

Vårdvetenskap
Självständigt arbete 15 hp
Avancerad nivå

**Barnhälsovårdssköterskans erfarenhet av amningsstödjande
arbete**

Cecilia Andersson

Emelie Ax

Barnhälsovårdssköterskans erfarenhet av amningsstödjande arbete

Cecilia Andersson och Emelie Ax

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Barnhälsovården har en viktig uppgift att främja amning. Barnhälsovårdssköterskan arbetar utifrån ett folkhälsoperspektiv och i mötet med föräldrarna strävar hon efter att stärka deras självförtroende till deras egen kompetens och problemlösningsförmåga. Initialt kan mamman behöva mycket råd, stöd och uppmuntran för att etablera amningen. Det krävs professionalism och kompetens för att kunna möta olika behov och erfarenheter samt för att kunna hantera olika synsätt när det gäller barn och amning. **Syfte:** Syftet var att undersöka barnhälsovårdssköterskans erfarenhet av amningsstödjande arbete. **Metod:** Studien hade en kvalitativ design. Enskilda intervjuer hölls med sju barnhälsovårdssköterskor från olika landsting i södra Sverige. Materialet analyserades utifrån Lundman och Hällgren Graneheims kvalitativa innehållsanalys. **Resultat:** Två teman framkom: Skapa rum för amningsstöd och Amningsstöd på föräldrars villkor. BHV-sköterskan skapade förutsättningar för att kunna ge amningsstöd genom att vara tillgänglig och samtala med föräldrarna utifrån deras funderingar och behov. Det fanns olika faktorer som spelade in och gjorde amningsstödet individuellt. Detta ställde krav på BHV-sköterskan att vara följsam i sin yrkesroll och möta varje enskild familj där just den befann sig. **Slutsats:** En god relation mellan BHV-sköterskan och föräldrarna är viktig. Amningsstödet är mångfacetterat och individuellt anpassat till varje familj, vilket kräver följsamhet av BHV-sköterskan.

Nyckelord: Barnhälsovårdssköterska, erfarenhet, amningsstöd.

The experience of the Child Healthcare Nurse when it comes to her work supporting breastfeeding

Cecilia Andersson and Emelie Ax

SUMMARY

Background: It is important for the Child Healthcare to encourage breastfeeding. A Child Healthcare Nurse puts emphasis and focus on Public Healthcare in her daily work. In meetings with parents she aims for strengthening the parent's confidence in their own competence and ability to solve problems. In the beginning the mother could need a lot of advice, support and encouragement to be able to start the breast feeding. It also takes a lot of professionalism and competence to be able to meet different demands and experiences as well as to be able to handle different opinions when it comes to children and breastfeeding.

Purpose: The purpose was to examine the experiences of the Child Healthcare Nurse when it comes to her work supporting breast feeding. **Method:** The study had a qualitative design. Separate interviews were held with seven Child Healthcare Nurses from different county councils in the south of Sweden. The material was analyzed based on the qualitative content analysis of Lundman and Hällgren Graneheim. **Result:** Two themes became evident: Make room for breastfeeding support and breastfeeding support according to parents demands. The Child Healthcare Nurse created conditions to be able to give breastfeeding support through being available and also through listening to the parent's questions and demands. There were many factors involved which made the breastfeeding support individual. This demands the Child Healthcare Nurse to be flexible in her profession as well as to meet every single family exactly where they were. **Conclusion:** A good relationship between the Child Healthcare Nurse and the parents are essential. The breastfeeding support is diverse and individually adjusted to each family, which demands a flexible Child Healthcare Nurse.

Key words: Child Health Care Nurse, experience, breastfeeding support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Amningens historik	1
Orsaker till att mammor slutar amma	2
Barnhälsovårdens uppdrag	3
Stödet till mamman påverkar amningens längd	4
Amningsstöd från barnhälsovården	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval och procedur	6
Datainsamling	7
Analysmetod	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
Skapa rum för amningsstöd	10
Amningsstöd på föräldrars villkor	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
SLUTSATS	21
KLINISKA IMPLIKATIONER	22
FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING	22
REFERENSER	23
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Den nyblivna mamman lämnar idag BB-avdelningen tidigt efter förlossningen. Detta betyder att ett större ansvar läggs på barnhälsovårdssköterskan (BHV-sköterskan) som träffar barnet och föräldrarna efter hemgången. Barnavårdscentralerna når ut till så många som 99 procent av alla nyfödda under första levnadsåret (Gottvall, Tsegalem & Bennis, 2010). Barnhälsovården syftar till att bistå med hjälp och service till småbarnsfamiljer. Mamman kan till en början behöva mycket råd, stöd och uppmuntran för att amningen ska etableras (Svensson, 2008). I detta sammanhang har BHV-sköterskan en central roll i amningsstöd.

BAKGRUND

Amningens historik

Amning har varit en förutsättning för människans överlevnad. Tidigare levde människan nära djur och natur och amning var en självklar del av livet (Svensson & Nordgren, 2002). Kunskapen kring barnafödande, barnavård och amning fördes vidare mellan generationer. Inställningen till amning har förändrats under 1900-talet. Under 1930-talet blev det vanligare att kvinnor förlöstes på sjukhus. Istället för tradition och kvinnokunskap om amning rådde här moderna och strikta rutiner. Amningen var reglerad efter ett schema vilket gjorde att den var svår att upprätthålla (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009). Från 1950 till 1970 sjönk antalet enbart ammade barn vid två månaders ålder från 75 procent till 35 procent och när barnen uppnått en ålder på sex månader amrades endast 10 procent (Gottvall et al., 2010). Ytterligare orsaker till den sjunkande amningsfrekvensen, utöver rutinerna på sjukhusen, var att mammorna ofta fick dåligt amningsstöd av personalen. På barnavårdscentralerna spreds barnmatföretagens budskap vilket gjorde att barnmaten blev allmänt accepterad (Brandell & Sjögren, 2002). Den industriella utvecklingen innebar att mjölkblandningar tillverkades billigt och snabbt fick fotfäste i ett samhälle där amningen vanligen inte fungerade på grund av rekommendationerna som gavs. Mammorna själva besatt inte den vardagskunskap som tidigare generationer haft och utvägen blev modersmjölksersättning (Kylberg et al., 2009). Efter 1971 vände den negativa trenden och amningens sociala och medicinska värde framhölls. Under mitten av 1980-talet vände trenden återigen och amningsfrekvensen avtog under en kort period, för att återigen öka i början av 1990-talet. Ökningen av amningsfrekvensen antogs bero på de amningsstödjande åtgärder som introducerades 1989 av World Health Organization (WHO) och the United Nations Children's Fund (UNICEF) (Gottvall et al., 2010).

WHO och UNICEF gjorde 1989 ett gemensamt uttalande riktat till berörda myndigheter som är ansvariga för mödra- och barnhälsovård om att skydda, främja och stödja amning. Uttalandet inkluderade handlingsplanen Tio steg till lyckad amning (WHO, 1989). WHO och UNICEF tillfrågade år 1991 alla regeringschefer om stöd till initiativet att skapa amningsvänliga sjukhus så kallat Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI). Initiativet byggde på de evidensbaserade Tio steg till lyckad amning. Med amningsstödjande arbete menas att skydda, främja och stödja amning i enlighet med WHO:s och UNICEF:s gemensamma uttalanden. Arbetet med BFHI i Sverige började 1992 på BB-avdelningarna för att sedan utvidgas och omfatta även mödra- och barnhälsovården (Kylberg et al., 2009). BFHI är en satsning för att försäkra att amningen står i centrum och bör stödjas oavsett om kvinnan föder på sjukhus eller annan plats. Sjukhus kan bli certifierade Baby-Friendly vilket innebär att sjukhuset inte accepterar fri eller billig bröstmjölk ersättning, nappflaskor eller tröstnapp och använder sig av Tio steg till lyckad amning. Sedan införandet av BFHI har mer än 15 000 vårdanläggningar världen över fått utmärkelsen. Detta leder till att fler mammor ammar sina spädbarn och att barnhälsan förbättras (UNICEF).

