail, för att fråga om deltagande i studien. Efter samtycke fick intervjupersonerna information om studien via e-mail. Skriftligt samtycke gavs i samband med intervjun. Som hjälpmedel för datainsamling vid intervjun användes mobiltelefon för

inspelning. Intervjuerna genomfördes i fem olika kommuner, på barnavårdcentraler belägna både i större städer och i mindre orter i Skåne. Intervjuerna ägde rum under våren och sommaren 2018. På begäran av studiedeltagarna genomfördes intervjuerna på deras arbetsplats under arbetstid. Intervjuerna delades upp lika mellan författarna. Intervjulängden var 25-47 minuter med en medellängd på 32 minuter. Intervjuerna spelades in efter godkännande från deltagaren och transkriberades ordagrant. Transkriberingen gjordes direkt efter intervjun av den författare som genomfört intervjun och därefter tog den andra författaren del av materialet. Enligt Danielson (2017) gör transkriberingen informationen mer lämplig att analyseras närmre.

Analys av data

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar, enligt Graneheim och Lundman (2004), på granskning och tolkning av texter och används bl.a. inom omvårdnadsforskning. Texten som granskades var de transkriberade intervjuerna, vilka utgjorde analysenheten. De transkriberade intervjuerna lästes upprepade gånger av båda författarna för att få en djupare förståelse av innehållet. Ur det transkriberade materialet urskildes meningsbärande enheter och de som besvarade syftet togs med i analysen. En meningsbärande enhet innebär enligt Graneheim och Lundman, (2004) ord och meningar som innehåller aspekter relaterade till varandra via sitt innehåll eller sin kontext. Meningsenheterna kondenserades därefter till kortare meningar, där kärnan i meningen bevarades. Därefter kodade författarna de kondenserade meningsbärande enheterna. Koderna fungerar som etiketter, vilka ger en förståelse av innehållet i de meningsbärande enheterna. För att få en liknande uppfattning om analysprocessen och dess tillvägagångssätt genomarbetades två intervjuer gemensamt där meningsbärande enheter togs ut, kondenserades och kodades. Därefter utfördes analysprocessen enskilt på resterande intervjuer. Alla intervjuer gick sedan igenom av författarna gemensamt. Då diskuterades varje steg i analysprocessen där författarna resonerade kring meningsbärande enheter, kondensering, kodning, och bildandet av underkategorier och kategorier, tills författarna var överens (tabell 1). Alla koder jämfördes med varandra och koder med liknande innehåll sammanfördes till tio underkategorier som sedan sammanfördes till tre kategorier.

Tabell 1. Utdrag ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Amningsvägledningen påverkas ju av detta, vad har kvinnan med sig, var är hon, vad har hon för inställning till amning.	Amningsvägledningen påverkas av vad kvinnan har med sig, vad hon har för inställning till amning.	Mammans inställning	Mammans inställning till amning	Faktorer hos mamman
Att jag har jobbat så länge och sett så många varianter. Det ger ju en trygghet för mig.	Jobbat länge och sett många varianter. Ger trygghet.	Arbetslivserfarenhet ger trygghet	Arbetslivserfarenhet	Faktorer hos BHV-sjuksköterskan
Och jag tycker också att vi har tid. Vi har möjlighet att ta hit dem ofta om vi behöver det.	Vi har tid. Möjlighet att ta hit dem ofta om vi behöver.	Amningsvägledning prioriteras.	Tid	Yttre faktorer

Forskningsetiska avvägningar

Ansökan för etiskt rådgivande yttrande skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Informationsbrev och medgivandeblankett lämnades till verksamhetschef och samtyckesblankett lämnades till de aktuella intervjupersonerna. Författarna har följt de etiska principerna enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Dessa principer beskriver det grundläggande individskyddskravet som omfattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Kraven uppfylldes genom att det inspelade och transkriberade materialet förvarades på författarnas privata datorer och endast var tillgängliga för författarna och handledaren. För att värna om studiedeltagarnas integritet kodades, efter transkriberingen, varje intervju med nummer mot en kodlista som förvarades oåtkomligt för andra än författarna. Inga namn eller personuppgifter fanns med på inspelade materialet eller i datamatriser, vilket innebar att innehållet inte kunde kopplas direkt till individen och studiedeltagarnas identitet hölls hemlig. De som valde att delta i studien gav skriftligt samtycke till att delta i studien och fick information om att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan utan att uppge varför. Det som framkommit i resultatet kan inte kopplas till någon specifik deltagare. Datainsamlingsmaterialet kommer att förstöras efter godkänd examination. Det säkerställdes att riskerna med forskningen inte vägde tyngre än vinsterna med studien.

