

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013: 76

Önskan att lyckas och risk att misslyckas
Vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs
av barnmorskor på BB

Ida Gustafsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Önskan att lyckas och risk att misslyckas: Vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB.
Författare:	Ida Gustafsson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Lina Palmér
Examinator:	Evelyn Hermansson

Sammanfattning

Vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter är en central del av arbetet på en BB-avdelning. Antalet kvinnor som ammar sina barn i den grad som World Health Organization (WHO) rekommenderar har minskat de senaste åren och som orsak till detta nämns ofta amningssvårigheter. Flertalet nyblivna mammor påbörjar dock amning under den tid de är inskrivna på BB-avdelningen. Tidigare forskning har undersökt kvinnors upplevelser av styrkor och brister i vården vid amningsstarten. Barnmorskornas upplevelser är dock mindre studerade. För att utveckla vården är det angeläget med fler studier inom detta område. Studiens syfte är därför att beskriva fenomenet *vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB*. Detta har gjorts med hjälp av sex livsvärldsintervjuer som analyserats utifrån en fenomenologisk innebördsanalys. Den essentiella innebörden av fenomenet är: *en strävan att främja välbefinnande i den unika amningssituationen vilken får sin näring genom önskan att lyckas och risken att misslyckas*, och har resulterat i fem innebördselement: *en strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård, ett gemensamt och personligt ansvar som både möjliggör och hindrar, en kamp för att räcka till, att arbeta i motvind och ömsesidig glädje ger motivation att vårda*. Diskussionen tar fasta på barnmorskornas önskan att lyckas och risk att misslyckas i strävan att ge god vård. Detta diskuteras både i relation till barnmorskorna själva och till de aspekter som kvinnan och kollegorna bidrar med. Slutligen ges förslag på kliniska implikationer och fortsatt forskning.

Nyckelord: amningssvårigheter, barnmorskor, fenomenologisk innebördsanalys, upplevelser, vårdande, nyblivna mammor, livsvärldsperspektiv, BB-vård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Förutsättningar för BB-vård vid amning	1
Amningssvårigheters betydelse vid amningsstart	2
Kvinnors upplevelser av amningssvårigheter och den vård som erbjuds	3
Att vårda kvinnor med amningssvårigheter	4
Att vårda genom en vårdande relation	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Deltagare	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Essentiell innebörd	9
En strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård	9
Ett gemensamt och personligt ansvar som både möjliggör och hindrar	11
En kamp för att räcka till	12
Att arbeta i motvind	13
Ömsesidig glädje ger motivation att vårda	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
Önskan att lyckas och risk att misslyckas	19
Önskan att dela med sig av sin kunskap	21
Inkonsekvent syn på amning	22
Att hjälpa den som inte vill bli hjälpt	23
SLUTSATS	24
Kliniska implikationer	24
Förslag till fortsatt forskning	25
REFERENSER	26
Bilaga I - IV	

INLEDNING

Att uppleva amningssvårigheter kort tid efter förlossningen kan vända upp och ner på hela tillvaron som nybliven mamma. Detta speciellt om förväntningarna under graviditeten varit att kunna påbörja amning utan svårigheter. När så inte blir fallet behövs stöd och hjälp att hitta en lösning som passar hela familjen. Barnmorskor på en BB-avdelning förväntas vara experter på att bemöta denna typ av svårigheter. Under min praktik på en sådan avdelning upplevde jag dock att kunskaperna kring och intresset för amning varierade mellan olika barnmorskor. På detta sätt väcktes mitt intresse att ta reda på mer om hur barnmorskor på BB erfar vårdandet av nyblivna mammor med amningssvårigheter. Internationell forskning om kvinnors upplevelser av den vård de erhåller i samband med barnafödande och amning, samt amningsstatistiken i världen, antyder att kvinnor inte får det stöd de är i behov av när de upplever amningssvårigheter. Forskning kring hur barnmorskor erfar vårdandet saknas i det närmsta helt. Jag hoppas därför att med denna studie kunna ge barnmorskors bild av vård vid amningssvårigheter. Förhoppningen är även att studien ska kunna bidra till nya insikter om hur vården kan förbättras, för att passa nyblivna mammors behov.

BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en sammanfattning av de förutsättningar barnmorskor som arbetar med vård vid amning har att förhålla sig till. Vidare beskrivs amningssvårigheter och kvinnors upplevelser både av svårigheterna och av den vård de erhåller. Avslutningsvis behandlas vården vid amningssvårigheter både ur ett barnmorske- och ett livsvärldsperspektiv.

Den tidigare forskning, som nedan presenteras, fokuserar inte enbart på barnmorskor. Där övriga begrepp – exempelvis *vårdare* – använts i artikeln används de även när artikeln refereras. I denna studie har begreppet *vård/ande vid amning* valts för att beskriva barnmorskans arbete med amningssvårigheter. Detta begrepp kan sägas innefatta de övriga som nämns i artiklarna, exempelvis *rådgivning*, *stöd* och *hjälp*. Med amningssvårigheter avses i denna studie svårigheter eller problem med amningen under amningsstarten, så som det upplevs ur ett barnmorskeperspektiv. Med begreppet *nyblivna mammor* avses kvinnor under de första veckorna efter förlossningen, med speciellt fokus på BB-vistelsen och den eventuella tiden hemma innan utskrivningsbesöket. För att undvika upprepningar används även begreppen *mammor* och *kvinnor*. En kvinna med amningssvårigheter bär sällan problemet själv, ofta finns en partner som också på sitt sätt drabbas. I denna studie har dock valts att lägga fokus på barnmorskors arbete med de nyblivna mammorna.

Förutsättningar för BB-vård vid amning

Amningens historia är full av variationer i fråga om hur många som ammat och hur länge. På 1700-talet var en amningsperiod på två till fyra år inget ovanligt (Ekenstam 1993, s. 33). När sjukhusförlossningarna blev vanligare i Sverige sjönk amningstalen drastiskt, troligen till följd av BB-avdelningarnas strikta rutiner och introduktionen av ersättning på marknaden. Kring 1970 helammades (= enbart amrades) endast cirka sju procent av alla barn vid sex månaders ålder, men åtgärder vidtogs och 1996 var siffran uppe på 43 procent. På senare år har dock amningstalen åter sjunkit (Socialstyrelsen 2012, ss. 12 & 25). World Health Organization (WHO) rekommenderar att barn helammades i sex månader och att mat därefter introduceras under skydd av fortsatt amning i upp till två år eller längre (WHO 2001, s. 2; WHO & UNICEF 2003, ss. 7-8). I Sverige rekommenderar myndigheterna snarare ett år eller längre.

Verkligheten ser dock inte riktigt ut på detta sätt. Av barn födda 2010 helammades cirka elva procent vid sex månaders ålder och vid ett år var det sexton procent som ammadades överhuvudtaget. Sverige ligger ändå högt i amningstal, när det gäller antal som påbörjar amning. Fortfarande ammas nästan alla barn helt eller delvis vid en veckas ålder. Statistiken visar dock att många slutar amma under de första månaderna (Socialstyrelsen 2012, ss. 13-14 & 25-26). Detta trots att det i Sverige finns relativt goda förutsättningar för att amma, bland annat i och med den långa föräldraledighet som erbjuds (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, s. 37).

Internationellt har flera dokument antagits för att främja amning. Förutom WHO:s ovan nämnda riktlinjer kan nämnas Förenta Nationernas (FN) barnkonvention som framhåller amning som något viktigt (FN 1989). Barnmatskoden tillkom som en reaktion på sjunkande amningstal och ökande marknadsföring och användning av ersättning. Dess syfte är att säkerställa att små barn får i sig säker och bra mat, genom att stödja amning och främja korrekt användning av ersättning, när denna är nödvändig (WHO 1981, s. 8). I Sverige har det, utifrån barnmatskoden, utarbetats en föreskrift kring amning och modersmjölksersättning som ska följas av alla verksamheter som innefattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (Socialstyrelsen 2008, s. 3). Enligt HSL ska vården vara av god kvalitet, främja hälsa och motverka ohälsa och ges på lika villkor. Den ska också ta hänsyn till patienters integritet och självbestämmande (HSL 1982:763). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska bör en barnmorska ha kunskap om amning och amningssvårigheter och kunna ge stöd och råd rörande detta (Socialstyrelsen 2006, s. 13). År 1990 antog dessutom många av världens länder Innocentideklarationen. Det länderna enades om var bland annat att amning har många fördelar för både kvinnor och barn och det formulerades mål för främjande av amning på ett nationellt plan (UNICEF 2005). Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) introducerades i början av 1990-talet till följd av Innocentideklarationen. Projektet innebär en auktorisering av "amningsvänliga" sjukhus, genom kontroll av att de medverkande sjukhusen följer de tio stegen mot lyckad amning som framtagits av WHO utifrån evidensbaserad forskning inom området. Dessa innebär i stort att ge korrekt information och stöd för att främja amning, bara ge ersättning i nödfall, undvika napp och uppmana till amning inom en halvtimme efter förlossningen (WHO & UNICEF 2009, s. 3). År 1996, när amningstalen var som högst i vårt land, hade alla Sveriges förlossnings- och BB-avdelningar auktoriserats. Folkhälsoinstitutet slutade dock att kontrollera verksamheterna 2004 och lade över ansvaret för det fortsatta arbetet inom detta område på landstingen (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, ss. 15-16).

Trots arbetet med att främja amning helammades i världen idag bara cirka 35 procent av spädbarnen under sina fyra första månader (WHO & UNICEF 2003, s. 5; Nelson 2006, s. e13). I Sverige ligger denna siffra på cirka 50 procent (Socialstyrelsen 2012, s. 24). WHO och UNICEF (2003, s. 8) menar att nästan alla kvinnor kan amma och att de som önskar göra detta har rätt att få den hjälp de behöver.

Amningssvårigheters betydelse vid amningsstart

Trots att det är få kvinnor i Sverige som helammade de rekommenderade sex månaderna (Socialstyrelsen 2012, s. 18) visar forskning att de flesta kvinnor vill amma (Kvist, Wilde Larsson & Hall-Lord 2006, s. 140). Merparten nyblivna mammor påbörjar också amning. Att de sedan avslutar den kan ha många orsaker, bland annat amningssvårigheter. Tidiga svårigheter som såriga bröstvårtor, fördröjd utdrivningsreflex och problem för barnet att få ett bra tag går vanligtvis att komma över med rätt stöd, men är också vanliga anledningar till amningsnedläggning (Nommsen-Rivers 2004, s. 101; Lamontagne, Hamelin & StPierre 2008,

s. 5). Amningssvårigheter är dock inte alltid beroende av grad av fysiska svårigheter då även kvinnor med god mjölkproduktion kan uppleva att de har "för lite mjölk" (Smillie, Hetzel Campbell & Iwinski 2005, s. 49). Tidigare forskning visar att möjliga anledningar till att amningssvårigheter uppstår är att kvinnan är förstföderska och/eller har en lång förlossning eller ett förlängt utdrivningsskede bakom sig. Inte sällan har hon fått epiduralbedövning eller kejsarsnitt, har högt BMI eller har fött ett tungt barn. Platta eller inåtvända bröstvårtor, tidig nappanvändning eller tillmatning under de första 48 timmarna är också varningstecken – liksom barn som inte suger under det första dygnet (Nommsen-Rivers 2004, s. 102).