Under 2003 till 2004 sågs en minskning av enbart ammade barn och en ökning av delvis ammade barn. Detta kan troligen förklaras med den definitionsändring som WHO gjorde 2004. Definitionsändringen innebar att barn som får smakportioner inte längre räknas som enbart ammade barn. Sverige har anpassat sig till denna definition. Enbart ammade barn får endast bröstmjolk och vitaminer eller läkemedel. Till delvis ammade räknas barn som utöver bröstmjolk fått bröstmjölk ersättning, välling eller annan kost. I dag finns en trend med nedåtgående amningsfrekvens och orsakerna är inte kända (Gottvall et al., 2010).

Orsaker till att mammor slutar amma

Även om det är många mammor som både vill och har motivationen att amma händer det att en del avbryter amningen på grund av att den inte fungerar. Föräldrar kan ibland förvänta sig att amningen ska fungera omedelbart utan problem. Det kan vara överraskande att amningen i början faktiskt tar så mycket tid som den gör och även att den kan vara smärtsam. Föräldrarna kan ha målat upp en bild om hur deras barn ska bete sig. När dessa förväntningar inte stämmer överens med verkligheten och det egna barnet, kan föräldrar ibland lägga ner stor energi på att försöka få barnet att fungera enligt deras förväntningar. Motsatt lägger andra föräldrar tid på att istället försöka lära känna och följa barnet. Det tar tid att bli trygg med

amningen. Mamman blir stressad när amningen inte fungerar och tror ofta att hon inte har någon mjölk. Detta är den vanligaste anledningen till att mamman slutar amma (Svensson, 2008). Stewart-Knox, Gardiner och Wrights (2003) studie resultat visar att mammor känner sig bundna och upplever begränsningar i livet till följd av amningen. Ett barn som ammas uppfattas av mamman som mer beroende än ett barn som matas med flaska, vilket speglar mammans känsla av brist på frihet. Vidare är mammorna överens om att amning och arbete är nästintill omöjligt att kombinera. Arbete innebär en känsla av självständighet då de inte blir beroende av någon annans ekonomi. Behovet av att känna frihet och självständighet är faktorer till varför mammor väljer att sluta amma (Ibid.).

Barnhälsovårdens uppdrag

Barnhälsovården har en viktig uppgift att främja amning. Nationella nätverket för Vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare (2007) har utarbetat riktlinjer för sjuksköterskan som arbetar inom barnhälsovården. Enligt riktlinjerna ska sjuksköterskan vara specialistutbildad till distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Arbetsuppgifterna kräver både hög barnkompetens och socialmedicinsk kunskap. Tjänstgöringsgraden bör vara minst 50 procent av heltid för att kompetensen och färdigheten i arbetet med barn ska bibehållas. Regelbunden fortbildning är ett led i kompetensutveckling för att garantera verksamhetens kvalitet. Det ska finnas avsatt tid för barnhälsovården och BHV-sköterskan ska kunna nås via telefon alla vardagar. Familjen ska erbjudas planerade eller oplanerade besök efter deras behov. BHV-sköterskan gör hembesök hos alla nyblivna föräldrar efter hemkomst från BB- eller neonatalavdelning. BHV-sköterskan arbetar utifrån ett folkhälsoperspektiv och i mötet med föräldrarna arbetar hon för att stärka deras självförtroende till deras egen kompetens och problemlösningsförmåga. BHV-sköterskan utför den största delen av barnhälsovårdens arbete och är således en nyckelperson på barnvårdscentralen (Ibid.).

Barnvårdscentralerna når ut till så många som 99 procent av alla nyfödda under första levnadsåret (Gottvall et al., 2010). Under denna tid är kontakten mellan barnhälsovårdspersonalen och föräldrarna som tätast för att därefter gradvis glesas ut. Syftet med barnhälsovård är att bistå med hjälp och service till familjer med små barn. Initialt kan mamman behöva mycket råd, stöd och uppmuntran för att etablera amningen. Amning är komplext och kräver flexibilitet hos den vårdpersonal som möter barnet och dess föräldrar. Det krävs professionalism och kompetens för att kunna möta olika behov och erfarenheter samt för att kunna hantera olika synsätt när det gäller barn och amning (Svensson, 2008).

Likaså måste vårdpersonal ha respekt och ge sitt fulla stöd till mammor som av någon anledning inte kan, vill eller orkar amma sitt barn (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2007; Lindberg, 2007). För att minimera risken att mamman ger upp amningen är en regelbunden och tät kontakt med familjen betydelsefull (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009).

Hälso - och sjukvårdens personal skall även bistå den nyblivna mamman med information kring amning. Ekström, Widström och Nissen (2003) resultat visar att förstföderskor är mer nöjda än flerföderskor med den amningsinformation som ges av professionella vårdgivare. Däremot är alla mammor mer nöjda med den information de får från barnmorskor på förlossningsavdelningen, jämfört med amningsinformationen som ges av barnmorskor inom mödravården och av BHV-sköterskan (Ibid.). Information skall ges om ett barn behöver ersättning istället för bröstmjolk. Informationen skall belysa, hur anknytningsprocessen förbättras, hälsorisker som är förknippade med olämplig föda och olämpliga uppfödningmetoder samt risker med att inte använda modersmjölkersättningen på ett riktigt sätt. Om modersmjölkersättning ges ska en bedömning göras för att se om behov av det föreligger och dokumenteras i journal. När information ges kring modersmjölkersättning och amning ska den vara objektiv och entydig. Information ska framhålla amningens fördelar jämfört med modersmjölkersättning, hur den ammande ska äta samt hur amningen kan upprätthållas, hur modersmjölkersättning negativt kan påverka amningen och att det kan bli svårigheter med att återuppta amningen om modersmjölkersättning en gång givits (SOSFS 2008:33).

Stödet till mamman påverkar amningens längd

Mammans inställning och attityd till amning påverkar hur länge hon ammar. Om mamman ser fördelar med amningen för sin egen del och inte bara för barnets, ammar hon längre (Svensson, 2008). Ekström et al. (2003) resultat visar att de mammor som känner till sin egen amningshistoria ammar längre än de som inte har kännedom om hur länge de själva ammat som barn. Mammans upplevelse av amningsstöd har samband med durationen av helamning, oavsett vem som ger stödet (Ibid.).

Det stöd mamman får från sin partner och från andra närstående tros vara mest avgörande för hur länge hon ammar (Svensson, 2008). Är pappan positiv och stödjande ammar mamman längre. Har pappan däremot ett negativt förhållningssätt, kanske beroende på att han känner sig åsidosatt, avbryter mamman amningen tidigare (Kylberg et al., 2009). Fägerskiölds (2007) resultat visar att nyblivna pappor stöttar mamman medan hon ammar deras nyfödda så som

barnmorskan och BHV-sköterskan rekommenderat. Pappan hjälper till exempel mamman med en bekväm amningsposition och assisterar utefter hennes önskemål. Vidare visar Fägerskiölds (2007) resultat att pappan känner ett gemensamt ansvar med mamman att barnet ska få den bästa födan, bröstmjolk. Men trots att han vet att bröstmjolk är det bästa för barnet så känner pappan delaktighet när han kan ge barnet mat. Han upplever ett försprång med flaskmatning då detta ger honom tillfälle att spendera mer tid med barnet (Ibid.).