Resultat

Ur dataanalysen framkom tio underkategorier som sedan mynnade ut i tre kategorier (Tabell 2). De faktorer som påverkade sjuksköterskornas amningsvägledning var *Faktorer hos mamman*, *Faktorer hos BHV-sjuksköterskan* och *Yttre faktorer*. Kategorin *Faktorer hos mamman* baseras på två underkategorier vilka beskrev olika förhållanden hos mamman där *Mammans inställning till amning* och *Mammans individuella behov och önskemål* påverkade BHV-sjuksköterskans amningsvägledning. Kategorin *Faktorer hos BHV-sjuksköterskan* baseras på sex underkategorier vilka beskrev hur olika förhållanden hos BHV-sjuksköterskan som *Lyssna och vara lyhörd*, *Vara uppmuntrande och bekräftande*, *Faktakunskap*, *Arbetslivserfarenhet*, *Egen erfarenhet* och *Egen inställning* påverkade amningsvägledningen. Slutligen baseras kategorin *Yttre faktorer* på två underkategorier vilka beskrev hur *Omgivningen* och *Tid* påverkade amningsvägledningen.

Författarna har använt sig av citat från intervjupersonerna för att belysa resultatet.

Tabell 2. Översikt av resultat

Underkategori	Kategori
Mammans inställning till amning Mammans individuella behov och önskemål	Faktorer hos mamman
Lyssna och vara lyhörd Vara uppmuntrande och bekräftande Faktakunskap Arbetslivserfarenhet Egen erfarenhet Egen inställning	Faktorer hos BHV-sjuksköterskan
Omgivningen Tid	Yttre faktorer

Faktorer hos mamman

BHV-sjuksköterskorna beskrev att det fanns faktorer hos mamman som påverkade amningsvägledningen, såsom mammans inställning till amning samt hennes behov och önskemål. Amningsvägledningen påverkades även av vilka inneboende resurser mamman hade. Med inneboende resurser menas förekomst av förmågor hos mamman att hantera olika situationer och tillstånd som t.ex. stress, sömnbrist och smärta. Kategorin *Faktorer hos mamman* beskrivs med *Mammans inställning till amning* och *Mammans individuella behov och önskemål*.

Mammans inställning till amning

BHV-sjuksköterskorna menade att de utgick från mammans inställning till amning och att deras amningsvägledning påverkades och anpassades därefter. När mamman hade en positiv inställning till amning påverkades amningsvägledningen gynnsamt och det var lättare för BHV-sjuksköterskan att främja amning. När mamman hade en negativ inställning till amning eller till BVC upplevdes det som ett hinder som var svårt att komma förbi och det påverkade amningsvägledningen negativt. BHV-sjuksköterskorna beskrev även att amningsvägledningen påverkades negativt när mammorna inte ville ta emot hjälp och att detta var besvärligt att överbrygga.

“Vilken kvinna har jag framför mig? Låta henne berätta. Vad har hon för erfarenhet sen innan, vad hon har för tankar, förhoppningar, känslor kring amning? Vilken inställning helt enkelt. Sedan får amningsvägledningen utgå från detta.” (Intervju 11)

Mammans individuella behov och önskemål

BHV-sjuksköterskorna beskrev att mammans behov och önskemål påverkade amningsvägledningen. Mammor med behov av mer intensiv amningsvägledning erbjöd BHV-sjuksköterskorna tätare kontakt, t.ex. extra hembesök, extra besök på mottagningen eller telefonuppföljning. Amningsvägledningen påverkades av vilken typ av stöd det fanns behov av. Om det var ett informativt, emotionellt eller praktiskt stöd som mamman önskade eller hade behov av. Amningsvägledningen påverkades även av vilka inneboende resurser mamman hade. Dessa användes av BHV-sjuksköterskorna som en tillgång och formade

amningsvägledningen. För mammor som inte hade så stora egna resurser erbjöd BHV-sjuksköterskorna ett mer omfattande stöd.

“Vi pratade kring hur hon kunde sitta i stället, med en extra kudde i svanken och hur hon kunde hålla barnet och klä av det lite mer så att han inte somnade så lätt vid bröstet”
(Intervju 3)

Faktorer hos BHV-sjuksköterskan

BHV-sjuksköterskorna beskrev olika faktorer hos sig själva som påverkade amningsvägledningen. Kategorin *Faktorer hos BHV-sjuksköterskan* beskrivs med hjälp av underkategorierna: *Lyssna och vara lyhörd, Vara uppmuntrande och bekräftande, Faktakunskap, Arbetslivserfarenhet, Egen erfarenhet och Egen inställning.*

Lyssna och vara lyhörd

BHV-sjuksköterskorna menade att lyssna och vara lyhörd var grundläggande i amningsvägledningen och påverkade denna. Det gav förutsättning att mötas och se de möjligheter som fanns för att övervinna hinder och svårigheter vid amning. Det var viktigt att stötta och respektera föräldrarna i deras beslut utan värdering och ifrågasättande.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att amningsvägledning ibland var en balansgång där viljan att främja amning balanserades med självklarheten att respektera mammans val och rädslan att förstöra förtroendet och påverka relationen negativt. BHV-sjuksköterskorna beskrev att mödrarna ofta skuldbelade sig själva när amningen inte fungerade och att det var angeläget att inte ge ytterligare dåligt samvete.