I en norsk studie framkom att kvinnor som haft amningssvårigheter under den första månaden efter förlossningen hade större risk att överge amningen under denna tid. De kvinnor som överkom sina svårigheter hade däremot inte större risk än andra att sluta amma senare under amningsperioden. Detta tyder på att kvinnor behöver mycket stöd under en begränsad tid efter amningsstarten (Häggkvist, Brantsæter, Grjibovski, Helsing, Meltzer & Haugen 2010, s. 2084). Ett sätt för vårdare att stödja kvinnor att hitta vägen fram till en fungerande amning kan vara att främja hud-mot-hud-kontakt. Det har tidigare påvisats att detta har en stor betydelse för amningens uppstart direkt efter förlossningen och ny forskning visar att hudkontakt även hjälper mot redan uppkomna svårigheter (Svensson, Velandia, Matthiesen, Welles-Nyström & Widström 2013, s. 12).

Kvinnors upplevelser av amningssvårigheter och den vård som erbjuds

Forskning visar att kvinnor upplever amningsstarten som en existentiell utmaning som innefattar glädje, men också misstro mot den egna kroppen (Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström 2010b, s. 4). Amningssvårigheter erfars som ett hot mot identiteten som mamma och en vilsenhet i moderskapet uppstår (Palmér, Carlsson, Mollberg & Nyström 2012, s. 3). Det finns en utbredd åsikt att amning är "något naturligt" vilket ofta likställs med att det är enkelt, något som leder till en känsla av misslyckande när det uppstår någon form av svårighet med amningen (Zwedberg 2010, s. 103; Palmér et al. 2012, s. 4). Denna känsla av misslyckande leder kvinnorna in i en konstant kamp för att uppnå den bild av sig själva som ammande kvinnor som de haft under graviditeten (Palmér et al. 2012, s. 3). Det upplevs finnas en press från samhället att fortsätta amma (Lamontagne, Hamelin & StPierre 2008, s. 8). Amningens positiva sidor framhävs, medan kvinnor inte är lika förberedda på de svårigheter som kan uppstå (Lamontagne, Hamelin & StPierre 2008, ss. 9-10).

Vad kvinnorna före förlossningen har för intention rörande amning är en faktor som påverkar om de senare kommer att amma eller inte. Barnmorskor och övriga vårdare har dock stora chanser att påverka amningsutfallet positivt om de erbjuder vård som innehåller konsekventa råd, praktisk hjälp, stöd och uppmuntran (Henderson & Redshaw 2010, ss. 750-752). Forskning visar dock att kvinnor i allmänhet är mer nöjda med vården de mottar på förlossningen än den de får på BB (Hildingsson & Sandin-Bojö 2011, s. 737). Ammande kvinnor verkar ha olika förväntningar på amningsstöd beroende på när de får det. Vid amningens uppstart önskar de mest att någon lyssnar, ju mer de själva lär sig önskar de bli mer involverade i diskussioner och beslut (Zwedberg 2010, s.188). I kontakten med vården upplever kvinnorna dock ofta att de ses som objekt, som "amningsmaskiner" som inte fungerar som de ska (Palmér et al. 2012, s. 5). Många kvinnor tycker att de får motstridiga råd av olika vårdare, något som får dem att känna att de förlorar kontrollen (Lamontagne, Hamelin & StPierre 2008, s. 8; Zwedberg 2010, s. 74; Palmér et al. 2010b, ss. 5-6, 2012, s. 6). Andra upplever att de blir behandlade direkt otrevligt och dömande av okänsliga och stressade vårdare (Nelson 2006, ss. e17-e18). Hands-on-teknik – då vårdare handgripligen tar i

mammans bröst för att hjälpa barnet att få tag – upplevs som ett övergrepp mot både mor och barn (Weimers, Svensson, Dumas, Navér & Wahlberg 2006, s. 6; Nelson 2006, s. e18; Palmér et al. 2012, s. 6) och leder ofta till ännu mer svårigheter. Kvinnorna vill i stället bli sedda som unika mammor av närvarande vårdare. Att dela sina svårigheter med någon är stärkande och kan hjälpa kvinnan att hitta sin väg in i moderskapet (Palmér et al. 2010b, s. 5, 2012, s. 6).

Att vårda kvinnor med amningsvårigheter

I tidigare studier framkommer att barnmorskor upplever många hinder för sitt arbete med ammande kvinnor. Kunskaps- och färdighetsbrister, brist på resurser, negativa attityder, dåliga riktlinjer och motstridiga råd upplevs försvåra arbetet (Tennant, Wallace & Law 2006, s. 155; Laanterä, Pölkki och Pietilä 2011, s. 75). Trots att motstridiga råd upplevs som ett problem även bland vårdare förklaras de bort under förevändning att det handlar om individualiserad vård (McInnes & Chambers 2008, s. 421). Det upplevs svårt att helt göra sig fri från inkonsekvens. Vårdares personliga och professionella erfarenhet finns alltid med, vilket ibland gör det svårt att hitta en gemensam strategi på arbetsplatsen (Nelson 2007, s. 36; McInnes & Chambers 2008, s. 421). Tidigare forskning visar att barnmorskor har olika förhållningssätt till amning. Vissa barnmorskor vill *reglera* amningen och anser att de har bättre kunskap än föräldrarna. Andra strävar efter att *underlätta* för mamma och barn genom att skapa goda förutsättningar för amning. En syn på kvinnan och barnet som *oförmögna att klara sig själva* och svårigheter att se till kvinnans behov är ett tredje förhållningssätt. Några vårdare bar på ren *motvilja* mot amning, kombinerat med dålig grundkunskap. Det senare förhållningssättet kan leda till dålig och inkonsekvent amningsrådgivning som i sig kan vara en anledning till att kvinnor slutar amma (Ekström, Matthiesen, Widström & Nissen 2005a, s. 355).

När vårdare upplever tidsbrist i sitt arbete får amningsstödet en lägre prioritet. Vårdarna anser sig inte hinna göra amningsobservationer, eller visa hur ersättning blandas till på ett korrekt sätt till de barn som inte ammas. Vårdarna uttrycker närmast en lättnad när kvinnor bestämmer sig för att sluta amma, eftersom de då får tid över till annat (Furber och Thomsons 2007, ss. 143-144). Även kunskapsmässigt upplevs brister. I en tid då allt fler nyblivna mammor är exempelvis överviktiga och bröstopererade medan vårdtiderna blir allt kortare krävs en ökad, uppdaterad kunskap hos vårdarna, men utbildning bekostas sällan av arbetsgivaren (Nilsson 2012, ss. 4-9). I en serie studier från USA undersöktes barnsjuksköterskors och barnmorskors kunskaper om amning. Det visade sig att barnmorskor inte i stor utsträckning hade kommit i kontakt med vård vid amning och amningsvårigheter under utbildningen. Vårdarna saknade dessutom kunskap om lösningar på vanliga amningsvårigheter (Hellings & Howe 2000, ss. 266-267, 2004, ss. 12-13). Upprepade studier visar att åtgärder som strävar efter att ge vårdare större kunskap om amning och vård vid amningsvårigheter, ger god effekt. Förbättringar ses både vad gäller ökad kunskap och bättre självförtroende bland vårdarna och en större uppskattning av vården bland kvinnorna (Ekström, Widström & Nissen 2005b, s. 430; Kronborg, Væth, Olsen & Harder 2007, ss. 286-287). Enligt Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström (2010, ss. 3-6) försöker barnmorskor anpassa vården efter den unika kvinnan samt ge henne självförtroende att amma sitt barn – eller att välja att inte göra det. Barnmorskorna i studien upplevde att amningsstödet blev mer effektivt om det följdes upp ordentligt. Tennant, Wallace och Law (2006, s. 153) menar också att vårdare försöker att stödja kvinnor att amma om det är möjligt, men att det finns en rädsla hos dem att betraktas som ”amningsfanatiker”.

Att vårda genom en vårdande relation

Vård kan delas in i *vårdande vård*, *medicinsk vård* och *själavård*. Barmorskor arbetar med alla delarna, men det primära området kan anses vara den vårdande vården. Denna består av att med blick för den vårdade som en helhet tillgodose dennes grundläggande behov. Grunden för all vård är *den naturliga vården*, där relationen mellan vårdaren/barmorskan och den vårdade står i fokus. Denna relation liknar en form av vänskap som *hälsa* och *välmående* kan växa fram ur. *Den professionella vården* bör ha den naturliga vården som fundament (Eriksson 2000, ss. 72-83).

Syftet med *den vårdande relationen* är att lindra *lidande*. De kvinnor med amningssvårigheter som barmorskor möter på BB kan uppleva flera olika former av lidande till följd av sina svårigheter. Ett *sjukdomslidande* kan orsakas av den eventuella fysiska smärtan. Kvinnorna kan även drabbas av en själslig smärta till följd av att deras förväntningar inte överensstämde med verkligheten (Eriksson 1994, ss. 82-86). I en studie av Kvist, Wilde Larsson & Hall-Lord (2006, s. 145) hade deltagarna drabbats av inflammation i bröstet under amning, vilket förutom smärta resulterade i en sorg över att kanske behöva avsluta amningen tidigare än planerat. Eriksson (1994, ss. 86-93) menar vidare att ett *vårdlidande* kan uppstå om kvinnorna upplever att de blir kränkta eller om barmorskan utövar makt genom att bestämma över deras kroppar. Enligt Palmér et al. (2012, s. 6) kan kvinnor med amningssvårigheter uppleva sig utlämnade till vårdare om de tvingas exponera sina bröst för dem eller sälla bland motstridiga råd. Eriksson (1994 ss. 57-61) menar att *medlidandet* är centralt i den vårdande relationen. Det innebär inte att barmorskan själv ska lida, men det förutsätter förmåga att sätta sig in i den andres upplevelsevärld och finnas där för att hjälpa utan tanke på att själv få ut något av det. Enligt Dahlberg och Segesten (2010 ss. 126-134 & 154-156) erfar varje person världen omkring sig på sitt eget sätt – har sin egen *livsvärld*. Denna livsvärld har sin boning i den egna kroppen och genom vår kropp får vi tillgång till vårt liv. En barmorska måste kunna se denna sammanlänkning och förstå att det inte går att vårda bara en kropp. Patientens hela livsvärld måste finnas med i vården för att hälsa och välbefinnande ska nås. Att som barmorska se den andres livsvärld är att bekräfta denne. Det går inte att ta på en känsla, eller en smärta. Enda sättet att få reda på något om dessa är att fråga den som upplever dem.

Varje nybliven mamma är i behov av *stöd* från sin omgivning, både från vårdare, familj och vänner. Detta stöd behöver finnas redan före förlossningen och sedan fortlöpande, för att verka stärkande för relationen mellan mor och barn. En eventuell partner behöver också stödjas, för att förstå sitt värde som stöd för sin familj. Att partnern får chansen att stanna på BB verkar främjande för amningen. Kvinnans och familjens behov av stöd och *bekräftelse* kvarstår oavsett om kvinnan väljer att amma eller inte. En god vårdrelation har en förmåga att stärka mor-barn-bandet och på detta sätt främja amning (Palmér 2010b, ss. 213-215). Kvinnor som upplevt gott stöd från vårdare under den första tiden ammar i högre utsträckning sina barn (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn & Dowswell 2012, s.1).