Amningsstöd från barnhälsovården

Den personliga erfarenheten av amning hos sjuksköterskor, positiv eller negativ, påverkar vilka råd de ger mamman samt hela förhållningssättet till amningsstöd. Sjuksköterskor som personligen har positiva upplevelser av amning upplever en god kommunikation med mammor och delar gärna med sig av sina erfarenheter. Likaså har sjuksköterskor med egen erfarenhet av flaskmatning lättare att stötta mammor som önskar att föda upp sitt barn med flaska. Sjuksköterskor utan personlig erfarenhet av amning på grund av att de inte har egna barn grundar sin amningsrådgivning på faktakunskap. Vidare visar sjuksköterskorna ett öppet förhållningsätt då de menar att amning inte är rätt för alla och att det är mammans personliga val huruvida hon ska amma eller inte (Nelson, 2007). Laanterä, Pölkki och Pietilä (2010) visar att det finns brister i kunskap om amning hos sjuksköterskor vilket utgör ett hinder i amningsrådgivning. Dåliga amningsråd kan påverka mamman i den mån att hon väljer att inte amma (Ibid.). McInnes och Chambers (2008) resultat visar att mammor uppskattar amningsråd från sjuksköterskor men det är viktigt att råden ges på ett sätt som inte är dömande eller övertygande. Vidare visar Laanterä et al. (2010) att sjuksköterskor upplever det svårt med balansgången mellan att uppmuntra och inte övertala mamman till att amma. Det finns också fördomar hos sjuksköterskor om att flerföderskor inte behöver amningsstöd på grund av tidigare amningserfarenhet (Ibid.). McInnes och Chambers (2008) beskriver att en god relation mellan mammor och vårdgivare är grunden för det postnatale stödet. Brister i relationen kan leda till motstridiga råd och en vård som inte är stöttande (Ibid.). Jansson, Isacsson, Kornfält och Lindholm (1998) belyser att BHV-sköterskor lägger vikt vid kontinuitet och tillgänglighet när det gäller god barnhälsovård. Andra viktiga aspekter som värderas högt av BHV-sköterskor är att besitta kompetens och visa vänlighet inför familjen (Ibid.).

PROBLEMFÖRMULERING

BHV-sköterskan möter i stort sett alla barn under sex månaders ålder och en av hennes uppgifter är att stödja amning så att den upprätthålls. Amning kan för en del föräldrar vara problematisk. Den kan till exempel ta mer tid än väntat och föräldrarna kan ha förhoppningar som inte uppfylls. BHV-sköterskan ska i mötet med föräldrarna arbeta med att stärka deras självförtroende, egen kompetens och problemlösningsförmåga. Det saknas kunskaper om hur BHV-sköterskan kan stödja föräldrarna under amning. Därför är det angeläget att undersöka hennes erfarenhet av amningsstödjande arbete.

SYFTE

Syftet var att undersöka barnhälsovårdssköterskans erfarenhet av amningsstödjande arbete.

METOD

Design

Eftersom studien ämnade undersöka BHV-sköterskans erfarenheter av amningsstödjande arbete valdes en kvalitativ studiedesign. Denna studiedesign syftar till att förklara ett fenomenets karaktär eller egenskap (Widerberg, 2002). Data samlades in genom enskilda intervjuer. Patel och Davidsson (2003) skriver att kvalitativa intervjuer ger utrymme för deltagaren att svara med egna ord. Avsikten med det är till exempel att undersöka egenskaper i deltagarens livsvärld eller uppfattningar inom olika företeelser (Ibid.). Vid val av analys till föreliggande studie valdes kvalitativ innehållsanalys av Lundman & Hällgren Graneheim (2008).

Urval och procedur

I föreliggande studie har ett ändamålsenligt urval tillämpats. Patton (2002) skriver att denna form av urval fokuserar på att välja ut deltagare som besitter den kunskap som är av central betydelse för studiens syfte (Ibid.). Författarna genomsökte landstingens hemsidor för att ta del av vilka vårdcentraler som fanns att tillgå. Efter att ha samlat in kontaktuppgifter kontaktade författarna verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Sverige för godkännande att genomföra intervjuer med BHV-sköterskor. Författarna vände sig till tio vårdcentraler fördelade mellan olika landsting i syfte att få en större spridning och ett rikt material. Kontakt erhöles med verksamhetschefer för nio vårdcentraler, vilka alla gav tillstånd att kontakta BHV-sköterskor. En verksamhetschef av de tio tillfrågade kunde inte nås under

urvalsprocessen och således uteslöts denna. BHV-sköterskorna kontaktades via e-mail eller telefon. Telefonkontakt erhöles med samtliga (n=9) BHV-sköterskor och i samband med detta gavs information om studien och dess syfte. Informationsbrev (bilaga 1) skickades via e-mail och träff för intervju planerades. BHV-sköterskor på två av de kontaktade vårdcentralerna avböjde deltagande. Urvalet kom således av bestå av sju distriktssköterskor med minst 50 procents tjänstgöringsgrad inom barnhälsovård. En av distriktssköterskorna var sedan tidigare även utbildad barnsjuksköterska. Deltagarna bestod av sex kvinnor och en man mellan 33 och 61 år. Medelåldern var 48 år och antal yrkesverksamma år inom barnhälsovården var i genomsnitt 18 år.

Datinsamling

Datinsamlingen skedde med kvalitativa intervjuer. Intervjuerna genomfördes under fem veckor våren 2011 på BHV-sköterskornas arbetsplats. Innan datinsamlingen påbörjades hade författarna förberett en intervjuguide innehållande områden som ville belysas i intervjuerna (bilaga 2). Dessa områden grundade sig på författarnas inhämtade kunskaper inom ämnet. Intervjuguiden innehöll en inledande fråga som följdes av ämnesområden utan inbördes ordning. Den innehöll även uppföljningsfrågor som författarna använde när de ville att intervjupersonen skulle utveckla sitt resonemang. Intervjuerna inleddes med att samla in bakgrundsinformation om deltagarna såsom ålder och antal yrkesverksamma år inom barnhälsovården. Intervjupersonerna uppmuntrades att prata fritt kring ämnena. Detta innebar att intervjupersonerna kunde berätta historier med egna ord utifrån ämnena och ge exempel och förklaringar. Enligt Polit och Beck (2008) försäkras denna teknik att forskaren erhåller den information som önskas. Författarna genomförde intervjuerna tillsammans och de pågick mellan 20 och 40 minuter. Ljudupptagning gjordes med mp3. Ett intervjutillfälle blev inte inspelat på mp3 på grund av den mänskliga faktorn. Författarna skrev samma dag ned minnesanteckningar från denna intervju. Minnesanteckningarna har använts i dataanalysen. Vid vissa intervjutillfällen förekom störande moment såsom telefonsignal och inkommande kollegor.

Analysmetod

Till föreliggande studie valdes kvalitativ innehållsanalys av Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Ett förberedande steg i analysprocessen var att de ljudinspelade intervjuerna ordagrant transkriberades. Transkriptionen genomfördes fortlöpande under datinsamlingens gång. Den första intervjun transkriberade författarna tillsammans.

Resterande intervjuer delades upp för transkribering. Författarna lyssnade därefter igenom samtliga intervjuer med det transkriberade materialet framför sig för att försäkra sig om att transkriptionen var korrekt utförd. Det transkriberade materialet lästes därefter igenom noggrant för att få en förståelse för innehållet. Författarna tog var för sig ut meningsbärande enheter som relaterade till studiens syfte. De uttagna meningsbärande enheterna från respektive författare jämfördes sedan. Flertalet uttagna meningsenheter var samstämmiga. Vid olikheter fördes en diskussion kring dessa enheter i syfte att inkludera eller exkludera. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver en meningsbärande enhet som ord, meningar eller stycken som genom sitt innehåll relaterar till varandra (Ibid.). Selektionen av meningsbärande enheter gjordes med hjälp av färgmarkeringar i ett word dokument. I syfte att få materialet mer överskådligt skrevs det ut i pappersformat och bearbetades vidare på detta sätt. De färgmarkerade meningsenheterna handgripligen klipptes ut. Först när författarna tagit ut meningsbärande enheter från samtliga intervjuer påbörjades kondensering och efterföljande analys. Kondensering innebar att texten förkortades samtidigt som kärnan i innehållet bevarades. Därefter abstraherades de kondenserade meningarna i syfte att nå en högre, logisk nivå. De abstraherade meningarna tilldelades nu etiketter som speglade innehållet. Etiketterna med gemensamt innehåll bildade subkategorier, vilka i sin tur bildade fyra kategorier. Datamaterialet lästes och kategorierna diskuterades mellan författarna och slutligen framkom två teman. Tabell 1 visar på analysen av en kategori. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) skriver att analysprocessen innebär en kontinuerlig rörelse mellan textens helhet och dess delar (Ibid.). Resultatet kom att bestå av två teman. I resultatet benämns BHV-sköterskan i singularis oavsett om det är en eller flera. Likaså benämns BHV-sköterskan i feminin form eftersom större delen av urvalet var kvinnliga deltagare.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Etiketter	Subkategori	Kategori
... att man lyssnar in så som sagt... kommer man med tips och råd och åsikter till nån där det inte liksom alls stämmer överens med vad dom har för utgångspunkt... utan att förklara varför... då nej men då blir man ju nej, den personen vill inte jag lyssna på...	Det är viktigt att lyssna in föräldrarna för att ta del av deras utgångspunkt.	Lyssna in föräldrarna.	Lyssnande roll	Förhållningssätt i mötet med barnfamiljen
Jag ställer mig rätt så öppet just till amning och frågar vad föräldrarna har för förväntningar. Helt enkelt. Hur skulle dom vilja ha det? Va... va... hur tänker dom kring amning? Alltså såna här liksom lite mer öppna frågor.	Jag är öppen och frågar vad föräldrarna har för förväntningar kring amning. Hur tänker de och hur vill de ha det?	Lyssna in föräldrarna.		