“Att ge stöd oavsett om man vill amma eller inte. Att man känner sig sedd och trygg och inte känner någon skuld eller så. Inte känner sig pressad till något”(Intervju 5)

Vara uppmuntrande och bekräftande

BHV-sjuksköterskorna menade att det var angeläget att vara bekräftande i sin amningsvägledning. Detta var särskilt viktigt när mammorna kände en osäkerhet kring sin förmåga att amma eller upplevde svårigheter och hade det kämpigt med amningen. Det

beskrevs även ett behov av att stärka föräldrarnas självförtroende då de upplevde att det många gånger fanns en osäkerhet i föräldraskapet hos dagens föräldrar.

Det var viktigt att uppmuntra små framgångar och att hjälpa mammorna att se det som fungerade istället för att fokusera på det som inte fungerade. BHV-sjuksköterskorna menade att en framgångsrik amningsvägledning, som var uppmuntrande och bekräftande, kunde ändra mammornas perspektiv på amningen till det positiva och därigenom främja amning. Vidare beskrevs att amningsvägledningen påverkades av hur säker mamman var i sin nya roll som mamma. Genom att bekräfta att amningen fungerade, genom att visa på att barnet var nöjt, mådde bra och gick upp i vikt, bekräftades mammans förmåga att amma. BHV-sjuksköterskorna menade att amningsvägledning kunde innebära att såväl uppmuntra helamning som delamning, att visa att det fanns olika alternativ som anpassades till mammans och barnets behov.

“Jag peppar och stärker det som redan fungerar, det är det man måste lyfta tycker jag.”(Intervju 9)

Faktakunskap

BHV-sjuksköterskornas kunskap om amning påverkade och låg till grund för deras amningsvägledning. BHV-sjuksköterskorna beskrev att de hade kunskap om amning och var väl förtrogna med amningsvägledning. De menade att det var viktigt med kunskap om amningens fördelar samt om vilka hälsovinster som amningen innebär för både barn och mamma.

“Jag försöker informera och prata med föräldrarna om alla fördelar som finns med amning. Det är hälsovinster för både barn och mamma.”(Intervju 9)

BHV-sjuksköterskorna menade att det även krävdes kunskap om amningsfysiologi, olika typer av rådgivning kring t.ex. grepp, sugteknik, position, stress, kost och sömn. Även kunskap om amningsproblem som kan uppstå och olika hjälpmedel som t.ex. amningsnapp och bröstpump var nödvändigt för en god amningsvägledning.

Arbetslivserfarenhet

BHV-sjuksköterskorna uttryckte att de använde sin arbetslivserfarenhet vid amningsvägledning och att den erfarenheten innebar en trygghet i yrkesrollen och påverkade deras vägledning. Arbetslivserfarenheten påverkade även amningsvägledningen genom att BHV-sjuksköterskorna lärt sig hur olika situationer kan hanteras. BHV-sjuksköterskorna berättade om erfarenheter kring att olika mammor ger upp olika fort, att alla mammor inte är beredda på att amningen inte fungerar problemfritt från början, att mamman måste jobba på att få amningen att fungera och att hon måste ge sig tid att lära känna sitt barn.

“Att jag har jobbat så länge och sett så många varianter. Det ger ju en trygghet för mig. ”
(Intervju 1)

Arbetslivserfarenheten påverkade amningsvägledningen även så till vida att BHV-sjuksköterskorna upplevde att deras erfarenhet gjorde att de kunde avgöra vilken mamma de hade framför sig, vilket gav förutsättningar att anpassa amningsvägledningen individuellt.

Egen erfarenhet

BHV-sjuksköterskorna nämnde personliga erfarenheter av amning som något som de kunde använda sig av och som påverkade deras amningsvägledning. De menade att det gav dem en annan förståelse för mammornas situation men att BHV-sjuksköterskorna var medvetna om att det var just erfarenheter och ingen kunskap som var allmängiltig. BHV-sjuksköterskorna beskrev att kännedom om sina egna styrkor och svagheter, om hur de tänker, känner, och brukar reagera påverkade deras amningsvägledning.

“ Jag tror att ens egna erfarenheter spelar in även om man inte ska ta in dem och det är ju inte så att jag pratar om dem men det hjälper ju mig att förstå ”(Intervju 10)

Egen inställning

BHV-sjuksköterskornas egen inställning till amning påverkade deras amningsvägledning. Den egna inställningen verkade höra samman med vilka personliga egenskaper BHV-sjuksköterskan hade. En lugn person som inte stressar upp sig så lätt blev inte heller orolig om barnet inte gick upp i vikt utan kunde då välja att invänta en ny viktkontroll. Detta påverkade

amningsvägledningen positivt på så sätt att BHV-sjuksköterskan inte överförde någon oro till föräldrarna.

“Jag är inte den där oroliga bvc-sjuksköterskan. Om jag har någon som inte går upp så mycket i vikt så lägger jag inte oron på föräldrarna eller mamman utan jag försöker lugna” (Intervju 2)

Det fanns en medvetenhet om att den egna inställningen ibland var ett hinder vid amningsvägledning. BHV-sjuksköterskan tog ibland tidigt ett steg tillbaka i amningsvägledningen då hon själv hade inställningen att fungerar inte amningen då ger jag upp och lägger inte längre så stor vikt vid amningsvägledning.