PROBLEMFÖRMULERING

Trots att internationella och nationella rekommendationer är samstämmiga vad gäller vikten av att främja amning och trots att de flesta kvinnor önskar amma sina barn, fortsätter amningstalen att sjunka i världen. Forskning visar att en av anledningarna till detta är att kvinnor upplever amningssvårigheter under den första tiden efter förlossningen. Enligt

riktlinjer bör barnmorskor som arbetar på BB ha kunskap om de svårigheter som kan uppstå, samt kunskap och förmåga att hjälpa dessa kvinnor. De amningsstödjande åtgärderna bör sättas in redan innan barnet är fött, och sträcka sig längre än den normala BB-tiden, då amningen inte hunnit etablera sig innan utskrivning. Forskning visar dock att kvinnor är långt ifrån nöjda med den vård de erhåller på BB. Ofta upplevs amningsråden som inkonsekventa och förvirrande och kvinnorna upplever inte att vårdarna/barnmorskorna ger dem den bekräftelse som behövs för att de ska bli stärkta i den nya rollen som mamma. Forskning visar även att det finns betydande kunskapsluckor hos vårdarna/barnmorskorna. De upplever själva att det finns många dimensioner i arbetet som står i vägen för god vård vid amningssvårigheter. Bland annat nämns tidsbrist som ett hinder för att försöka sätta sig in i kvinnans livsvärld och skapa en god relation där kvinnans lidande kan lindras. Existerande forskning fokuserar på kvinnorna eller på vårdrutiner och är begränsad vad gäller hur barnmorskor erfar vårdande av ammande kvinnor i allmänhet och nyblivna mammor med amningssvårigheter i synnerhet. Det är viktigt att förstå hur barnmorskor upplever situationen för att få en inblick i hur vården kan förbättras för att bättre kunna möta behoven hos de kvinnor som upplever amningssvårigheter under den första tiden efter förlossningen.

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB.

METOD

Ansats

För att besvara syftet valdes en reflekterande livsvärldsansats enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008). Ansatsen har sin epistemologiska utgångspunkt i fenomenologin och hermeneutiken och innebär en fenomenorientering. I denna studie är det studerade fenomenet *vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB*. Vidare är det innebörder av fenomenet som är av intresse att studera och det har gjorts genom livsvärldsintervjuer (öppna och reflekterande intervjuer i syfte att beskriva fenomenet) och en fenomenologisk innebördsanalys med öppenhet som ett centralt begrepp.

Forskaren måste förhålla sig öppen mot och fokuserad på fenomenet som studeras för att tillåta sig att bli överraskad och inte ta något för givet. För att uppnå detta måste förförståelsen – allt som sedan tidigare lärts in eller tagits för givet – tyglas. Forskaren kan aldrig helt göra sig fri från förförståelsen, men kan försöka ge den minsta möjliga inverkan på det studerade fenomenet. För att uppnå detta behöver forskaren anta en reflekterande hållning genom hela projektet, både gentemot sig själv och gentemot sitt material, och vara medveten om den egna inverkan på studien (Dahlberg, Dahlberg och Nyström 2008). I denna studie har ansatsen använts genom ständig reflektion och genom att försöka synliggöra förförståelsen genom anteckningar och diskussioner. Detta för att öka förutsättningarna för att kunna vara öppen mot fenomenet vid datainsamling och analys.

Deltagare

Deltagarna valdes ut från BB-avdelningen på ett sjukhus i en västsvensk stad. En förfrågan om medgivande sändes till enhetschefen på BB-avdelningen och kontakt togs med en av barnmorskorna på avdelningen. Hon hjälpte till att tillfråga och välja ut vårdare för att öka chansen till variation mellan deltagarna i studien. Tanken var att inkludera både barnmorskor och barnsköterskor/undersköterskor, med olika erfarenhet av, kunskap kring och intresse för vård vid amning. Sex barnmorskor, men ingen barnsköterska önskade medverka. Deltagarna var mellan 34 och 65 år, hade arbetat som barnmorskor mellan två och 42 år, varav på BB mellan ett och 22 år. På aktuell BB-avdelning finns både avdelnings- och mottagningsverksamhet. Alla deltagare arbetar på avdelningssidan. Några arbetar enbart där, men de flesta arbetar även på hemvårdsmottagning i varierande grad. Ett fåtal har extra utbildning i vård vid amning och arbetar även på amningsmottagningen. Fokus för denna studie ligger på deras arbete med de nyblivna mammorna under, eller i nära anslutning till deras tid på BB.

Datainsamling

Datamaterialet insamlades med hjälp av livsvärldsintervjuer enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) vilka utfördes i ett avskilt rum på deltagarnas arbetsplats för att skapa enskildhet och en lugn atmosfär. Fika togs med och varje intervju inleddes med att författaren berättade lite om sig själv och om studien. Intervjuerna tog mellan 30 och 40 minuter i anspråk. Till det tillkom tid för information och samtal före och efter varje intervju. I intervjusituationen behöver forskaren vara öppen och följsam gentemot deltagaren, så att inga innebörder i berättelsen från dennes livsvärld går förlorade eller misstolkas (Dahlberg, Dahlberg och Nyström 2008, ss. 96-99). I denna intervjustudie eftersträvades öppenhet och följsamhet genom att inleda med öppningsfrågan: *Skulle du vilja berätta för mig, så detaljerat som möjligt, hur du upplever att det är att vårda kvinnor med amningssvårigheter?* I frågan utelämnades medvetet en förklaring av begreppet amningssvårigheter, då det var barnmorskornas egen definition som eftersöktes. Därefter utvecklades resten av intervjun efterhand utifrån vad som framkom i deltagarens berättelse med hjälp av följdfrågor som: *Hur kände du då?* och *Kan du berätta mer om...?* i försök att få fram djupare innebörder (se intervjuguide, bilaga IV). Inledningsvis utfördes en provintervju, som senare inkluderades i studien då den ansågs svara väl till studiens syfte. Inga förändringar gjordes i intervjuguiden efter provintervjun. I informationsbrevet tillfrågades deltagarna om att fundera över ett tillfälle då de upplevde att de lyckats stödja en kvinna/familj som hade amningssvårigheter, och ett tillfälle då de upplevde att så inte blev fallet. Detta fördes på tal under samtliga intervjuer, ibland av författaren, ibland av deltagarna. Intervjuerna avslutades med att deltagarna tillfrågades om de ville lägga till något, vilket samtliga ville. Deltagarna informerades om att de var välkomna att höra av sig till författaren om de kom på något mer eller undrade över något. Intervjuerna spelades in på ljudband och transkriberades ordagrant inom loppet av ett dygn, inklusive pauser, skratt och liknande.

Dataanalys

Målet med all livsvärldsforskning är att upptäcka innebörder som senare analyseras och klargörs för att kunna förstås av och beskrivas för andra (Dahlberg, Dahlberg och Nyström, ss. 96-99). Till grund för analys av materialet från livsvärldsintervjuerna ligger Dahlberg, Dahlberg och Nyströms (2008, ss. 235-238) fenomenologiska innebördsanalys. Den bygger på en reflekterande livsvärldsansats och innebär en vandring från helhet till delar och tillbaka

till en ny helhet. För att kunna se en ny helhet ta form krävs ett öppet förhållningssätt gentemot data. Genom en ständig dialog med texten framkommer dess verkliga mening. På detta sätt skapas nya horisonter av kunskap och mening.

I denna studie påbörjades arbetet med analysen genom att de transkriberade intervjuerna lästes upprepade gånger tills de kändes bekanta och möjliga att återberätta. Spontana tankar om innebörd och annat som dök upp under läsningen antecknades i marginalen. En medvetenhet om den egna förförståelsen och dess potentiella påverkan på arbetet var ständigt närvarande. Arbetet med att sortera ut meningsbärande enheter inleddes med att mer ordnat anteckna innebörder från texten i marginalen. De meningsbärande enheterna sorterades sedan in i ett separat dokument och ordnades efter innebörder för att få en översikt över materialet. Ur detta arbete framkom nio kluster med varierande grad av abstraktion. Därefter påbörjades arbetet med den essentiella innebörden parallellt med analys och abstraktion av klustren för att beskriva innebördselement. Detta var en fas av arbetet som karaktäriserades av närhet till de ursprungliga intervjuerna men också av abstraktion för att kunna beskriva innebörder. Genom hela processen återvände författaren ständigt till ursprungsmaterialet, för att försäkra sig om att resultatet förhöll sig textnära. Analysen resulterade i en essentiell innebörd och fem innebördselement.

För att illustrera innebörderna har citat från intervjuerna använts. I de fall där det genom deltagarens sätt att uttrycka sig har funnits anledning att misstänka att citaten kunnat härledas till personen har citaten justerats. Även talspråk som "eh" och "hm" har avlägsnats för att öka läsbarheten. För att markera pauser har tre punkter använts (...) och i de fall där något utelämnats har detta markerats med: //. När något av betydelse för förståelsen inte uttryckligen uttalats i det valda citatet har förtydligande gjorts med hjälp av klamrar ([]). Förändringarna har inte påverkat citatens innebörder. Citaten är inte numrerade eftersom även detta bedömdes kunna riskera anonymiteten, då intervjuerna utfördes inom en begränsad grupp, där alla känner alla. Resultatet innehåller citat från alla intervjuerna.

Etiska överväganden

Studier på magisternivå kräver i regel ingen ansökan till Etikprövningsnämnden, därför har ingen sådan gjorts. Projektplan och förfrågan om tillstånd har dock skickats till enhetschef på berörd enhet för godkännande.

Enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association (WMA) 2008, ss. 1-4) ska all forskning som involverar människor sätta deltagarna i första rummet. Deras värdighet, integritet och rätt till konfidentialitet ska respekteras. Vidare ska de frivilligt delta i studien efter ett informerat beslut. Studien ska med andra ord uppfylla informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekraven. I denna studie har informationskravet uppfyllts genom att deltagarna erhållit skriftlig information om bland annat studiens syfte, konfidentialitet, intervjuernas upplägg och om sin rätt att när som helst dra sig ur studien (bilaga II). Denna information upprepades muntligen vid varje intervjustart. Genom att en blankett om skriftligt samtycke sedan undertecknades har samtyckeskravet följts (bilaga III). Konfidentialiteten har garanterats deltagarna genom att allt insamlat material hanterats utan att obehöriga kunnat få tillgång till det, samt genom att det i resultatet inte framgår vilken informant som sagt vad. Nyttjandekravet har även det uppfyllts, då det inte finns något annat syfte med studien än att använda materialet för forskningsändamål.

RESULTAT

Analysen av de sex livsvärldsintervjuerna presenteras i form av en essentiell innebörd och fem innebördselement som beskriver fenomenet *vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB*. Den essentiella innebörden innebär *en strävan att främja välbefinnande i den unika amningssituationen vilken får sin näring genom önskan att lyckas och risken att misslyckas*. Innebördselementen är: *en strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård, ett gemensamt och personligt ansvar som både möjliggör och hindrar, en kamp för att räcka till, att arbeta i motvind och ömsesidig glädje ger motivation att vårda*.