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Innan studien påbörjades fick deltagarna både muntlig och skriftlig information om syftet med studien, vilken metod som skulle användas, vilka som var ansvariga för studien, att deltagande i studien var frivilligt och att de kunde avsluta sin medverkan när helst de önskade. Enligt SFS: 2003:460. (16§) är samtycket endast giltigt om deltagaren har fått information om forskningen dessförinnan. Om en deltagare väljer att dra tillbaka sitt samtycke får de data som tidigare inhämtats användas (Ibid.). Deltagarna fick information om att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Konfidentialitet betyder enligt Patel och Davidsson (2003) att endast författarna har tillgång till informationen (Ibid.). Deltagarna gav sitt informerade samtycke i samband med att de tackade ja till att medverka i studien. Etisk egengranskning

genomfördes och någon forskningsetisk ansökan behövdes inte göras. BHV-sköterskornas deltagande i studien har förhoppningsvis inneburit en upplevelse av bekräftelse att deras arbete med amningsstöd är betydelsefullt. Intervjutillfället kan ha givit deltagarna möjlighet för reflektion kring ämnet och deras arbetsroll. Reflektionen kan ha väckt både positiva och negativa tankar och minnen hos deltagarna. De kan även ha känt sig ifrågasatta i sin yrkesroll. Dock överstiger vinsterna riskerna med studien.

RESULTAT

Två teman framkom: Skapa rum för amningsstöd och Amningsstöd på föräldrars villkor. Skapa rum för amningsstöd handlade om hur BHV-sköterskan skapade förutsättningar för att kunna ge amningsstöd. Amningsstöd på föräldrars villkor visade att BHV-sköterskan gav amningsstöd utefter familjens behov. Det var således den enskilda familjen som vägledde BHV-sköterskan i hennes amningsstöd.

Skapa rum för amningsstöd

BHV-sköterskan framhöll vikten av att i tidigt skede etablera en god relation med föräldrarna för att underlätta amningsstödet. Hon upplevde att hembesöket var ett betydelsefullt tillfälle att grunda för en god relation och att det var lättare att prata amning i hemmet.

”... och det första hembesöket är jätteviktigt tycker jag alltså... att få den här kontakten... mammorna är alltid tryggare i sin hemmiljö... och dom ja... slappnar av på ett helt annat sätt... och då kan man prata amning mycket bättre”.

BHV-sköterskan var mån om att upprätthålla en god kontakt med föräldrarna. Hon ringde ibland hem till föräldrarna dagen efter besök på barnavårdcentralen för att förhöra sig om hur det gick med amningen och hon visade också ett personligt engagemang när hon ringde till föräldrarna hemifrån efter avslutat arbetspass. BHV-sköterskan uttryckte att relationen till föräldrarna, särskilt till mamman, ibland kunde bli så intim att hon kände sig som en modersgestalt för mamman. BHV-sköterskan menade att det inte alltid var lätt att skapa en bra relation med föräldrarna. Ett hinder som hon upplevde var språkförbristningar, det var svårt att förmedla kunskap till icke svensktalande föräldrar.

”Sen är det ju svårt på grund av språket. Alltså människor som inte talar svenska, vi brukar ha telefonsolk // Men det är alltid lite svårare att jobba med invandrare så” (5)

BHV-sköterskan ansåg att hennes tillgänglighet var betydelsefull för att ge föräldrarna amningsstöd. Familjerna besökte vanligen BHV-sköterskan varje vecka för vägning av barnet och i samband med detta samtalade de även om amning. BHV-sköterskan uppfattade dessa träffar som bra amningsstöd. Det fanns även möjlighet för mamman att vara på barnavårdcentralen ett par timmar om hon så önskade för råd och stöttning i själva amningssituationen. BHV-sköterskan var flexibel i sitt amningsstöd.

”... men känner mammorna och papporna att dom vill komma 5 ggr i veckan hit och amma här så kan dom göra det också... så flexibel kan jag va liksom i mitt amningsstöd... och det tror jag är viktigt också... speciellt under den här första tiden att man ger bra stöd då...” (3)

BHV-sköterskan menade att hon försökte uppmuntra föräldrarna att ringa till henne om de hade problem eller frågor, det var bättre att ringa en gång för mycket än för lite. Under jourtid var BHV-sköterskan noga med att hänvisa föräldrarna vidare att kontakta förlossningsavdelning eller amningshjälpen vid bekymmer. En faktor som påverkade amningsstödet var tiden som i vissa fall kunde begränsa tillgängligheten. BHV-sköterskan ansåg det viktigt att ha tillräckligt med tid för att ge amningsstöd till varje familj. Hennes tid och tillgänglighet för varje familj styrdes av arbetsbördan.

”... nu i början på januari då fick jag liksom 15 nyfödda på två veckor och då är det jättesvårt att hinna med alla liksom och ge samma, samma tid och möjligheter för alla.” (4)

BHV-sköterskan upplevde att hon inte träffade föräldrarna så tätt som hon trodde skulle behövas i början då amningen skulle etableras. Hon menade att det vore önskvärt att göra fler hembesök i början just för att stötta amningen, men den tiden fanns inte. BHV-sköterskan gjorde en jämförelse mellan hennes amningsstöd inom barnhälsovården och amningsstöd på BB där amningsstöd fanns att tillgå dygnet runt. Möjligheten att sitta hemma hos föräldrarna och ge amningsstöd inom barnhälsovården var mindre. BHV-sköterskan ansåg att amningen fungerade bättre förr när mamman stannade kvar längre tid på BB efter förlossningen. BHV-

sköterskan upplevde att amningen inte var etablerad till följd av den tidiga hemgången idag och att hon därför behövde stötta föräldrarna mer i amningen.

”ja det [tidig hemgång] har amningen fått ta stryk av, det ser vi tydligt. När man låg kvar längre på BB och amningen hade kommit igång ordentligt innan man kom hem och man kunde få hjälp på olika sätt där, då fungerade amningen bättre, mycket bättre.” (5)

BHV-sköterskan upplevde att omarbetande riktlinjer ställde krav på henne att hålla sig uppdaterad och hon tyckte att detta ibland var svårt på grund av tidsbrist. Hon menade att föräldrarna ibland kommenterade att informationen som gavs förändrades över kort tid. BHV-sköterskan uppskattade därför utbildning för att underlätta inhämtningen av ny kunskap. Utbildning bidrog till att BHV-sköterskan kände sig uppdaterad och upplevde sig besitta värdefull kunskap inom ämnet. Hon betonade vikten av att ge samma råd till föräldrarna vid samtliga vårdenheter, från mödravården till barnhälsovården. Kontinuitet i amningsrådgivning med likartade råd så att föräldrar inte blev konfunderade uttrycktes av BHV-sköterskan vara mycket betydelsefullt. I realiteten var det inte alltid så.