BHV-sjuksköterskorna beskrev även inställningen att det primära var att mamman och familjen skulle må bra. De menade att det fanns fler saker än amning som var viktigt och det påverkade sedan hur amningsvägledningen utformades.

Yttre faktorer

BHV-sjuksköterskorna menade att familjens omgivning påverkade deras amningsvägledning. Tidsbrist kunde också påverka amningsvägledningen, men ansågs inte vara något stort problem. BHV-sjuksköterskorna beskrev yttre faktorer som påverkade amningsvägledningen. Kategorin *Yttre faktorer* beskrivs med underkategorierna *Omgivningen* och *Tid*.

Omgivningen

BHV-sjuksköterskorna beskrev att omgivningen påverkade deras amningsvägledning. BHV-sjuksköterskorna menade att sociala medier liksom familj och vänner hade stort inflytande på mammorna. Detta kunde vara stressande för en del då det innebar att de fick många olika tips och råd. BHV-sjuksköterskorna uppfattades som en neutral person som mammorna kunde diskutera fakta med. Amningsvägledningen påverkades då BHV-sjuksköterskans uppgift blev att hjälpa till och sortera bland information. BHV-sjuksköterskorna gav råd om vilka informationskällor som var tillförlitliga och var evidensbaserad kunskap enligt gällande riktlinjer.

“Jag tycker ofta att de vill bolla de råden som de har fått av andra hos mig.” (Intervju 4)

Partnerns betydelse ansågs vara stor då de flesta partners upplevdes vara stöttande och engagerade samt vilja främja amning. Partnern påverkade amningsvägledningen då hen kunde användas som en resurs. BHV-sjuksköterskorna beskrev det jämställda föräldraskapet som en utmaning i amningsvägledningen. Partnern önskade ofta vara delaktig även när det kom till att ge barnet mat. Amningsvägledningen påverkades då eftersom vägledningen kom att handla om att visa på andra sätt för partnern att stötta, än att ge mat på flaska.

Tid

BHV-sjuksköterskorna beskrev amning som någonting viktigt och menade att de tog sig tid till och prioriterade amningsvägledning. De berättade att tiden kunde påverka amningsvägledningen och begränsa möjligheterna, men att det oftast hittades lösningar där omflyttning i schema och telefonuppföljning var exempel på detta. Tiden kunde vara begränsad för de mammor som upplevde stora problem med amningen och som önskade lägga ner mycket tid och möda för att få amningen att fungera. Då informerade BHV-sjuksköterskorna om amningsmottagningen och amningshjälpen. BHV-sjuksköterskorna upplevde då att de inte hade de nödvändiga resurserna för att hjälpa mammorna på bästa sätt.

“ Jag prioriterar mamman med amningsproblem så jag kan hjälpa direkt. Man kan liksom inte vänta med den mamman till om två veckor... då har den mamman lagt ner amningen för längesen...” (Intervju 11)

Diskussion

Metoddiskussion

Trovärdigheten i en kvalitativ studie bedöms enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) med hjälp av begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet. Dessa begrepp är medtagna i följande diskussion.

Eftersom författarna eftersökte BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av vilka faktorer som påverkade deras amningsvägledning valdes kvalitativ forskningsintervju, vilket för detta syfte är en lämplig datainsamlingsmetod. Forskningsintervjun var semistrukturerad med frågor utformade i en intervjuguide (bilaga 1). Trovärdigheten är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beroende av att lämplig metod för datainsamling använts.

Intervjuguiden gav författarna möjlighet att anpassa sig under intervjuens gång och ställa olika följdfrågor beroende på studiedeltagarens svar. Intervjun utformades på så sätt till viss del utifrån studiedeltagarens svar och gav möjlighet till mer utvecklade svar, djupare information och en mer nyanserad bild. Nackdelen med semistrukturerad intervju är att svaren riskerar att bli mer utsvävande och svårare att analysera (Danielson, 2017). För författarna var det en utmaning under intervjun att leda tillbaka intervjupersonen till frågeställningarna och till samtal om det som berörde syftet. Författarna upplevde att detta blev lättare ju mer intervjuvarena författarna fick.

Totalt ingick 11 intervjuer i studien. Författarnas mål var att genomföra intervjuer tills dess att inga nya upplevelser uppkom (Polit & Beck, 2017). Det var svårt att rekrytera studiedeltagare då verksamhetschefer, trots upprepade försök till kontakt, antingen inte svarade på e-mail eller p.g.a. tidsbrist tackade nej till deltagande. De 11 intervjuernas innehåll bedömdes dock som tillräckligt för att genomföra dataanalys eftersom inget nytt framkom i de sista intervjuerna. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är trovärdigheten beroende av att tillräcklig mängd data inhämtats. Trost (2011) anser det vara viktigare med ett mindre antal, väl utförda intervjuer med studiedeltagare som kan ge variationsrika beskrivningar av fenomenet, än med ett större antal som ger mindre rika beskrivningar.