Essentiell innebörd

Att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter erfars som *en strävan att främja välbefinnande i den unika amningssituationen vilken får sin näring genom önskan att lyckas och risken att misslyckas*.

Strävan att främja välbefinnande i den unika amningssituationen innebär en önskan att bejaka både sin egen unikheter som barnmorska och den nyblivna mammans unikheter. Strävan riktar sig inte enbart mot mamman utan den innefattar också barnet och partnern samtidigt som samhället och organisationen utmanar och sätter gränser. Utmaningen består i en känsla av att förväntas fullborda sin plikt som barnmorska. Denna plikt innebär att möjliggöra för mammorna att kunna nå upp till sina egna och samhällets förväntningar, i den mån detta går att kombinera med välbefinnande för mamma och barn. Gränserna sätts av en organisation som allt mer upplevs fokusera på kvantitet och mätbara variabler och allt mindre på kvalitet i bemärkelsen att ge möjlighet att etablera goda vårdrelationer. I denna strävan infinner sig både en önskan att lyckas och en risk att misslyckas som barnmorska. Önskan att lyckas innebär en möjlighet att växa som barnmorska och bli stärkt genom den glädje och tillfredsställelse som ett lyckat vårdande ger upphov till. Strävan att bejaka det unika i amningssituationen utgörs av en önskan att göra mamman och barnet gott. Genom en vårdande handling som ger styrka och självförtroende till mamman blir detta verklighet. Risken att misslyckas ligger däremot som en hotande fara där hotet riktas mot att förlora självkänslan men också mot att mammans välbefinnande ska förvandlas till ett illabefinnande. Om misslyckandet blir verklighet uppstår en känsla av att ta på sig skulden för att amningen inte blev vad mamman hoppats på. För att gå vidare blir det nödvändigt att göra sig av med denna känsla av skuld och skjuta den ifrån sig till andra, exempelvis samhället, organisationen, andra kollegor, barnet eller mamman själv. Samtidigt som önskan att lyckas finns alltså även risken att göra mamman illa och det är i denna tvetydighet som vårdandet vid amningssvårigheter utspelar sig.

En strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård

En strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård innebär en önskan att se och möta varje kvinna med amningssvårigheter individuellt. I strävan att möta dessa kvinnor där de befinner sig krävs lyhörddhet och en förmåga att sätta sig in i deras livsvärld och deras familjers omständigheter. Att vårda utifrån ett livsvärldsperspektiv upplevs som något självklart och är att utmana sig själv att se bakom de tidigare erfarenheterna av nyblivna mammor med amningssvårigheter. Samtidigt upplevs individen som ständigt påverkad av sitt sammanhang. Att vårda innebär att ta hänsyn till faktorer som under vilken tid kvinnan själv växte upp och

eventuellt ammade, samt vilken syn på amning hon bär med sig och vilka krav hon upplever från omgivningen. En barnmorska beskriver det så här:

”Inställningen [till amning] är ju väldigt olika, beroende på om du är tjugo, trettio eller fyrtio, och kraven på amningen är också annorlunda beroende på hur gammal du är, känns det som.”

Att vårda vid amningssvårigheter upplevs som ett arbete där en liten insats kan göra stor skillnad. Enbart att se och bekräfta kvinnans lidande kan vara av avgörande betydelse. I strävan att möjliggöra unik vård finns en vilja att skapa en plattform av lugn och trygghet varifrån kvinnan kan finna kraft att tro på sin kropps förmåga och finna vägen till en lösning som passar den egna familjen. När kvinnan har tidigare erfarenhet av en svår amning är förutsättningarna annorlunda, och känslan hos barnmorskorna är att det som sägs tas emot på ett annat sätt än när erfarenheten är god eller när kvinnan inte har någon tidigare amningserfarenhet. Det centrala i strävan är ändå detsamma, att framhäva det som fungerar och att ge hopp.

”Man kan jämföra det mycket med att jobba på förlossningen. Det handlar om att lyfta under vingarna, coacha, peppa, stötta, få dom att klara saker som dom egentligen tror att dom inte alls klarar.”

I strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård finns en upplevelse av att ha ett större kunnande om barn och amning än vad mamman har. Denna upplevelse väcker en önskan att dela med sig av sin kunskap. I och med detta ställs krav på barnmorskans kompetens då det är mycket som händer med amningen under de första dygnet. Att ge information till nyblivna mammor med amningssvårigheter är att väga sina ord på en guldväg för att de ska bli till hjälp i stället för stjälp. Det finns en känsla av att kvinnor inte har någon större kännedom om hur amning inleds och upprätthålls. Att känna sig som den i vårdrelationen som besitter störst kunskap väcker stolthet och bidrar till att skapa arbetsglädje.

”Det är ju därför jag jobbar här för jag ska upplysa dom om det som jag kan och som inte dom kan.”

I strävan att med sin kunskap möjliggöra unik vård finns en medvetenhet om att mammorna inte alltid uttrycker vad de innerst inne känner. Att fånga deras verkliga önskan upplevs som en konst och är beroende av barnmorskans förmåga att sätta sig in i kvinnans livsvärld. Ibland upplever barnmorskorna att det finns en dold önskan att inte amma, vilken kamoufleras bakom upplevelser av smärta eller ansträngning. Att som barnmorska ställa raka frågor är att möjliggöra unik vård.

”Även om dom inte säger rakt ut att jag vill inte så märker man på en del att dom inte, alltså att det inte fungerar och det är mycket som blir jobbigt, // och att man då som personal är modig och frågar rakt ut att ”vill du amma, eller hur känner du själv, inför detta?””

När livsvärldsperspektivet blivit en naturlig del av vårdandet upplevs det som att kvinnan kan bekräftas. I bekräftelsen innefattas att veta när det är dags att ge upp försöken att stödja kvinnan i att få amningen att fungera. Att – trots en stark vilja att hjälpa och en underliggande önskan att möta motiverade kvinnor – acceptera att det är mammans val upplevs som väsentligt. Det finns en stark medvetenhet om att även de kvinnor som väljer att lägga ner sin

amning är i behov av stöd och unik vård. Detta gäller alldeles oavsett om barnmorskan förstår hennes val eller inte.

"Det gäller att man lyssnar av patienterna // det är inte så att jag ska lösa en amning bara för att jag ska."

Det finns dock en stark vilja att försäkra sig om att kvinnan tar ett informerat och genomtänkt beslut, en vilja som väcker frågor om hur påträngande och frågvis barnmorskan har rätt att vara utan att utöva makt och påverka kvinnans beslut.

"Jag vill inte att dom tycker att det var en besvärlig personal och vi sa att vi inte vill amma, men hon slutade inte prata om amningen, det vill jag inte höra."

Ett gemensamt och personligt ansvar som både möjliggör och hindrar

Att vårda vid amningssvårigheter är ett gemensamt och personligt ansvar som både möjliggör och hindrar och innebär ett beroende av kollegorna och deras arbete. Det personliga ansvaret erfars som att dela med sig av sin kunskap till kollegorna. Detta gör att när en barnmorska erfår en känsla av att ha otillräcklig kunskap upplevs hjälpen aldrig som långt borta. Detta möjliggör god vård där det personliga ansvaret möter det gemensamma genom att barnmorskorna kompenserar för varandras svagheter så att kvinnan inte blir lidande. Det finns en stolthet över att tillhöra en gemenskap som upplevs innehålla både hjälpsamhet och stor gemensam kunskap. En särskild beundran uttrycks över den kunskap som erfarna barnsköterskor och barnmorskor på avdelningens amningsmottagning besitter.

"Vi stöttar varandra, och vi har våran amningsmottagning, där dom som jobbar där är oerhört duktiga liksom. På grund av det tror jag att vi är ganska uppdaterade i amning här överhuvudtaget."

Det gemensamma ansvaret upplevs i många fall positivt, som ett givande och tagande och som att dela ansvaret för de nyblivna mammorna. Det kan dock väcka blandade känslor. Att lyckas hjälpa en kvinna med amningen när kollegorna misslyckats känns som att ta glädjen från dem. Likaså kan det upplevas som att ett behov av att be kollegorna om hjälp är detsamma som att erkänna sig som en dålig barnmorska, då de egna bristerna framkommer och risken att vara till besvär för någon annan känns överhängande.

"Kan jag inte lösa ett problem så har jag inget problem å fråga efter hjälp, men då känner man ju alltid att "ash, jag borde ha...""

I det gemensamma ansvaret finns det personliga ansvaret tätt sammanflätat och i det personliga ansvaret finns också barnmorskans unika personlighet. Personligheten visar sig då det finns en varierad uppfattning om vad som är att betrakta som målet med vården vid amningssvårigheter. Upplevelsen av vårdandets betydelse kan präglas av en önskan att kunna hjälpa alla kvinnor med amningen. Att ha sin andra patient – barnet – i fokus leder till ytterligare en dimension, då barnets bästa ofta likställs med fungerande amning. Å andra sidan kan barnmorskans uppfattning även präglas av inställningen att kvinnan har rätt till ett eget val och att en nedlagd amning inte är att betrakta som ett misslyckande. Att ha en annan inställning till amning än sina kollegor kan leda till en känsla av utanförskap, som att inte riktigt passa in i barnmorskegemenskapen. Här uppstår ibland en krock mellan det gemensamma och personliga ansvaret.

”Som barnmorska är det ju lite tabu att säga så för att där ska ju helst ammas till vilket pris som helst.”

Det gemensamma ansvaret att vårda upplevs som ett hinder när det blir uppenbart att kvinnorna inte alltid får god vård. Att få rätt stöd vid amningssvårigheter upplevs som en rättighet och det personliga ansvaret att vårda upplevs betyda att möjliggöra god vård för kvinnan genom att stå upp för henne gentemot kollegor som exempelvis ifrågasätter hennes beslut att fortsätta amma eller inte. Att se kvinnor lida på grund av svårigheter som hade kunnat undvikas om kvinnan fått det stöd och den hjälp hon behövt väcker känslor av ilska, sorg och frustration gentemot kollegorna. Frustrationen visar sig då det i slutet av arbetspasset är dags att lämna över ansvaret för vården till en kollega, något som närmast upplevs som ett svek mot de vårdade kvinnorna om kollegan inte har intresse för eller kunskap kring amning. Att uppleva att kollegorna är för snabba att ge ersättning, eller inte vågar ge råd om amning av rädsla för att säga fel saker skapar också känslor av frustration, liksom upplevelsen av att inkorrekta och inkonsekventa råd ges av kollegor. Ett behov av att rätta till misstagen och återupprätta förtroendet för den vård som ges, utan att trampa kollegorna på tårna uppstår.