”... vi har ju lite skillnad på synsätt... där inne [BB] säger dom att barnen helst ska komma upp till födelsevikt efter en vecka sen pressar dom mammorna väldigt hårt där inne att amma amma amma och vi säger här att fjorton dar är ingen fara för du ska komma hem och det ska lugna ner sig och du ska hitta lite rutiner...” (2)

BHV-sköterskan upplevde att samhällsmiljön utvecklats till att vara mer effektiv och stressig. Hon upplevde att dagens småbarnsföräldrar hade krav på sig och att de lockades av olika aktiviteter som erbjöds i samhället. Hon upplevde även att mamman ibland kände sig bunden till amningen och att behovet av frihet och egentid var stort. Detta trodde BHV-sköterskan kunde störa amningen vilken var så beroende av lugn och ro. Hon ägnade därför tid åt att prata om fördelarna med amning och om hur amningsfysiologin fungerade och att hon inte kunde bistå med snabba lösningar vid amningsproblem. BHV-sköterskan poängterade även att hon numera lade mer tid på att prata med föräldrarna kring kraven de kände och den stress det frambringade. Hon menade att det var viktigt att få föräldrarna att inse betydelsen av att stanna upp i tillvaron och ge amningen tid, förklara att det var ett heltidsjobb att amma och att det inte alltid gick som planerat.

”Att samtidigt få föräldrarna att inse hur viktigt det är att dom mår bra att dom tar hand om sig själva... och att stanna upp lite i tillvaron och att faktiskt bara vara med barnet en liten stund... att det hjälper amningen också att kunna slappna av... det är en otroligt viktigt bit... del... i att få amningen att funka...”

(3)

Amningsstöd på föräldrars villkor

BHV-sköterskan anpassade sig efter varje enskild familj och den situation som rådde. Det var familjens problematik som var i fokus. BHV-sköterskan menade att ett öppet förhållningsätt, lyhördhet och lojalitet var betydande i mötet med föräldrarna. Förmågan att kunna lyssna av föräldrarna och möta deras behov ansågs nödvändigt. Hon frågade föräldrarna vad de hade för förväntningar och inställning till amning och stöttade i det. BHV-sköterskan var även försiktigt med att ge tips och råd som inte stämde överens med föräldrarnas utgångspunkt eftersom hon inte ville att föräldrar av denna anledning skulle ta avstånd från BVC-verksamheten. Därmed blev amningsstödet individuellt anpassat.

” ... rådgivning och stöttning det är ju inte att man läser ur en bok helt enkelt. Utan det är mycket det att det är individuellt och man lyssnar av vad det finns för behov och utgår från det.” (1)

”Jag tror det är otroligt viktigt att man går in med ödmjukhet i varje situation och inte går in med attityden att jag är professionell, jag är expert, jag ska ge råd... varsågod ta emot. Utan att gå in med ödmjukhet istället och öppenhet och faktiskt förhöra sig om vad vill den här familjen, vad är problem för den här familjen just nu?” (3)

BHV-sköterskan menade att acceptans och hänsynstagande till föräldrars önskan var betydelsefullt för amningsstödet. Till exempel brukade hon framhålla att bröstmjölk ersättning fanns och var likvärdig bröstmjölken när en mamma inte fick amningen att fungera av någon anledning. Hon stöttade i föräldrarnas beslut och försökte göra det bästa av situationen. BHV-sköterskan poängterade betydelsen av att inte skuldbelägga mamman eller använda pekfingret vid amningsstöd eftersom det kunde spå på känslan av misslyckande. Det krävdes professionalism för att inte lägga några aspekter i föräldrars beslut. BHV-sköterskan upplevde också att föräldrarna ofta fokuserade på det som inte fungerade i amningen. Hon upplevde även att en del föräldrar var osäkra och inte vågade lita till sig själva

till exempel trodde BHV-sköterskan att omgivningen i form av släkt och vänner inverkade på föräldrarna och kunde göra dem osäkra. BHV-sköterskan såg sin uppgift som att uppmuntra och bekräfta det som verkligen fungerade i amningen. Hon bekräftade även föräldrarna i deras roll för att få dem att lita till sin egen förmåga.

”... om det är någon mamma som väljer att både amma och ge flaskan så får man ju aldrig liksom... då är det hennes melodi då har hon hittat det hon trivs med och det är ju det viktigaste.” (4)

BHV-sköterskan menade att amningsstöd inkluderade att också se och bekräfta pappan i hans roll. Hon beskrev att det var lätt som mamma att avskärma sig från omgivningen under amningsperioden. BHV-sköterskan trodde att det var tufft för pappan som kunde känna sig utanför. När föräldrar inte fick lika mycket tid tillsammans längre kunde BHV-sköterskan se svårigheter i deras relation som i vissa fall ledde till separation. Därför var det viktigt att också stötta pappan i hans roll och tala om för honom att han var betydelsefull trots att han inte kunde amma.

”... man möter ofta pappor som säger att men jag kan ju inte göra nånting ändå så det är lika bra att mamman tar hand om allting liksom... jag kan ju inte amma jag kan inte ge barnet mat, men där gäller det att uppmuntra o påpeka och belysa vad pappan faktiskt kan göra och vilken roll, vilket otroligt viktig roll pappan har ändå även om han inte kan ge mat.” (3)

För att kunna ge råd och stöttning vid amningssituationer brukade BHV-sköterskan vilja observera när mamman ammade. Genom observation kunde BHV-sköterskan ge konkreta tips och råd, till exempel hur en extra kudde kunde förbättra barnets amningsposition. Det fanns olika åsikter om hur mycket man som BHV-sköterskan handgripligen kunde hjälpa till i amningspositionen.

”... så försöker vi att observera en amning här eller hemma och se hur barnet tar och hur det fungerar och hur de lägger till och så, man får titta på om det är nått som inte verkar så bra och försöka rätta till det...” (5)

BHV-sköterskan upplevde att dagens föräldrar tog del av mycket information om amning och blev kunniga inom ämnet. Ibland upplevde BHV-sköterskan att föräldrarna blev förvirrade av informationsflödet från massmedia. Hon såg sig som en resurs, att finnas till hands, när

föräldrarna hade frågor och funderingar. När föräldrarna ville rådfråga fanns hon där som deras bollplank.

”... dom vill ju gärna liksom fråga BVC så... om dom har läst mycket så vill dom nog höra där då tycker dom nog att det då kan man nog lita mer på det så... så det tycker jag nog det vill dom nog höra...” (6)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Innan studien påbörjades gjorde författarna litteratursökningar för att ta del av tidigare forskning inom ämnet. Till studiedesign valdes en kvalitativ ansats. Utgångspunkten för kvalitativ forskningsmetod är att försöka få en förståelse för de undersökta situation (Holme & Solvang, 1997). Det eftersträvas en förståelse för hur människor ser på sig själva och sin relation till omgivningen (Hartman, 2004). För att få ett rikt intervjumaterial genomfördes ändamålsenligt urval. Holme och Solvang (1997) menar att urvalet av deltagare är en avgörande del för undersökningen (Ibid.). Det fanns ett stort intresse hos de tillfrågade att få vara med och delta i studien. Troligen berodde detta på att deltagarna fann ämnet intressant och aktuellt. De tillfrågade som avböjde deltagande uttryckte sitt intresse men på grund av tidsbrist hade de inte möjlighet att avsätta tid för intervju. Den etiska egengranskningen som genomfördes av författarna föranledde inga vidare åtgärder för godkännande ur etisk synpunkt. Deltagarna i studien fick muntlig information om studiens genomförande vid första kontakten i telefon samt i det informationsbrev som de erhöll en tid innan intervjutillfället. Innan intervjun påbörjades hade författarna utlovat konfidentialitet. Det innebar att om någon deltagare sagt något hon ångrade så vet hon att hennes åsikt inte kommer kunna härledas till henne. Deltagarna hade ett eget val beträffande hur mycket synpunkter och åsikter de ville delge författarna vid intervjutillfället. Det hade troligen varit skillnad att intervjua mammor i frågan om amning då det hade kunnat göra att de känt skuld. Författarna strävade efter en avslappnad atmosfär under intervjutillfällena. Författarna ansåg att de erhöll ett innehållsrikt intervjumaterial och således bedömdes urvalsmetoden lämplig. Kvale (2009) menar att det är en avvägning hur många som ska ingå i urvalet. Forskaren bör intervjua så många som behövs för att få den kunskap som eftersöks (Ibid.). Urvalet till föreliggande studie bestod av sju deltagare. Detta ansågs som ett rimligt deltagarantal för studiens tidsram. Fler deltagare hade inneburit möjligheter till större variation i erfarenheter av det studerade. Det hade varit fördelaktigt att intervjua ett större antal deltagare då detta även hade stärkt studiens

trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna ansåg att urvalet blev varierat avseende deltagarnas ålder och yrkesverksamma år. Denna variation var inte medvetet eftersträvad men inte heller oönskad. Troligen ledde variationen till ett bredare perspektiv kring erfarenheten av amningsstöd. Majoriteten av deltagarna var kvinnor vilket säkerligen hänger samman med att yrket är kvinnodominerat.