Majoriteten av studiedeltagarna var distriktssköterskor och ett fåtal var barnsjuksköterskor. Båda dessa professionernas erfarenheter var av intresse då de representerar yrkesgruppen inom BHV. En svaghet är att det inte ingick några män i studien. Urvalet anses dock vara representativt för yrkeskåren inom BHV. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan det ses som en svaghet att antalet studiedeltagare var relativt litet och deltagarna endast var kvinnor då kvalitativ innehållsanalys avser beskriva variationer. Urvalet i föreliggande studie var för övrigt varierat då deltagare rekryterats från ett något större geografiskt område, både från landsbygd och från större städer samt med stor spridning i såväl ålder som arbetslivserfarenhet. Sammanlagt sju olika barnvårdscentraler, både privata och offentliga, i varierande socioekonomiska områden ingick i studien. Denna variation ökar studiens giltighet. Dock intervjuades endast BHV-sjuksköterskor från en privat enhet, övriga arbetade i den offentliga verksamheten.

Författarna genomförde gemensamt en provintervju, vilket enligt Danielson (2017) är lämpligt för att testa kvaliteten på intervjufrågorna. Då intervjupersonen i provintervjun, som var distriktssköterska och arbetade som skolsköterska, inte uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades inte intervjun i resultatet. Provintervjun gav författarna intervjuvana och säkerställde att författarna fortsättningsvis kom genomföra intervjuer på liknande sätt, då fortsatta intervjuer genomfördes var för sig. Provintervjun bekräftade även att intervjuguiden behövde justeras då en utav frågorna inte upplevdes svara mot syftet (bilaga 1). Övriga frågor i intervjuguiden bedömdes vara begripliga och relevanta utifrån syftet. Det kan dock ha varit en nackdel att intervjupersonen i provintervjun inte arbetade inom barnhälsovården då hen eventuellt inte kunde relatera till frågorna på samma sätt, vilket i sin tur kan ha påverkat kvaliteten på intervjuguiden.

Intervjuerna genomfördes, på begäran av studiedeltagarna, på deras arbetsplats under arbetstid. Att genomföra intervjuer på studiedeltagarnas arbetsplats kan medföra en trygghet för intervjupersonen (Trost, 2011). En känd miljö kan bidra till att deltagaren känner sig trygg med att berätta mer djupgående om det berörda ämnet. Vidare genomfördes intervjuerna enskilt, vilket enligt Trost (2011) kan ses som positivt då studiedeltagarna upplever en mer jämbördig position med intervjuaren. Med två intervjuare finns en risk att studiedeltagaren upplever ett underläge. Det kan dock finnas fördelar med att vara två som intervjuar då den ena ges möjlighet att observera det osagda och även inflika och komplettera med följdfrågor som eventuellt missats (a.a). Intervjuerna inleddes med demografiska frågor om ålder,

specialistutbildning, antal år i yrket och om studiedeltagaren gått någon extra amningskurs. Alla intervjuer startade med en inledande huvudfråga som var direkt inriktad mot syftet. Detta ökar sannolikheten att svara upp mot syftet och att frågeställningen besvaras. Därefter följde tre frågor som kompletterades med olika följdfrågor vilka anpassades till varje individuell intervju. Författarna såg till att olika förutbestämda frågeområden berördes, detta för att enligt Danielson (2017) belysa olika erfarenheter kring ämnet på bästa sätt. Studiedeltagarna uppmuntrades att prata fritt och att med egna ord beskriva sina erfarenheter.

Att författarna är oerfarna intervjuare kan ha påverkat såväl intervjulängden, kvaliteten som resultatet, t.ex. kan intervjufrågor och följdfrågor ställts annorlunda vilket skulle kunna leda till mer utvecklade svar och mer omfattande information. För att inte tappa någon viktig information genomfördes transkriberingen direkt efter varje intervju. Enligt Danielson (2017) anses det vara en fördel att transkribera i så nära tid som möjligt då det ger författaren större möjlighet att komma ihåg små detaljer. Trost (2011) beskriver att personliga uppfattningar om fenomenet som studeras kan påverka studiens resultat. Författarna strävade efter att i intervjusituationen inta en opartisk roll för att minska påverkan på studiedeltagarna. Samtidigt var författarna genom samspelet i intervjun delaktiga och kan ha påverkat innehållet. Data samlades in under några månaders tid. Att materialet samlades in under en begränsad period ökar, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) tillförlitligheten.

För att få en liknande uppfattning om analysprocessen och dess tillvägagångssätt genomarbetades två intervjuer gemensamt. Resterande genomfördes var för sig till en början. Samtliga intervjuer bearbetades dock även gemensamt, efter att var och en analyserat för sig. Detta ökar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) tillförlitligheten. Vid den gemensamma bearbetningen av intervjuerna diskuterades varje steg i analysprocessen ingående och koder skapades gemensamt. Detta ledde fram till konsensus mellan författarna. För att uppnå tillförlitlighet har författarna i varje steg under hela analysprocessen diskuterat olika tolkningsmöjligheter vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ökar förutsättningen för stringens för koder och kategorier. Med giltighet menas enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) hur sant resultatet är. Ett resultat anses vara giltigt om det lyfter fram det som är typiskt för det som var avsett att beskrivas (a.a) Författarna har under analysprocessens gång diskuterat och fortlöpande återvänt till det transkriberade materialet för att minnas den ursprungliga innebörden av det studiedeltagarna berättat. Författarna har även fört kontinuerliga diskussioner med sin handledare för att säkra giltigheten i studien.