”Så ska man va vänlig och snäll och försöka och rätta till det och tänka att ”ja men, försök å tro på mig i stället””

En kamp för att räcka till

Att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter innebär en kamp för att räcka till. Kampen innebär en återkommande känsla av att inte göra rätt för sig och att inte nå fram till kvinnorna. Det skapar känslor av otillräcklighet och tvivel väcks på den egna förmågan att hjälpa. Arbetet med att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter kräver en förmåga att vara i nuet, vilket betyder att de vårdade kvinnorna upplevs ha behov av en barnmorska som är närvarande i deras smärta och sorg. Det är krävande att möta kvinnor som tappat tilliten till den egna kroppen och vården beskrivs som en ”*utmaning*” som kräver en beredskap att ”*ge mycket av sig själv*”. I kampen finns en önskan att räcka till vilken bottnar i en känsla av omsorg för patienten. Det finns en insikt i att det inte alltid går att leva sig in i varje liten detalj i kvinnornas liv utan att knäcka sig själv. Trots detta finns en stark önskan att göra allt för att stödja kvinnorna i deras svårigheter. Att ha lätt för att gå in i en nära vårdrelation ger förutsättningar för att kunna uttrycka denna omsorg, men ger också en ökad känsla av krav. I kampen för att räcka till sätts i många fall både barnmorskans kunskap och ork på prov. Först när varje kvinna har fått all den hjälp som finns att ge upplever barnmorskan att hon gjort det som förväntas av henne i vårdrelationen.

”Jag ger så mycket energi så i slutet av dagen har jag inga krafter.”

Att vårda kvinnor med amningssvårigheter kräver engagemang – och tid. Tid upplevs dock som en bristvara. Detta väcker stor frustration då det betyder att ha mycket att ge men att inte hinna med vilket för med sig en känsla av att inte kunna utnyttja sin fulla vårdande potential. När svårigheterna hopar sig går arbetslusten förlorad och kampen känns olidlig.

”Då kan det va väldigt frustrerande å det är nästan så man inte ORKAR göra sitt yttersta för att man på något sätt tappar fotfästet.”

Det finns en underliggande önskan att ge kvinnorna svar på varför de drabbats av amningssvårigheter. Detta leder till en känsla av frustration då en anledning inte alltid går att finna. En känsla av otillräcklighet och sorg uppstår när kvinnans svårigheter inte gått att lindra under det egna arbetspasset. När råden tar slut blir känslan av kamp och att inte räkna till extra stor och en känsla av tomhet och hjälplöshet uppstår. Denna tomhet dröjer sig kvar och påverkar barnmorskornas upplevelse av det arbete de utfört. Att stå vid vägs ände skapar en önskan att ha större möjligheter att hjälpa.

"Nämen då kan jag ibland gå hem från jobbet och känna så här "fasen, åh, idag fick jag inte göra mitt jobb så bra som jag vet att jag kan.""

"Tänk om man hade haft ett trollspö sådär och slagit med i luften // "PANG", så hade det vart bra."

De känslor av tomhet och hjälplöshet som väcks när barnmorskan upplever att hon inte kunnat hjälpa kvinnan fullt ut kan finnas kvar under lång tid och följer barnmorskan i hennes fortsatta arbete. Ibland tas känslan med hem och påverkar på så sätt även privatlivet. Förhållandet kan även vara det omvända. Tankar kring om upplevelser av misslyckande i samband med den egna amningen påverkar arbetet, exempelvis genom en vilja att skydda andra från en liknande negativ upplevelse, uppstår. Det finns även en stark känsla av att inte räkna till kunskapsmässigt i sin profession. Funderingar kring vad som borde ha gjorts blandas med känslor av ilska gentemot sig själv och sin egen oförmåga.

"Jag känner mig faktiskt besviken. Inte besviken på patienterna, men besviken på mig själv."

I kampen för att räkna till innefattas en känsla av att vilja nå upp till omgivningens förväntningar. När den hjälp som givits inte passat den aktuella kvinnan infinner sig en känsla av att vara en "fejk", vilket innebär att upplevelsen av den egna förmågan inte överensstämmer med de förväntningar som upplevs från omgivningen och den egna personen. Ur upplevelsen av att vara en "fejk" erfars en känsla av otillräcklighet.

"Då blir jag så liten, då kryper jag ner i skorna känner jag."

I känslan av besvikelse och otillräcklighet som skapas när hjälpen inte når fram finns ett hopp om att forskning och erfarenhet ska ge framtida mammor bättre möjligheter att överkomma sina amningssvårigheter. På detta sätt finns också hopp om att i framtiden själv få större möjligheter att räkna till.

Att arbeta i motvind

Att vårda kvinnor med amningssvårigheter erfars som att arbeta i motvind. Motvinden upplevs i relation till de organisatoriska förutsättningarna och till kvinnans egen inställning gentemot att bli vårdad. Att arbeta i motvind mot de organisatoriska förutsättningarna upplevs som att slitas mellan kvinnans förväntningar på den vård som ges och de förutsättningar eller vårdrutiner som gäller på avdelningen. Att alla kvinnor och barn förväntas vara utskrivna efter 72 timmar erfars som något som är långt ifrån hur verkligheten ser ut. Att mammor som gått hem på tidig hemgång återkommer med så stora amningssvårigheter att det blir svårt att åtgärda upplevs som onödigt och väcker känslor av sorg. Kravet på att dokumentera tar tid från mammorna, och när de muntliga rapporterna försvinner mer och mer upplevs en del av

kontinuiteten i vården försvinna. Ett annat hinder för kontinuiteten upplevs vara rutinerna att alternera mellan avdelningens olika team. Att lägga ner tid och kraft på en patient och sedan inte få följa upp sin insats efterlämnar en känsla av tomhet och ofullbordat arbete.

"Man kan ju ge dom tips och råd man själv kan ge, sen får man ju sällan följa upp, för att nästa dag är du ju nån annanstans å jobbar."

Upplevelsen av att arbeta i motvind sträcker sig hela vägen tillbaka till utbildningstiden. En upplevelse av att kunskap om amning och amningssvårigheter inte prioriteras vare sig under utbildningen eller på den egna arbetsplatsen leder till en upplevelse av att vården inte förmår tillgodose de behov som finns. Det finns en stark tro på att ökad kunskap genom utbildning och fortbildning skulle förbättra vården för de nyblivna mammorna.

"Det jag känner är att det hade varit bra om vi hade haft amningsutbildningen allihopa, man skulle ha mer amning under studietiden, egentligen. // Så man har liksom, mer att... jobba ifrån från början."

Att arbeta i motvind blir än mer krävande när det är mammorna själva som anses vara de som sätter hinder i vägen för god vård. Kvinnornas egen inställning till amning upplevs ha stor betydelse för utfallet. När varje försök till samtal om amning möts av likgiltighet och tystnad väcks frustration, men även en vilja att hjälpa. Det finns en strävan att skapa utrymme för dessa kvinnor att själva ta initiativ till samtal, vilket kan ge möjlighet till en god vårdrelation trots inledande motstånd. När denna vårdrelation inte blir verklighet faller råden platt och barnmorskan famlar i sin vård. Det väcker frustration, liksom när kvinnan inte själv upplevs anstränga sig för att amningen ska fungera.

"Jag vet att, det är ju hemskt att säga, men skulle hon göra som jag säger så skulle det bli bättre."

I förlängningen väcks en känsla av irritation, och en tanke om att hjälpen hade behövts bättre hos någon som tog till sig den. En upplevelse av att alla inte vill bli "räddade" och att motståndet egentligen bottenar i en ovilja att amma uppstår. Trots att mammans beslut om att fortsätta amma eller inte respekteras finns en uppfattning att mammorna ibland ger upp för lätt, vilket känns jobbigt. Att inte ha varit med när ett beslut om amningsnedläggning togs väcker funderingar kring om något hade kunnat göras annorlunda. Att vårda kvinnor som haft svårigheter att amma ett tidigare barn späder ytterligare på känslan av att arbeta i motvind då det upplevs som en utmaning att få dessa kvinnor att våga tro på sig själva igen. Många mammor upplevs redan från början ha en låg tilltro till att amningen kommer att fungera.

"För vissa har ju med sig både flaska å har köpt pump och allt möjligt innan dom ens kommer hit."

Ömsesidig glädje ger motivation att vårda

Motivation att vårda uppstår genom den ömsesidiga glädje som uppkommer mellan barnmorska och mamma när de når sitt mål tillsammans. I upplevelsen av att hantera komplexa svårigheter och kunna lösa dem finns en känsla av tillfredsställelse. Att med små medel och tillsammans med kvinnan nå det mål som satts upp ökar självförtroendet och arbetsglädjen. Arbetsglädje innebär att få vara med på nyblivna mammors resa från sorg och frustration till glädje och lättnad och upplevs motivera i andra motiga situationer i vårdandet.

Att vilja vara duktig inom sitt yrke är centralt för barnmorskan. Detta har uppnåtts när man *"fått bebisen och patienten dit man vill"*. Som barnmorska i denna kontext upplevs ett ansvar att *"rätta till saker"* och *"få igång"* amningen åt kvinnorna. När detta lyckas stärks barnmorskan genom känslan av att ha gjort något bra. Att lyckas stödja en nybliven mamma att tro att hon är på rätt väg med amningen skapar känslor av glädje, vilket motiverar fortsatt arbete.

"Blir dom glada, då blir jag också glad."

Det finns en önskan att göra något gott för en medmänniska, när detta uppnås väcks en stolthet över den egna kunskapen och förmågan. Att med sin vård kunna hjälpa en nybliven mamma till en fungerande amning upplevs som motiverande, inte minst om kollegorna tidigare misslyckats i sina ansträngningar. Då stärks barnmorskan när hon lyckas hjälpa. En barnmorska uttrycker sig så här:

"Mina kollegor har försökt hjälpa // och sen kommer jag och bara nämner att okej du kan prova att lägga barnet som tvillingposition och sen börjar det funka. // Jaa, jag blir lycklig."

Svårigheterna med att se kvinnor nedstämda och ledsna över en icke fungerande amning vänds till något motiverande av att tycka sig se en lösning. Upplevelsen är att det arbete som utförs i allmänhet ger resultat. Ju mer tid och kraft som lagts ner på att hjälpa kvinnan, desto större blir glädjen när svårigheterna vänder.

"Nä, vi sa det, oss emellan, att vi höll på att börja hjula i korridoren."

Ömsesidig glädje betyder att glädjas med kvinnan/familjen i det de gläds åt. Oavsett orsak upplevs kvinnans glädje som en delad glädje vilket innebär att glädjas både när orsaken är att amningen kommit igång och när den beror på en lättnad då kvinnan bestämt sig för att lägga ner amningen. Att skapa utrymme för kvinnan/familjen att finna sin egen lösning möjliggörs genom att barnmorskan tar ett steg tillbaka och trots svårigheterna vågar lita på att exempelvis hud-mot-hud-kontakt ska ha effekt, vilket är att visa respekt för den nyblivna mammans/familjens egna styrkor. Att se att det fungerar skapar tillfredsställelse även hos barnmorskan.

"Det tycker jag är ganska härligt, å se att föräldrarna själva ser vinsten i vad dom har gjort."