Enligt riktlinjerna från Nationella nätverket för Vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare (2007) bör tjänstgöringsgraden vara minst 50 % av heltid för att kompetensen och färdigheten i arbetet med barn ska bibehållas. Minst 50 procent tjänstgöringsgrad antogs därför som ett inklusionskriterium i studien.

För att inhämta kunskap om BHV-sköterskans erfarenheter valdes enskilda kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvale (2009) menar att samtal är en grundläggande form av mänsklig interaktion där kunskap kan fås om andras erfarenheter, känslor och attityder (Ibid.). Fördelen med enskilda intervjuer till skillnad från gruppintervjuer är att deltagaren på ett lättare sätt kan berätta om sina erfarenheter då intervjuaren har fullständig tystnadsplikt. Det går inte att förlita sig på att deltagarna vid en gruppintervju håller tystnadsplikten, vilket kan göra att deltagarna hämmas i att uttrycka sina åsikter (Trost, 2010). Kvale (2009) menar att det är fördelaktigt om författarna sedan tidigare har kunskap om intervjuteknik (Ibid.). Författarna till föreliggande studie hade ingen erfarenhet av intervjuande vilket kan ses som en svaghet. Intervjuguiden som författarna hade förberett innan intervjuerna tog plats upplevdes som ett stöd under intervjuerna. Hartman (2004) skriver att en intervjuguide ofta används i kvalitativa intervjuer för att diskussionen inte ska lämna det område som studien avser att undersöka (Ibid.). Intervjun inleddes med en övergripande fråga. Denna fråga stimulerade deltagarna till att börja berätta om sina erfarenheter. Vanligen kom deltagaren själv in på något av de befintliga frågeområdena som författarna ville ta upp. Fortlöpande var det till stor del deltagaren som styrde ordningsföljden på frågeområdena. I ett senare skede upptäcktes en del brister i intervjuguiden. En del frågeområden till exempel amningsfrekvensen motsvarade inte vad som efterfrågades i syftet. Detta påverkar studiens trovärdighet i negativt riktning (Trost, 2010).

Atmosfären vid intervjuerna upplevdes avslappnad och BHV-sköterskorna hade mycket att delge författarna. Trost (2010) skriver att användande av ljudupptagare kan besvära och hämma deltagaren att uttrycka sig (Ibid.). Inga invändningar framkom angående inspelningen. Deltagarna hade fått information om ljudupptagningen både muntligt vid första kontakten över telefon samt i informationsbrevet. Huruvida deltagarna höll inne med information på

grund av ljudupptagning kan författarna inte veta. Det förekom störande moment i form av inkommande kollegor och ringande telefon. Önskvärt enligt Olsson och Sörensen (2001) är att intervjun genomförs ostört (Ibid.). Deltagaren uppfattades dock inte bli störd utan samtalade obehindrat vidare kring ämnet.

Då ämnet uppfattades vara uttömt efter samtliga genomförda intervjuer valdes det att inte komplettera den intervju som inte blev inspelad. Kvale (2009) skriver att en intervju kan registreras genom att intervjuaren gör minnesanteckningar efter avslutad intervju. Intervjuarens aktiva lyssnande kan filtrera de innebörder som är av central betydelse för studien. Samtidigt innebär det en risk att exakta formuleringar glöms bort (Ibid.). Patton (2002) beskriver att om en intervju av någon anledning inte blivit inspelad ska författaren omedelbart efter intervjun göra omfattande anteckningar (Ibid.). Författarna gjorde enligt Pattons beskrivning minnesanteckningar samma eftermiddag som intervjun ägt rum. Författarna såg det som en styrka att de var två personer som varit närvarande vid intervjun och efteråt kunde föra ner anteckningar från minnet. Detta misstag kan ha minskat studiens pålitlighet (Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/Allmänmedicin vid Institutionen för Medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet).

För att strukturera upp det insamlade materialet användes kvalitativ innehållsanalys vilken är väl beprövad inom omvårdnadsforskning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna valde att använda sig av kvalitativ innehållsanalys såsom Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver den. Författarna har strävat efter att göra en noggrann beskrivning av datainsamling och analysförfarande. Det är viktigt att författarna beskriver tillvägagångssättet genom hela forskningsprocessen för att resultatet ska kunna överföras till liknande sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna har också varit medvetna om att förförståelsen inte går att komma helt ifrån, men strävan har varit att ha ett neutralt förhållningssätt genom analysarbetet (Hartman, 2004).

Kvale (2009) beskriver att om flera ska transkribera insamlat datamaterial bör samstämmighet om förfaringssättet skapas (Ibid.). För uppnå detta transkriberade författarna en intervju tillsammans innan resterande delades upp sinsemellan. Att utföra transkriptionerna var tidskrävande men innebar även att författarna blev väl förtrogna med texten. Valet att hantera de transkriberade intervjuerna i pappersformat skapade förvisso en god överblick av materialet, men kunde upplevas mer tidskrävande. Analysen genomfördes av båda författarna

vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) kan öka tillförlitligheten i resultatet. Vidare kan citat från intervjuer bidra till att bedöma resultatets giltighet (Ibid.).

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) skriver att data inte får falla mellan två kategorier eller passa i mer än en kategori. Således får inga data som besvarar syftet utelämnas för att det saknas kategorier (Ibid.). Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar även att det inte är omöjligt att människors upplevelser kan passa in under fler än en kategori eftersom upplevelser kan vara så sammanbundna (Ibid.).

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka BHV-sköterskans erfarenhet av amningsstödjande arbete. Resultatet gav en bild av att arbetet med amningsstöd var mångfacetterat. Det fanns olika faktorer som spelade in och gjorde amningsstöd individuellt. Detta ställde krav på BHV-sköterskan att vara följsam i sin yrkesroll och möta varje enskild familj där just den befann sig. Resultatet i föreliggande studie kan kopplas till Peplaus (1988) omvårdnadsteori som beskriver interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Hon beskriver att under interaktionen mellan sjuksköterska och patient tilldelas sjuksköterskan olika roller av patienten (Ibid.).

BHV-sköterskan ansåg att etableringen av en god relation vid första mötet ansågs ligga till grund för att den fortsatta kontakten skulle bli givande. En fas som benämns i Peplaus (1988) omvårdnadsteori är *Role of stranger* vilken innebär att sjuksköterska och patient till en början är främlingar för varandra. I studien av Fägerskiöld, Timpka & Ek (2003) framkommer att även mammor upplever att de första mötena är viktiga för att bygga en god relation vilken utvecklas genom regelbundna kontakter (Ibid.). BHV-sköterskan framhöll hembesöket som ett viktigt moment för att grunda för en god relation vilken var ett led i ett bra amningsstöd. Mamman upplevdes mer avslappnad i sin hemmiljö, vilket var en förutsättning för att på ett bra sätt prata om amning. Briggs (2006) belyser att sjuksköterskan är medveten om att hennes beteende påverkar situationen. Därför intar sjuksköterskan ett icke auktoritärt handlingssätt när hon besöker familjen i deras hem. Med respekt för familjen anpassar hon språket och sitt beteende utefter den situation som råder (Ibid.).