Författarna har genom hela processen eftersträvat en medvetenhet om sina förförståelser och värderingar för att i så liten utsträckning som möjligt påverka resultatet. Samtidigt var författarna enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) med i skapandet av intervjuerna där interaktionen med studiedeltagarna ledde till att svaren inte var oberoende av författarna. På detta sätt uppnås delaktighet (a.a). Ingen av författarna har någon erfarenhet av att arbeta inom BHV, men båda har personliga erfarenheter av amning och har erhållit amningsvägledning.

Överförbarhet handlar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) om hur resultatet kan överföras till ett annat sammanhang. Genom författarnas noggranna metodbeskrivning, underlättas det för läsaren att avgöra och bedöma resultatets överförbarhet. Författarna anser att samma resultat i samma eller liknande sammanhang som den aktuella uppsatsen skulle kunna upptäckas.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att det fanns flera olika faktorer som påverkade BHV-sjuksköterskans amningsvägledning. Det fanns faktorer hos mamman, men även faktorer hos BHV-sjuksköterskan själv samt yttre faktorer som kunde påverka amningsvägledningen.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att de vid amningsvägledning utgick från mammans inställning, kunskap, förutsättningar, behov och önskemål. Dessa faktorer hos mamman påverkade deras amningsvägledning. Detta bekräftades i Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström (2010) studie där mamman upplevde att amningsvägledningen var baserad på henne som individ när hennes enskilda behov uppmärksammades. Detta kunde leda till ökat självförtroende och tillfredsställelse hos mamman (a.a). Amningsvägledningen påverkades och formades även av mammans inneboende resurser och vilken typ stöd det fanns behov av. Genom att identifiera dessa såg BHV-sjuksköterskan vilka möjligheter som fanns för att övervinna hinder och svårigheter vid amning. Liknande fynd har gjorts i Edvardsson och Innes (2010) studie som visade att det krävdes att vårdpersonal skapade sig en bild av personens behov, resurser och preferenser för att möjliggöra ett jämlikt möte med respekt för patientens egna upplevelser (a.a). BHV-sjuksköterskorna beskrev att amningsvägledningen anpassades efter hur de individuella behoven såg ut och stöd och råd justerades utefter dessa. Att lyssna på individens berättelse för att bl.a. försöka förstå hur personens resurser såg ut

(Ekman & Norberg, 2013) samt att ge stöd utifrån individuella förutsättningar (Mc Cormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010) var utgångspunkten för ett personcentrerat arbetssätt. Grunden i relationen mellan patient och professionell är ömsesidig respekt och en förståelse för patientens vilja. Personcentrerad vård innebär ett etiskt förhållningssätt som vägleder de handlingar som utförs (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). All omvårdnad har en etisk dimension och sjuksköterskor har ett moraliskt ansvar att respektera mänskliga rättigheter och stå upp för människans rätt till autonomi. Ett etiskt och personcentrerat förhållningssätt tar hänsyn till patientens självbestämmande och BHV-sjuksköterskorna gav i sina beskrivningar uttryck för detta. Det personcentrerade arbetssättet verkade vara etablerat hos BHV-sjuksköterskorna men kan innebära utmaningar då detta arbetssätt på många områden inom vården utmanar gamla strukturer. Personcentrerad vård har visat sig ge samhälleliga vinster (Dudas, Kaczynski & Olsson, 2014) och nyttan borde stödja utvecklingsarbete mot ett personcentrerat arbetssätt.

Att lyssna och vara lyhörd beskrevs som grundläggande i amningsvägledningen. Dessa faktorer som fanns hos BHV-sjuksköterskan kunde påverka amningsvägledningen genom att det gav förutsättningar för att bygga en god, förtroende- och respektfull relation till familjen. Detta belystes även i Pentecost och Grassley (2014) studie där det visades att stöd innebar ett aktivt, icke moraliserande lyssnande samt att det stöd som efterfrågades gavs (a.a).

Amningsvägledningen beskrevs av BHV-sjuksköterskorna som en balansgång där viljan att främja amning balanserades med självklarheten att respektera mammans val. Enligt Schmied et al. (2011) innebar personcentrerad vård att respektera mammans val, inte pressa henne samt att respektera, inte skuldbelägga och moralisera kring hennes val (a.a). Det fanns en rädsla hos BHV-sjuksköterskorna att förstöra förtroendet och påverka relationen negativt och det var viktigt att stötta och respektera föräldrarna i deras beslut utan värdering och ifrågasättande. Liknande resultat beskrivs av Marks och O'Connor (2015) som fann att sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att inte moralisera kring amning för att inte förstöra relationen (a.a)