Motivationen till vårdandet upplevs även ha sitt ursprung i de personliga vinster som arbetet ger. Att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter tar på krafterna, men upplevs även ge mycket tillbaka. När kvinnan verkligen är intresserad kan en gemensam strävan att lösa amningssvårigheterna leda till vinster för både mamma och barnmorska. Vinsterna består i att det är givande att se att ansträngningarna ger resultat och att den glädje som kvinnan/familjen utstrålar ger mersmak. Det, tillsammans med positiv feedback från kvinnorna, är belöningen som bekräftar barnmorskan i hennes yrkesroll.

"Det är ju den berömmelsen vi får liksom, vi får ju inga presenter ifrån chefen"

Att arbeta med nyblivna mammor med amningssvårigheter upplevs som att aldrig bli fullärd, att i varje möte erfara något nytt. Med ökad erfarenhet och kunskap skapas en större förståelse

för att läsa av kvinnorna. Det är i de ständigt nya mötena med kvinnorna och deras familjer som nya lärdomar inhämtas och ömsesidig glädje uppstår. Att samla på sig kunskap och erfarenhet är att bli tryggare i sin yrkesroll, vilket skapar motivation att vårda. En barnmorska beskriver sitt arbete:

”Egentligen tycker jag att det blir mer och mer utmaning, eller, på ett vis... roligare.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Arbetet med denna studie har grundat sig på en reflekterande livsvärldsansats med fokus på att beskriva innebörder av fenomenet *vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB*. Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 95) passar denna ansats bra vid studier av hur människor upplever sin tillvaro då den har potential att ge en djup förståelse då fokus är att beskriva innebörder av fenomenet. Författaren anser att valet av ansats har varit av betydelse när studiens syfte besvarats.

Vilka begrepp som används vid bedömning av en studies tillförlitlighet varierar. Eftersom den här studien grundar sig på Dahlberg, Dahlberg och Nyströms (2008) innebördsanalys används begreppen *objektivitet, validitet* och *generaliserbarhet*. Strävan efter objektivitet förmår forskaren att se bakom sin förförståelse och tillåta sig att bli överraskad. Forskning får aldrig bygga på det forskaren hoppas eller tror. Forskning måste vara valid, då den måste gå att lita på och ha tillkommit genom korrekta metoder. När forskningen är generaliserbar går den att överföra på fler grupper än de som är inblandade i studien. Detta krävs för att de som arbetar inom det studerade området ska ha nytta av forskningen (ss. 335-342). Under denna studies tillkomst har arbetet med objektivitet, validitet och generaliserbarhet varit en röd tråd. Objektivitet har eftersträvats genom att författaren försökt att klargöra sin egen förförståelse både innan intervjuerna påbörjades och kontinuerligt under analysen. En öppenhet och en nyfiken attityd har eftersträvats både under intervjuerna och i arbetet med analys och diskussion, där ständigt nya vinklar av fenomenet framkommit och följts upp. Metodlitteratur har använts som stöd för arbetet, för att sträva efter en så hög grad av validitet som möjligt. Dessutom har författaren ständigt återvänt till ursprungsmaterialet för att säkerställa att resultatet överensstämmer med detta. Generaliserbarhet har eftersträvats genom att försöka få ett så varierat urval av deltagare som möjligt, samt genom att framarbete en essensbeskrivning där fenomenets kärna fångats. Nedan diskuteras studiens styrkor och svagheter i relation till dess objektivitet, validitet och generaliserbarhet.

Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 175) är deltagarnas antal av mindre betydelse än variationen mellan dem för att stärka validiteten. Ju mer komplext ett fenomen är desto fler intervjuer behövs, men om fenomenet är någorlunda hanterbart är det rimligt att starta med cirka fem intervjuer. I denna studie genomfördes sex livsvärldsintervjuer som bedömdes innehålla tillräcklig variation av innebörder för att ha möjlighet att beskriva fenomenet. En annan anledning till att det inte utfördes fler intervjuer var att författaren skrev arbetet själv i kombination med tidsperspektivet. Kvale och Brinkman (2009, s. 113) menar att det märks när materialet börjar nå en gräns för mättnad genom att det nyinsamlade materialet liknar resultatet av tidigare intervjuer. När den sista intervjun genomfördes gjordes bedömningen att det inte behövdes fler intervjuer då det fanns en rik variation på innebörder.

Detta ledde till slutsatsen att materialet var tillräckligt för att besvara studiens syfte. Det bedömdes att alltför många intervjuer hade riskerat att försvåra arbetet med att bearbeta materialet på ett tillförlitligt sätt. Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 176) menar att det inte går att nå mättnad i livsvärldsforskning då innebörder aldrig är statiska utan ständigt expanderande, vilket betyder att nya innebörder kan behöva läggas till och att det är upp till varje forskare att bedöma när materialet är tillräckligt stort, utifrån den specifika studiens förutsättningar.

Variation mellan deltagarna eftersträvades genom att efterfråga deltagande av både barnmorskor och barnsköterskor/undersköterskor, med olika bakgrund och erfarenhet. Kontakt togs med en barnmorska på avdelningen, som fick till uppdrag att tillfråga ett varierat urval av vårdarna. Detta gjordes med avsikt att öka variationen och därmed generaliserbarheten. Risken med att sätta upp en lapp på avdelningen med förfrågan om deltagande hade kunnat vara att bara specialintresserade barnmorskor/vårdare anmält sig. Det finns dock ingen garanti för att alla grupper kommer till tals även med denna metod. Sharkey, Savulescu, Aranda, och Schofield (2010, s. 265) menar att när vårdare är inblandade i urvalet av deltagande patienter till studier finns alltid en risk att de påverkar urvalet på ett eller annat sätt, därför kan metodens tillförlitlighet diskuteras. Det finns naturligtvis en risk att detta även gäller när vårdare väljer ut andra vårdare till en studie. En översikt av deltagarna visar att variation erhöles i relation till ålder, antal år i yrket och på avdelningen, avseende vilken/vilka delavdelningar de brukar arbeta på och vilken utbildning de har kring vård vid amning. Dock deltog enbart kvinnor. Detta är svårt att göra något åt, då det inte arbetar någon manlig barnmorska på avdelningen. Att ingen barnsköterska/undersköterska önskade delta kan naturligtvis ha påverkat resultatet och generaliserbarheten. Många av barnsköterskorna på avdelningen har lång erfarenhet av vård vid amning och hade säkert haft mycket att tillföra studien. Dessutom har de en annan utbildning och delvis andra arbetsuppgifter, som självklart kunde ha bidragit till annorlunda infallsvinklar. Den aktuella BB-avdelningen har dock en arbetsfördelning mellan barnmorskor och barnsköterskor/undersköterskor som innebär ett nära samarbete med liknande arbetsuppgifter. Det kan därför misstänkas att resultatet hade uppvisat många likheter med det nuvarande även om barnsköterskor/undersköterskor valt att delta. Trots att alla barnmorskor arbetar vid samma klinik och trots avsaknaden av andra personalkategorier anses variationen i erfarenhet och liknande deltagarna emellan skapa tillförlitlighet för studiens resultat. För att klargöra generaliserbarheten i förhållande till andra verksamheter krävs fler liknande studier, men det finns inget som tyder på att dessa barnmorskors upplevelser skulle skilja sig från andras.

Det finns anledning att diskutera författarens förförståelse i ämnet. Personlig erfarenhet av att ha ammat två barn och den kontakt som detta medfört med barnmorskor på BB kan ha lett till förutfattade meningar om hur de upplever sitt arbete. Författaren har även arbetat på en annan avdelning på samma klinik, samt praktiserat några dagar på nämnda avdelning. Vissa av deltagarna är därför kända för författaren sedan tidigare, men inte mycket mer än till namnet. De få personer på avdelningen som författaren hade någon form av närmre personlig kontakt med uteslöts från deltagande. Det finns ändå anledning att befara att det faktum att några av deltagarna kände igen författaren, kombinerat med att de vet att författaren är barnmorskestudent med specialintresse inom området kan ha färgat deras berättelser. För att undvika att författarens förförståelse skulle påverka studien och därmed öka objektiviteten har stor vikt lagts vid att förhålla sig öppen under intervjusituationerna och att låta sig överraskas av det deltagarna berättat. Författaren har, förutom den korta praktikperioden, ingen erfarenhet av att ha arbetat med vård vid amning, varvid det fanns mycket att förvånas över. Det faktum att författaren blev igenkänd av några av deltagarna upplevdes inte inverka

nämnvärt på själva intervjun, men underlättade dock skapandet av en bra atmosfär vid intervjutillfället.

Deltagarinformation skickades ut till kontaktperson på avdelningen i god tid innan intervjuerna genomfördes. Författaren frågade även efter kontaktuppgifter till deltagarna, men det bestämdes i samråd med kontaktpersonen att all kommunikation för tidbokning och liknande skulle gå via henne. Någon kontakt med deltagarna skedde alltså i allmänhet inte före intervjuerna. Deltagarna hade därför ingen större möjlighet att påverka platsen för intervjuerna, som i samtliga fall skedde på avdelningen. Ingen deltagare uppgav dock detta som ett problem. Vid några av intervjuerna var stämningen på avdelningen stressig och vid ett tillfälle fick intervjun skjutas upp till en annan dag på grund av att barnmorskan hade för mycket att göra. Det kan inte uteslutas att barnmorskorna, trots att de inte visade det, kände sig stressade av att befinna sig på sin arbetsplats under intervjun. Det kan inte heller uteslutas att intervjuernas längd påverkades av detta, då även författaren var medveten om att barnmorskorna behövdes i arbetet på avdelningen. Författarens upplevelse är dock att alla uppkomna ämnen diskuterades och att området kändes uttömt när intervjuerna avslutades. I början av varje intervju tillfrågades deltagarna om de läst deltagarinformationen. Enbart två av sex deltagare hade det. Tid avsattes då till att läsa informationen innan intervjun startade och deltagarna fick även de centrala punkterna muntligen upprepade för sig. Därefter erbjöds de tid att ställa frågor. Enbart en av deltagarna hade frågor, vilka handlade om ordval i studiens syfte och om konfidentialitet. I och med att de flesta inte hade läst informationen kände de inte till att de förväntades att i förväg fundera över passande patientfall att illustrera sina upplevelser med. De hade dock inga större svårigheter att erinra sig sådana under intervjuens gång. Inför framtida intervjutillfällen kan det vara av vikt att tydligare insistera på att få ha personlig kontakt med deltagarna innan intervjun, för att försäkra sig om att all viktig information nått fram.

För att ha möjlighet att beskriva innebörder krävs att intervjuerna är innebördsinriktade. I denna studie utfördes därför livsvärldsintervjuer. Denna typ av intervju är bra när målet är att beskriva innebörder av ett fenomen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 187). En öppen inledningsfråga gav deltagaren möjlighet att fritt berätta om sin upplevelse av det undersökta fenomenet. Följdfrågor konstruerades i stunden, som en direkt följd av det deltagaren berättat. På detta sätt gavs det möjlighet för deltagaren att beskriva innebörder av fenomenet på ett friare sätt. När strukturerade frågor används riskerar de att styra deltagaren att enbart prata om vissa delar av fenomenet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 187). Författarens strävan under intervjuerna var att inte ta för givet det som sades utan att hela tiden arbeta med öppenhet och nyfikenhet för att få informanten att berätta mer. Genom att använda öppna frågor lämnades plats för fria associationer från deltagarens sida och större möjligheter skapades för att finna överraskande innebörder opåverkade av författarens förståelse. Detta anses uppfylla kravet på objektivitet.