Tillgänglighet och att finnas nära till hands för varje familj var något som BHV-sköterskan strävade efter. Föräldrarna var alltid välkomna att höra av sig. BHV-sköterskan ville även

hinna göra fler hembesök den första tiden eftersom hon trodde att det hade gynnat amningen. Tid för detta fanns dock inte. Enligt Andrews (2006) upplever sjuksköterskor i barnhälsovården att deras inflytande över mammans beslut kring barnets uppfödning med bröstmjolk är begränsad, eftersom det första mötet vanligen inte sker förrän två veckor efter födseln. Det oroade sjuksköterskorna eftersom de hade kunskap om rekommendationerna kring amning samt fördelarna med den. Sjuksköterskorna ser därför som sitt huvudansvar att stötta mammorna med amningstekniken och ge förslag på hur en god amningsatmosfär skapas (Ibid.). BHV-sköterskan kunde när det inte fanns tid för hembesök erbjuda föräldrar att komma till barnvårdscentralen för stöttning om de önskade. Fägerskiöld och Ek (2003) visar likaså att tillgänglighet uppfattades av sjuksköterskan vara betydelsefullt för föräldrarna (Ibid.). BHV-sköterskan upplevde att amningen inte var etablerad till följd av tidig hemgång från BB. Detta gjorde att BHV-sköterskan kände att hennes tillgänglighet för föräldrar var viktigt. Ellberg, Högberg, Lundman, Källén, Håkansson & Lindh (2008) visar i sin studie att barn som vårdats på BB med begränsad vårdtid (24 till 48 timmar) har en högre risk för återinläggning på sjukhus än de barn födda på BB som hade valfri vårdtid. Vanligaste orsakerna för återinläggning är bland annat uppfödningssproblem (Ibid.).

För att kunna möta föräldrar och ge dem råd och stöd var BHV-sköterskan i behov av att hålla sig uppdaterad och ta del av ny forskning. För att underlätta inhämtningen av kunskap uppskattades utbildning. Ekström, Widström och Nissen (2005) redovisar att BHV-sköterskorna som deltagit i amningsutbildning visar mindre benägenhet att försöka styra amningen. Barnhälsovårdssköterskorna ger även mer utrymme för empowerment till mödrarna samt underlättar för dem att klara amningen på egen hand (Ibid.). I dagens informationsrika samhälle blev det helt naturligt att föräldrarna vände sig till BHV-sköterskan för att få svar på sina frågor. I studien av Fägerskiöld, Timpka och Ek (2003) finns en liknande föreställning hos BHV-sköterskorna att de ska vara pålästa. De tror att mammorna vill ha experthjälp eftersom hon förväntas besitta den kunskap som är mamman till gagn. På detta sätt ser sjuksköterskorna sig som en resurs till vilken mamman kan vända sig med frågor (Ibid.). Paralleller kan här dras till Peplaus (1988) omvårdnadsteori där *Role of resource person* innebär att sjuksköterskan ser sig själv som en kunskapskälla. Peplau (1988) påpekar att det finns en viss risk att patienten i detta stadium hämmas att inhämta egen kunskap, utan istället förlitar sig helt på sjuksköterskan (Ibid.). Detta kunde även skildras i resultatet där BHV-sköterskan uppgav att rådgivning inte alltid var något som kunde läsas ur en bok. Familjer hade olika förutsättningar vilket gjorde att stödet blev individualiserat. Ibland

efterfrågade föräldrar snabba lösningar på problem, vilket enligt BHV-sköterskan berodde på stress hos föräldrar. Fägerskiöld et al. (2003) beskriver också hur sjuksköterskorna förväntades ha lösningar på alla problem, vara den som stod för underverken (Ibid.). Peplau (1988) har skildrat detta fenomen i *The role of leadership functions in nursing*. Rollen innebär att sjuksköterskan tilldelas ett ledarskap och förväntas inta ett ledarskap under svårigheter (Ibid.). Men för BHV-sköterskan handlade det inte om att leda utan istället om att ge vägledning kring amning som stämde överens med föräldrarnas utgångspunkt. Det fanns annars en rädsla att föräldrarna skulle distansera sig från BVC-verksamheten. Denna företeelse uppdagas också i Fägerskiöld, Wahlberg och Eks (2000) studie som beskriver hur sjuksköterskan försiktigt guidar föräldrarna (Ibid.). Enligt Briggs (2006) måste sjuksköterskan identifiera personens värdering och ståndpunkt. Genom att göra detta kan sjuksköterskan undvika oenighet och möta personen på ett sätt som är förenligt med dennes värderingar (Ibid.).

BHV-sköterskan hade fokus på familjens problematik och anpassade sig efter den situation som rådde. Det ställde krav på lyhördhet och öppenhet för familjen. Briggs (2006) belyser sjuksköterskors förmåga till flexibilitet. Genom att göra avsteg från strukturerade scheman infann sig möjligheten att överväga och handha andra problem som var av större relevans för familjen än den formella agendan (Ibid.). Paralleller kan dras till resultatet där BHV-sköterskan framhöll mat på flaska eftersom amningen inte fungerade. BHV-sköterskan betonade vikten av att inte klandra mamman för de val hon gjorde. Ville mamman ge mat på flaska var det upp till henne. Andrews (2006) beskriver också hur sjuksköterskorna inte vill kritisera föräldrarna om de väljer att börja med fast föda eller mjölk tidigare än rekommenderat. Ibland är det helt enkelt inte läge att följa de rekommendationer som finns. Sjuksköterskorna upplever också att mammorna kan ha svårt att berätta att de inte vill amma. Det viktiga är att få mammorna att känna sig som bra mammor och att de ska känna sig välkomna på barnavårdcentralen (Ibid.). Sjuksköterskorna i Fägerskiöld, et al. (2000) studie tror att mammorna vill ha en pålitlig sjuksköterska att vända sig till. Sjuksköterskorna antar att mammorna förväntar sig ett humant stöd och inte ett förmyndaraktigt beteende (Ibid.).

BHV-sköterskan upplevde att hon ibland tilldelades rollen som moder för mamman. Fägerskiöld et al. (2000) visar på samma sätt att sjuksköterskan ibland tycker sig bli utsedd till vara som en moder för mamman. Detta uttrycks inte vara till fördel och är vanligast om det inte finns någon pappa närvarande (Ibid.). Peplau (1988) beskriver detta fenomen i

surrogate role. Rollen kännetecknas av att patienten inte ser sjuksköterskan för den hon är, utan relaterar henne till tidigare relationer. Det kan vara en moder, lärare eller en sjuksköterska patienten mött tidigare. Sjuksköterskan bör vara medveten om sitt beteende och undvika att gå in i roller som i detta fall en moder för patienten (Ibid.).

BHV-sköterskan upplevde att en del föräldrar påverkades av sin omgivning vilket kunde göra dem osäkra i sitt föräldraskap. Demirtas, Ergocmen och Taskin (2011) speglar mammors upplevelser av deras egna föräldrars eller svärföräldrars inverkan på amningen. Studien framhåller att det är svårt för mamman att amma på eget bevåg eftersom andra lägger sig i och ger förmaningar. Ett exempel är när en mamma efter uppmaning av svärmoder ger sitt barn vatten efter amningen då hon inte producerar tillräckligt med bröstmjolk. Mamman vet egentligen att det är onödigt men gör det ändå (Ibid.). Därav var det betydande för BHV-sköterskan att bekräfta föräldrar och få dem att känna tillit till sig själva. Fägerskiöld et al. (2000) visar också i sin studie att sjuksköterskorna framhäver att det är viktigt att få föräldrar att lita och tro på sig själva som föräldrar i sitt föräldraskap. När mamman fick bekräftelse på sin egen förmåga bidrog det även till att öka hennes förmåga till egenvård (Ibid.). Peplau (1988) menar med *role of a counselor* att sjuksköterskan fungerar som rådgivare och hjälper patienten att förstå sin situation. Genom att sjuksköterskan är observant och lyhörd för patienten kan patienten själv upptäcka lösningar på problem (Ibid.). BHV-sköterskan fungerade som rådgivare då hon gav föräldrar kunskap om till exempel amningsfysiologi. Det handlade till exempel om att få dem att inse att amning och stress inte gick hand i hand. BHV-sköterskan upplevde att föräldrar många gånger blev konfunderade över informationsflödet från massmedia och frågade BHV-sköterskan om råd. Det gjorde att hon såg sig som ett bollplank. Detta synsätt hos sjuksköterskan tydliggörs också i Fägerskiöld et al. (2003) studies resultat där sjuksköterskan agerar som bollplank genom att försöka se problemet och ge lämpliga förslag på lösningar (Ibid.). Baggens (2001) studie visar att sjuksköterskor aktivt bör uppmuntra föräldrar att ställa frågor kring sitt barn under sammankomsten. På detta sätt blir det lättare för föräldrar att vara delaktiga i samtalet och diskutera det som känns aktuellt för dem (Ibid.).