Personcentrerad vård förutsätter en medveten etik samt ett förhållningssätt där patientens autonomi respekteras (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). BHV-sjuksköterskorna beskrev en värdegrund med ett etiskt förhållningssätt i mötet med mamman och familjen. Ett personcentrerat arbetssätt förbättrar förståelsen för individens livsvärld, ökar möjligheten till goda relationer samt förbättrar omhändertagandet och borde vara ett förhållningssätt som är gällande hos hälso- och sjukvårdspersonal.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att vara bekräftande i sin amningsvägledning och att stärka mammornas tro på sig själva genom att vara uppmuntrande och bekräftande i mötet med familjen och mamman. När BHV-sjuksköterskan bekräftade att amningen fungerade stärktes mamman i sin förmåga att amma. Dietrich Leurer och Misskey (2015) beskriver i sin kanadensiska studie ett behov av amningsstöd som innehöll psykosociala och känslomässiga aspekter. Utöver att förmedla erforderlig kunskap vid amningsvägledning beskrevs även ett behov av att ge uppmuntran och förmedla trygghet (a.a). Ross, Tod och Clarke (2014) undersökte i sin studie sjuksköterskors förståelse för personcentrerad vård inom akutsjukvård. Det framkom att sjuksköterskan genom att bemöta individen med empati samt kunde anpassa omvårdnaden utifrån dennes behov öka förtroendet mellan sig själv och patienten (a.a). Detta framkom även i föreliggande uppsats och borde således även gälla inom barnhälsovården vid amningsvägledning. BHV-sjuksköterskorna beskrev att det fanns ett behov av att stärka föräldrarnas självförtroende då de upplevde att det många gånger fanns en osäkerhet i föräldraskapet hos dagens föräldrar. De menade att en framgångsrik amningsvägledning, som är uppmuntrande och bekräftande, kunde ändra mammornas perspektiv på amningen till det positiva och därigenom främja amning. Amning är relaterat till långsiktig hälsa för mödrar och barn (WHO, 2017; Chowdhury et al., 2015) Amningsfrämjande insatser borde medföra vinster för samhället och här har BHV-sjuksköterskor en viktig roll. Betydelsen av uppmuntran beskrivs även i Ekman et al. (2011) studie om personcentrerad vård vid hjärtsvikt. Genom att lyssna till patienten och vara öppen för hens tankar samt uppmuntra till reflektion kring situationen kunde personens inre styrka identifieras och användas som en resurs.

BHV-sjuksköterskorna menade att familjens omgivning påverkade deras amningsvägledning. Amningsvägledningen påverkades då BHV-sjuksköterskans uppgift blev att hjälpa till och sortera bland information och ge evidensbaserade råd. Många olika råd gjorde mammorna villrådigas och att stärka mamman i att ta reda på vad hon vill och känna sig trygg i det, var en utav BHV-sjuksköterskornas uppgifter. Enligt Wolf et al. (2017) ökade personcentrerad vård patienternas förtroende för vårdpersonal som de ansåg vara kompetenta och kunde få dem att känna sig trygga (a.a). Partnern påverkade amningsvägledningen då hen kunde användas som en resurs. Detta beskrevs även i Sullivan, Leathers och Kelley (2004) studie. Stödet från partnern vid amning var viktigt och partners stöd påverkade hur amningen fungerade samt hur länge kvinnan ammade (a.a). BHV-sjuksköterskorna beskrev att partnern ofta önskade vara delaktig även när det kom till att ge barnet mat. BHV-sjuksköterskorna beskrev det

jämställda föräldraskapet som en utmaning i amningsvägledningen och som en risk att amning inte främjades. Amningsvägledningen påverkades då eftersom vägledningen kom att handla om att visa på andra sätt för partnern att stötta, än att ge mat på flaska.

Konklusion och implikationer

BHV-sjuksköterskorna beskrev att de utgick från mammans inställning till amning, vilket innebar att de arbetade utifrån ett personcentrerat arbetssätt. En förutsättning för att arbeta personcentrerat är att det finns möjlighet att bygga en förtroendefull relation, som i sin tur förutsätter kontinuitet. Det framhölls som betydelsefullt att lyssna och vara lyhörd, att vara uppmuntrande och bekräftande. Detta gav förutsättningar för att bygga en förtroende- och respektfull relation till familjen. Även kunskap om amning och arbetslivserfarenhet liksom egen erfarenhet och egen inställning till amning var förhållanden som var betydelsefulla. För att möjliggöra amningsvägledning på ett professionellt sätt var det viktigt att vara medveten om sin påverkan och sin egen inställning till amning. Den viktigaste yttre faktorn som lyftes var partnern. Partnern kunde ses som en resurs och att det var betydelsefullt att även hen blev sedd. En förhoppning är att resultatet ska kunna bidra med en ökad medvetenhet hos BHV-sjuksköterskor om vilka faktorer som påverkar amningsvägledning och att därigenom främja amning. Denna uppsats undersökte vilka faktorer som påverkade amningsvägledning inom barnhälsovården från BHV-sjuksköterskans perspektiv. Eftersom sjuksköterskor och mödrar kan ha olika upplevelser kan mammornas perspektiv vara av intresse att undersöka vidare.