Författaren har ingen tidigare erfarenhet av att genomföra livsvärldsintervjuer. Teoretisk kunskap i ämnet inhämtades via metodlitteratur och en provintervju godkändes av handledaren innan övriga intervjuer utfördes. Detta för att förbättra kvaliteten på intervjuerna och öka validiteten. Det kan dock inte uteslutas att erfarenhetsbristen lett till att innebörder gått förlorade i intervjusituationen eller under analysfasen. Det är även intressant att fundera över inspelningsutrustningens påverkan på deltagarna. Några av dem kommenterade innan intervjun att de inte var vana vid att spelas in. Under själva intervjun verkade utrustningen inte störa dem, det kan dock inte uteslutas att även denna faktor påverkat resultatet. Det författaren upplevt som svårast under intervjuerna har varit att få deltagarna att fokusera på

sin egen upplevelse av fenomenet och inte på de vårdade kvinnornas upplevelser. Under intervjuerna har frågor väckts kring om barnmorskornas berättelser färgats av deras medvetenhet om hur de "borde" svara.

De forskningsetiska principerna enligt Helsingforsdeklarationen (WMA 2008, ss. 1-4) har uppfyllts i denna studie. Efter varje intervju dröjde sig författaren kvar för att fånga upp eventuella frågor och funderingar som uppstått. Deltagarna uppmanades även att höra av sig om de senare skulle komma på någon fråga. Ingen deltagare har gjort det.

Det faktum att arbetet skrivits av en ensam författare kan ha påverkat resultatet i och med att möjligheten att reflektera och på så sätt lyfta texten har varit begränsad. Försök att minska effekterna av detta har gjorts genom att i analysarbetet lägga stor vikt vid att hela tiden återvända till det ursprungliga materialet. Frågor har ställts till det för att behålla det textnära förhållningssättet och därmed uppfylla kravet på objektivitet. Analysarbetet har också tillåtit ta tid och en öppenhet har eftersträvat genom att varje tanke som uppkommit fångats upp och testats. Under arbetet har många olika kombinationer av kluster provats för att finna de teman som bäst beskriver materialets innebörder. Tät kontakt med handledaren har bidragit till att tillföra nya infallsvinklar och har inneburit en möjlighet till kontinuerlig reflektion.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva *vårdande av nyblivna mammor med amningssvårigheter som det upplevs av barnmorskor på BB*. I resultatet framkommer en önskan att använda sin kunskap till att skapa god och individanpassad vård åt kvinnorna. Ansvar för att lyckas med vårdandet delas med kollegorna, men av olika anledningar vilar det ibland tungt på de egna axlarna. I kampen för att räcka till finns önskan att lyckas men också en risk att misslyckas. En känsla av att ständigt arbeta i motvind ökar risken att misslyckas men den ömsesidiga glädjen när vården lyckas nå fram till ett välbefinnande för kvinnan och hennes familj ger motivation att fortsätta arbeta med nyblivna mammor med amningssvårigheter. Under följande rubriker diskuteras huvudfynden i resultatet i relation till tidigare forskning och förslag lämnas till kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning.

Önskan att lyckas och risk att misslyckas

I studiens resultat framkommer en önskan att lyckas i sitt arbete, vilken grundar sig på att barnmorskorna vill väl. Det finns även en önskan att få känna sig duktig i sitt yrke. Att få lyckas i sitt arbete blir själva motivationen till att vårda. I barnmorskornas beskrivningar av att lyckas framkommer en upplevelse av att deras unika insats varit det som gjort skillnad för amningen. Det finns alltså en tendens att ta åt sig äran för en lyckad amning. Vikten av att se till kvinnans livsvärld framkommer, försök görs att forma vården efter den individuella kvinnan och kvinnans beslut respekteras. Glädjen över att amningen fungerar beskrivs som en delad glädje. Detta stärks genom att tidigare forskning visat att det som får barnmorskor att stanna i yrket bland annat innefattar den glädje de upplever när patienterna blir glada, samt upplevelser av att de i sitt yrke gör nytta (Sullivan, Lock & Homer 2011, s. 333). Föreliggande studie visar att även i förhållande till kollegorna är samarbete och ömsesidighet en röd tråd. När det kommer till resultatet av amningen, om den nyblivna mamman lyckas amma sitt barn eller inte tenderar barnmorskorna dock att plötsligt ändra fokus. Samarbete och gemensamt ansvar gentemot kollegorna och den vårdade kvinnan tycks vika undan för barnmorskans eget personliga ansvar att "fixa amningen". Efter att ha sökt av

forskningsområdet dras slutsatsen att denna tendens att vilja ta åt sig äran verkar relativt ouppmärksam i tidigare forskning. Däremot visar tidigare forskning på en känsla av stolthet över det som presteras i vårdrelationen (Furber & Thomson 2008, s. 291). Att uppleva att amning är något som kan "fixas" av någon utanför mor-barn-enheten kan sättas i relation till Zwedberg och Naeslunds (2010, s. 7) beskrivning av vårdare som tappat den holistiska synen på mor-barn som en helhet, och i stället ser den ena eller båda parterna som objekt. Det kan också kopplas till den upplevelse som nyblivna mödrar har av att vårdare ser dem som maskiner som inte fungerar som de ska (Palmér et al. 2012, s. 5). I denna studie nämns inte mammans och barnets eget ansvar och möjligheter vad gäller amning tydligt. Inte heller uttrycks tydligt att kvinnan är den som bäst vet hur hon och barnet vill ha det, vilket uppenbart står i motsats till livsvärldsperspektivets principer. Detta kan bero på att kvinnans och barnets förmågor och möjligheter är sådana självklarheter för barnmorskorna att de inte anser det nödvändigt att nämna. Det skulle också kunna bero på att viljan att hjälpa hindrar barnmorskorna att se mammornas och barnens egna resurser. Kan önskan att hjälpa leda till att barnmorskan tar för stort ansvar för amningen under vårdtiden, så att mammor och barn när de kommer hem från BB saknar egna resurser för att hantera sin amning? I en studie undersöktes följderna av att erbjuda nyblivna mammor deltagande i ett program för att stärka deras delaktighet. Resultatet visade att när mammor fick verktyg för att själva identifiera och lösa amningssvårigheter – vid behov med stöd av vårdpersonal – minskade mängden amningssvårigheter och amningsfrekvensen ökade (Kang, Choi & Ryu 2008, ss. 21-22). Forskning visar att mammor tycker att det är kränkande när vårdare använder hands-on-teknik (Nelson 2006, s. e18; Palmér et al. 2012, s. 6) och att hud-mot-hudvård är effektivt vid amningssvårigheter både på ett tidigt stadium och senare under amningsperioden (Svensson et al. 2013, s. 12). Forskning tyder alltså på att ett skifte mot mer fokus på mamma och barn som kompetenta att klara sig själva – med stöd – är under uppsegling, eller åtminstone önskvärd. Detta betyder att barnmorskan måste sätta sina egna personliga mål åt sidan.

I önskan att lyckas i sitt arbete finns ständigt risken att misslyckas. När ett misslyckande sker tar barnmorskan på sig skulden för det som hänt. Detta stärks av att forskning visar att barnmorskor redan när de är studenter uttrycker känslor av skuld och skam i förhållande till sitt framtida yrke (Kaya, Aşti, Turan, Karabay & Emir 2012, s. 633). I föreliggande studie verkar skuld-känslorna delvis vara kopplade till att inte vilja se den ammande kvinnan ledsen men också till att inte själv vilja känna sig misslyckad. Här finns en koppling till Erikssons (1994 ss. 57-61) tankar om medlidande som ett sätt att dela den andres upplevelser. Barnmorskan lider med den hon vårdar. I Erikssons forskning bygger dock medlidandet på en vilja att vårda utan tanke på egen vinning. I denna studies resultat är däremot upplevelsen av att lyckas och misslyckas kopplad till den egna personen. Att inte vilja misslyckas tycks vara förknippat med att vilja vara duktig. Det finns en medvetenhet om att många andra faktorer, beroende av kvinnan, barnet, kollegorna, omgivningen och omständigheterna också påverkar amningsutfallet, det verkar dock inte ha någon betydelse när det gäller att känna skuld. Barnmorskorna är beredda att ge allt och emellanåt dränera sig själva på kraft för att göra gott för den vårdade kvinna och för att undvika ett misslyckande. När misslyckandet är ett faktum tas besvikelsen och skulden emellanåt med hem. Parallellt med benägenheten att själv ta på sig skulden verkar det finnas en önskan att skjuta den ifrån sig. Det framkommer i resultatet att barnmorskorna upplever att alla kvinnor inte vill bli hjälpta, att alla kollegor inte kämpar lika mycket för att uppnå en lyckad amning och att organisationen sätter käppar i hjulet för god vård. Denna vilja att slippa ansvar tycks uppkomma när skulden över misslyckandet blir för tung att bära. Känslan av skam framkommer även i Sartres filosofi om "den andres blick". Det finns hos varje människa ett begär efter denna blick, efter att bli sedd och bekräftad av en annan människa. Förhållandet är dock ambivalent då den andres blick inte nödvändigtvis

sätter oss i den dager vi hade önskat. Att se sig själv och sina misslyckanden med andras ögon kan skapa skamkänslor och ha en negativ inverkan på självkänslan (Sartre 1984/1943, ss. 141-222). Det finns anledning att reflektera över om denna känsla av skam kan leda till en så stark rädsla att misslyckas inför den andres blick att barnmorskorna blir rädda för att hjälpa. Alternativt att barnmorskorna känner sig tvingade att hjälpa fast de inte vet hur och inte heller vågar fråga kollegor om hjälp då det finns risk att bli avslöjad som en dålig barnmorska. I föreliggande studie uttryckte inte barnmorskorna att de själva kände på detta sätt, däremot nämnde de en upplevelse av att kollegor ibland drog sig för att ge råd av rädsla för att säga fel saker.

I upplevelsen av att vårda kvinnor med amningssvårigheter finns en känsla av att inte räcka till. Barnmorskorna känner sig ibland som en "fejk" när hon inte lyckas nå fram till den nyblivna mamman. Att ställa höga krav på sig själv att lyckas ge god vård och "lösa" kvinnornas amningssvårigheter passar dåligt med den upplevda känslan av att arbeta i motvind. Att vårda kvinnor med amningssvårigheter idag innebär att möta mer motstånd än tidigare. Barnmorskorna upplever att allt färre mammor har inställningen att de vill kämpa för att få amningen att fungera, något som stöds av amningsstatistiken (Socialstyrelsen 2012, ss. 12-13). I studien framkommer också att de organisatoriska hindren blivit fler med åren, vilket försvårat möjligheten att ge god vård till de nyblivna mammorna. I en svensk studie av Larsson, Aldegarmann och Aarts (2009, ss. 6-8) framkom att det både fanns fördelar och nackdelar med hur barnmorskeyrket utvecklats, men att känslan av att vara begränsad av organisationen var det mest framträdande. Kopplat till föreliggande studies resultat är det rimligt att misstänka att känslor av frustration väcks när barnmorskor med fokus att undvika misslyckande möts av allt sämre förutsättningar att lyckas. I ett längre perspektiv finns risk för sämre hälsa och arbetsglädje för barnmorskorna, vilket i sin tur skulle kunna leda till negativa konsekvenser för de nyblivna mammorna, om barnmorskorna inte förmår ge dem det stöd de är i behov av.