SLUTSATS

Grundvalen för amningsstöd är att en god relation mellan BHV-sköterskan och föräldrarna utvecklas och bibehålls. BHV-sköterskans tid och tillgänglig samt förmåga att lyssna in föräldrarna är betydelsefullt för att stödja amningen. Hon ser till helheten av situationen där

familjen ingår men också samhället i stort. Detta ställer krav på henne att vara följsam i sin yrkesroll och möta varje enskild familj där den befinner sig och ge ett individuellt amningsstöd.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Studiens resultat lyfter BHV-sköterskans arbete med amningsstöd inom barnhälsovården och visar hur amningsstöd kan ges. Resultatet kan ligga till grund för att skapa förståelse för BHV-sköterskans arbete med amningsstöd. Det kan också bidra till att BHV-sköterskan reflekterar över sin roll och därmed utvecklas. Resultatet ökar förståelsen för BHV-sköterskans arbete och skulle därför även kunna vara arbetsgivare till nytta då det gäller kompetensutveckling och resursplanering så att förutsättningar för en god relation mellan BHV-sköterskan och föräldrar kan ges.

Studiens resultat tillför kunskap om:

- Att BHV-sköterskan från första mötet arbetar för en god relation till föräldrarna och att deras förtroende till henne bibehålls.
- Att BHV-sköterskan ser sig som en resurs för föräldrarna och hjälper dem förbi hinder.
- Att BHV-sköterskan arbetar med amningsstöd utefter föräldrarnas villkor och behov.

FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING

Det finns lite forskning kring amningsstödet betydelse. I studiens resultat framkom att amningsstöd bestod av följande teman; Skapa rum för amningsstöd och Amningsstöd på föräldrars villkor. För fortsatta studier vore det intressant att implementera de amningsstödjande åtgärder som BHV-sköterskan beskriver i detta resultat. Detta skulle kunna utföras genom interventionsgrupper, där ena gruppen får utökat stöd av BHV-sköterskan och där den andra gruppen följer sedvanligt schema på barnavårdcentralen. På detta sätt hade BHV-sköterskans amningsstödjande roll kunna utvärderats ytterligare.

REFERENSER

Andrews, T. (2006). Conflicting public health discourses – tensions and dilemmas in practice: The case of the Norwegian mother and child health service. *Critical Public Health*, 16, (3), 191-204.

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/Allmänmedicin vid institutionen för Medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Hämtad den 28 november 2011.
<http://www.infovoice.se>

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (5), 659-667.

Brandell, G., & Sjögren, C. (2002). *Ligga steget före*. Stockholm: Realtryck.

Briggs, C. (2006). Nursing practice in community child health: Developing the nurse–client relationship. *A Journal for the Australian Nursing Profession*, 23, (2), 303-311.

Demirtas, B., Ergocmen, B. & Taskin, L. (2011). Breastfeeding experiences of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03848.x

Ellberg, L., Högberg, U., Lundman, B., Källén, K., Håkansson, S. and Lindh, V. (2008), Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatrica*, 97, (5), 579–583.

Ekström, A., Widström, A-M., & Nissen, E. (2003). Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30, (4), 261-266.

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

Fägerskiöld, A. (2007). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, (1), 64-71.

Fägerskiöld, A., & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review*, 50, (2), 119–128.

Fägerskiöld, A. Timpka, T., & Ek, A-C. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, (2), 160–168.

Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A-C. (2000). What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing and Health Sciences*, 2, (2), 83–91.

Gottvall, K., Tsegalem, M., & Bennis, M. (2010). *Amning och föräldrars rökvanor Barn födda 2008*. Socialstyrelsen. Hämtad den 4 feb, 2011.

Hagelin, E., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2007). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber AB.

- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik- Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, A-K., Isacsson, Å., Kornfält, R. & Lindholm, L-H. (1998). Quality in Child Healthcare . The Views of Mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 195–204.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). 2:a uppl. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kylberg, E., Westlund, A-M., & Zwedberg, S. (2009). *Amning idag*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Laanterä S., Pölkki T., & Pietilä, A-M. (2010), A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counseling. *International Journal of Nursing Practice* ,17, 72–84.
- Lindberg, T. (2007). *Barnets normala uppfödning*. I: Lindberg, T., & Lagercrantz (red.). *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. Kvalitativ innehållsanalys. (2008). I Granskär, M & Höglund- Nielsen, B red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård- att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber AB.
- McInnes, R.J., & Chambers, J.A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62, (4), 407-27.
- Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården. (2007). *Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare*. Hämtad den 18 mars 2011. http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/BVC-ssk_2007.pdf
- Nelson, A.M. (2007). Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *Journal of Advanced Nursing*, 60, (1), 29-38.
- Olsson, S., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3: rd Ed. London, Sage Publications inc.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. London/Basinstoke: Palgrave MacMillan.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- SFS (2003:460). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOSFS 2008:33. Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning. *Socialstyrelsen*. Hämtad den 17 februari 2011. http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-33/Documents/2008_33.pdf.
- Stewart-Knox, B. Gardiner, K., & Wright, M. (2003). What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 16, (4), 265–273.
- Svensson, K. (2008). *Amning*. I: Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L., & Norman, M. *Neonatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, K., & Nordgren, M. (2002). *Amningsboken*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- UNICEF. Hämtad den 5 feb 2011. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>.
- WHO. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services*. Geneva: World Health Organization.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Amningsstödjande arbete inom barnhälsovården

Hej,

Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktssköterskor på Linnéuniversitetet i Kalmar. Under vårterminen skriver vi vår magisteruppsats som handlar om amningsstödjande arbete. Eftersom barnhälsovården når ut till i stort sett alla barn under första levnadsåret, vore det av intresse att belysa BHV-sköterskans erfarenhet kring amningsstöd.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie.

Deltagande i studien innebär att vi träffar dig för en intervju. Intervjun beräknas pågå cirka 30 minuter och kommer spelas in på mp3. Obehöriga kommer inte att ha tillgång till materialet från intervjun. Du som deltar kommer inte att kunna identifieras i vår resultatsammanställning.

Förslagsvis kan intervjun ske avskilt på din arbetsplats.

Efter studiens genomförande kommer du att få ta del av resultatet om så önskas.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Har Du några frågor är du välkommen att kontakta oss.

Med vänlig hälsning,

Sjuksköterska
Cecilia Andersson
0705-948 445
ca222cb@student.lnu.se

Sjuksköterska
Emelie Ax
0708-390 636
eayuc@student.lnu.se

Handledare
Universitetslektor
Birgitta Marklund
0480-447354
birgitta.marklund@lnu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Födelseår

Specialistutbildning

Antal yrkesår inom barnhälsovården

Inledande fråga

Kan du berätta hur arbetet med amningsstöd är organiserat här på din arbetsplats?

Frågeområden

Amningsfrekvensen sjunker

Pappans roll

Kortare vårdtider på BB

Utbildning i amning

BHV-sköterskans roll vid amningsstöd

Amningsstöd inom BHV

Uppföljningsfrågor

Du nämnde tidigare att...

Kan du berätta mer om det...

Har du fler exempel på det?