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 Pædiatrica* 101(1), 55-60. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x
- Berglund, M. (2015a). *Målet med amningsvägledning*. Hämtad 14 december, 2017, från Rikshandboken Barnhälsovård:
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-amning-ny/Malet-med-amningsvagledning/>
- Berglund, M. (2015b). *Att skydda, främja och stödja amning*. Hämtad 8 februari, 2018, från Rikshandboken Barnhälsovård:
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-amning-ny/Att-skydda-framja-och-stodja-amning/>
- Berglund, M. (2015c). *Att fortsätta amma*. Hämtad 12 februari, 2018, från Rikshandboken Barnhälsovård:
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Hallbar-amning/Att-fortsatta-amma/>
- 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
- Bærug, A., Langsrud, Ø., Løland, B.F., Tufte, E., Tylleskär, T., ... Fretheim, A. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 428–439. doi: 10.1111/mcn.12273
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, J.M., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and Meta-analysis. *Acta Pædiatrica*, 104(467), 96-113. doi:10.1111/apa.13102
- Condon, L., & Ingram, J. (2011). Increasing support for breastfeeding: what can Children's Centres do? *Health and social care in the community*, 19(6), 617-625.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp.143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The Psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding: Reflections of Mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, (2), 1-9. doi:10.1177/2333393615611654
- Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson, L-E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. (pp. 172-197). Stockholm: Liber
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50(6), 834-846.

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014) Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. (pp. 69-92). Stockholm: Liber

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 29-53). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindstedt, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant-Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *European Journal of cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.

Ekström, A., Matthiesen, A-S., Widström, A-M., & Nissen, E (2005). Breastfeeding attitudes among counselling 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. (2003). Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. *BIRTH*, 30(4), 261-266.

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.

Graffy, J. och Taylor, J. (2005). What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *BIRTH*, 32(3), 179-186. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.0036

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.

Grenholm Andersson, E., Söderström, P., & Lindberg, B. (2016). Providing breastfeeding support: experiences from child-health nurses. *International Journal of Child health and nutrition*, 5(4), 126-134.

Jansson, A-K & Drevenhorn, E. (2015). Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrik omvårdnad* (pp. 85-93). Stockholm: Liber

Kronborg, H., Vaeth, M., Olsen, J., & Harder, I. (2007). Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *European Journal of Public Health*, 18(3), 283-288.

Laanterä, S., Pölkki, T., & Pietilä, A-M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*, 17(1), 72-84. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01909.x

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

- Marks, D. & O'Connor, R. (2015). Health professionals' attitudes towards the promotion of breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 23(1), 50-58.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: A qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620–634.
- Pentecost, R., & Grassley, J. (2014). Adolescents' Needs for Nurses' Support When Initiating Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 224-228.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Price, L. (2014). Can early breastfeeding support increase the 6-8 week breastfeeding prevalence rate? *Community Practitioner*, 87(5), 30-33.
- Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-19), 1223-1233.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth issues in perinatal care*, 38(1), 49-60.
- Socialstyrelsen. (2014). Tio steg som främjar amning. Hämtad 10 december, 2017, från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-27>
- Socialstyrelsen. (2017). Statistik om amning 2015. Hämtad 14 december, 2017, från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20662/2017-9-4.pdf>
- SOSFS 2008:33. Socialstyrelsens föreskrifter om information som avser uppfödning genom amning eller modersmjölk ersättning. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sullivan, M. L., Leathers, S. J., & Kelley, M. A. (2004). Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation. Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 20(2), 196-205.
- Svendby, H. R., Löland, B. F., Omtvedt, M., Holmsen, S. T., & Lagerlöv, P. (2016). Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counselor. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(2), 122-129. doi: 10.3109/02813432.2016.1160632
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad 14 december, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening:
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf
- Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

United Nations International Children's Emergency Fund, Unicef. (2015). Nutrition. Hämtad 8 december, 2017, från United Nations International Children's Emergency Fund, Unicef: https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html

Whelan, B., McEvoy, S., Eldin, N., & Kearney, J. (2011) What primary health professionals need to promote breastfeeding. *Practise Nursing*, 22(1), 35-39.

Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M.,... Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals, *BMJ Open*, 7(7), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016491

World Health Organization, WHO. Regional office for Europe. (2017). Breastfeeding mothers need peer counselling. Hämtad 8 december, 2017, från World Health Organization, WHO Regional office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2013/08/breastfeeding-mothers-need-peer-counselling>

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research in involving human subjects. Hämtad 2 februari, 2018, från World Medical Association: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (1)

Intervjuguide

Huvudfråga: Vilka faktorer upplever du påverkar din amningsvägledning?
Vilken betydelse upplever du att du har gällande amningsvägledning?
Vilken betydelse upplever du att omgivningen har vid amningsvägledning?
Hur stor betydelse upplever du att amningsproblem har vid amningsvägledning?

Följdfrågor

Ge exempel...
Berätta mer om.....
Hur tänker du?
Hur menar du?
Kan du beskriva en situation?
På vilket sätt...?

Frågeområden

Sjuksköterskans betydelse
Omgivningens betydelse
Amningsproblems betydelse
Stöd
Ge ett exempel på en typisk amningsrådgivning

Bakgrundsfrågor

Ålder:
Kön:
Vilken specialistutbildning har du?
Hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska på BVC?
Har du gått några extra amningskurser?