Önskan att dela med sig av sin kunskap

Studiens resultat speglar en önskan att dela med sig av sin – större – kunskap till de nyblivna mammorna. Mellan raderna anas en uppfattning att barnmorskans roll är att ge råd och information och mammans roll är att ta emot. Tidigare studier har visat att trots att det finns förväntningar på barnmorskor att se mammorna som partners i vården och inte enbart som mottagare av vård har detta inte införlivats ordentligt vare sig i riktlinjer eller i praktik (Hunter 2006, ss. 319-320; Freeman & Griew 2007, s. 14). I bevarandet av det gamla synsättet kan skönjas en önskan att visa sin kunskap, att vara duktig, men även en önskan att göra gott för en annan människa. Resultatet visar att barnmorskorna verkar trygga i att deras kunskap gör nytta, bara den tas emot på rätt sätt. I detta kan anas en stolthet över den kunskap och erfarenhet de har. Samtidigt som denna stolthet finns upplevs också en känsla av att ha stora brister i sin kunskap och att inte alltid ha svar på kvinnornas frågor. Det som upplevs saknas är utbildning. Tidigare forskning styrker upplevelsen att vårdpersonal är kunskapsmässigt dåligt rustade att vårda kvinnor med amningssvårigheter (Hellings & Howe 2000, ss. 266-267, 2004, ss. 12-13) och att utbildning gör skillnad (Ekström, Widström & Nissen 2005b, s. 430; Kronborg et al. 2007, s. 286). Både föreliggande studies och tidigare studies resultat visar alltså på en tvetydighet vad gäller barnmorskornas upplevelser av sin egen kunskap. Stolthet och osäkerhet blandas. Att barnmorskorna inte upplever sig fullärda är inte underligt med tanke på att varje vårdrelation är unik. Samtidigt är det inte heller konstigt att med stigande erfarenhet känna en stolthet över sin kunskap. Tidigare forskning har dock visat att erfarenhet inte är detsamma som kunskap. Den praktiska kunskapen tenderar att stiga med ökad erfarenhet, den teoretiska kunskapen hänger dock inte med lika bra (Creedy,

Cantrill & Cookes 2008, s. 9). Detta tyder på att kontinuerlig fortbildning är en viktig faktor för att upprätthålla adekvat nivå på vården vid amningsstarten.

Det kan diskuteras hur en nybliven mamma upplever mötet med en barnmorska som har inställningen att hennes uppgift är att dela med sig av sin kunskap till kvinnan. Tidigare forskning visar att kvinnor inte i första hand önskar att få råd, utan att bli stöttade i att själva bli delaktiga i diskussioner och beslut (Hoddinott & Pill 2000, ss 229-232; Zwedberg 2010, s. 188; Palmér et al. 2012, s. 8).

Inkonsekvent syn på amning

Under intervjuerna kom författaren att fundera över om barnmorskornas egen amningserfarenhet spelar någon roll för den vård de ger. Eftersom detta var utanför syftet ställdes dock inga frågor till barnmorskorna vare sig kring om de ammat eventuella egna barn eller om de trodde att den egna erfarenheten kunde påverka vården. I vissa av intervjuerna framkom detta dock ändå. Under analysfasen uppkom frågan återigen genom citat från intervjuerna. Det framkom funderingar över om den egna amningserfarenheten kunde ha negativ eller positiv påverkan på den vård som gavs. I och med att barnmorskorna inte tillfrågades om amningserfarenhet under intervjuerna finns ingen chans att i denna studie dra några slutsatser om ifall barnmorskors egen amningserfarenhet påverkar den vård de ger, detta är inte heller studiens syfte. Vårdare verkar dock många gånger lita till sin egen personliga erfarenhet av amning, oavsett om den varit bra eller dålig. Tidigare forskning har visat att barnmorskor med dålig amningserfarenhet har sämre kunskap om amningsstarten än de med god erfarenhet (Creedy, Cantrill & Cookes 2008, s. 10). I en studie av australiensiska läkare under slutet av utbildningen framkom att när läkarna själva fått barn och ammat höjdes deras självförtroende att stödja ammande mödrar. I själva verket krävdes det dock att de själva (eller deras partner) hade ammat under lång tid för att de verkligen skulle ha en större kunskap inom området. Läkare med kort amningserfarenhet hade i vissa fall sämre kunskap än kollegorna som inte hade barn (Brodribb, Fallon, Jackson & Hegney 2008, ss. 271-272). Det tycks alltså finnas en fara i att lita till sin egen erfarenhet av amning, oavsett om den är bra eller dålig.

Enligt Merleau-Ponty (2006, ss. 26-30) är vår kropp centrum för vår existens. Det är med hjälp av kroppen vi upplever världen och det är i den vi bär med oss våra upplevelser. Detta skulle kunna innebära att barnmorskor, omedvetet, bär med sig både de positiva och negativa aspekterna av sin amningserfarenhet, vilken oreflektat påverkar den vård de ger. Det skulle kunna vara så att barnmorskor som bär med sig en känsla av misslyckande i relation till sin egen amning in i vården omedvetet blir påmind om sin känsla av misslyckande. Kanske skapar detta obehagskänslor i förhållande till amning, som delvis kan förklara barnmorskors varierande syn på densamma. Att tro att den egna amningserfarenheten bidrar till att bättre förstå hur en annan kvinna känner kan alltså vara problematiskt. Det kan förmodas att även tidigare livs- och arbetslivserfarenhet bärs med i den egna kroppen. Efter att amningstalen sjunkit under hela 1900-talet låg de i början av sjuttioalet på de lägsta nivåerna någonsin. Vården gav råd om reglerad amning, vilket ledde till att kvinnor ammade så sällan att mjölmängden minskade. Amning ansågs som något krångligt och tron på att kunna amma var låg (Kylberg, Westlund & Zwedberg 2009, ss. 9-12). Trots att medvetenheten om amningens fördelar, och amningsregleringens nackdelar vuxit sedan dess är det inte omöjligt att både barnmorskor och nyblivna mammor som växte upp på den tiden bär med sig en omedveten påverkan från perioden då de själva ammade – eller inte ammade. Barnmorskor med lång arbetslivserfarenhet kan även ha varit med om flera svängningar i fråga om vilka råd som getts till ammande kvinnor. I föreliggande studie framkommer att barnmorskorna inte alltid litar till vad kvinnorna säger, utan försöker förstå vad de känner. I detta kan finnas en

problematik då missförstånd lätt kan uppstå om vårdarens amnings- eller arbetslivserfarenhet tillåts påverka uppfattningen, även om avsikten är välment. Upplevelsen av amning är beroende av varje kvinnas unika livsvärld. Liksom ingen kvinna är den andra lik är heller ingen upplevelse av amning den andra lik. Palmér et al. (2012, s. 8) menar att ett sätt att förstå livsvärlden är att dela upplevelsen med kvinnan. En barnmorska som insett detta har kommit långt i att införliva livsvärldsperspektivet i vården. Dahlberg, Todres & Galvin (2009, s. 270) argumenterar för att byta ut den patientcentrerade vården mot en livsvärldscentrerad. På detta sätt kan en djupare förståelse för den vårdade kvinnan uppnås och hon får en viktigare roll i planeringen av vården, som expert på sin egen livsvärld och inte bara en "patient i mängden".

I studiens resultat framkommer att barnmorskorna har olika inställning till amning och sin egen roll som amningsstödjare. Diskuterat i förhållande till Ekströms et al. (2005a, s. 355) tidigare nämnda forskning ses likheter. De olika förhållningssätt till amning som Ekström et al. fann vid sina studier: ett *reglerande* och ett *underlättande* förhållningssätt, samt en syn på mamma och barn som *oförmögna att klara sig själva* och en ren *motvilja* mot amning, påminner om föreliggande studies resultat. Det reglerande förhållningssättet syns tydligt i upplevelsen av att ha mer kunskap om amning än vad kvinnorna har. Däremot ses inte reglering av amning i studiens resultat. En önskan att underlätta för mamma och barn framkommer i föreliggande studie som att lämna plats för de två att själva finna sin väg till en lyckad amning genom exempelvis hud-mot-hudkontakt. Synen på kvinnan och barnet som oförmögna att klara sig själva kan anas bakom känslan av att vara den som tar på sig ansvaret för amningen, vare sig det går bra eller inte. Den rena motviljan mot amning framkommer däremot inte i denna studie, även om barnmorskorna har olika inställning till hur betydelsefull amningen är. Risken med att olika barnmorskor har olika inställning till amning är att det leder till inkonsekvent vård. Att kvinnor världen över upplever att inkonsekvens är ett av de största problemen med den vård de mottar i samband med amningssvårigheter tyder på att barnmorskornas personliga erfarenheter och åsikter inte tyglas i tillräckligt hög grad (Lamontagne, Hamelin & StPierre 2008, s. 8; Zwedberg 2010, s. 74; Palmér et al. 2010a, ss. 5-6, 2012, s. 6).

Att hjälpa den som inte vill bli hjälpt

Att mammornas egen inställning till amning erfars påverka möjligheten att vårda framkommer tydligt i resultatet. Barnmorskorna upplever att kvinnornas inställning märks genom att de visar olika stort intresse för att ta åt sig den information som ges. Inställningen märks oavsett om mamman medvetet visar den eller inte. När en mamma inte tar åt sig de tips och råd som ges tolkas detta alltså ofta som att kvinnan har en låg vilja att amma och egentligen inte vill bli hjälpt. I en turkisk studie av Demirtas (2012, ss. 341-342) framkom att de deltagande kvinnor som hade lägst utbildning var de som i störst utsträckning ammade sina barn inom en halvtimme efter födelsen. Ändå var det de som senare hade störst benägenhet att ge sina barn ersättning. Den anledning de uppgav för detta var att de upplevde att de fått litet, eller inget stöd av barnmorskorna under sin vårdtid. Det är svårt att veta vad som ligger till grund för denna upplevelse. Kanske vårdar barnmorskorna olika grupper av kvinnor på olika sätt. Eller också mottas informationen på olika sätt beroende på hur mycket kunskap kvinnan bär med sig sedan tidigare. Kanske ges information på ett sätt som gör att lågutbildade kvinnor får svårare att ta den till sig? Detta är intressant i relation till barnmorskornas upplevelse av att ointresserade kvinnor egentligen inte önskar bli hjälpta med amningen. Vissa av dessa kvinnor kanske visst vill få hjälp, men har svårt att ta till sig den information som ges. Att då bemöta dessa kvinnor som om de inte vill amma skulle potentiellt kunna ha en negativ inverkan på kvinnornas fortsatta amning.

I resultatet framkommer även att barnmorskorna anser att olika faktorer som kvinnans ålder och under vilket årtionde hon växte upp påverkar hennes inställning till och förutsättningar för att amma. Samtidigt talar barnmorskorna om att vårda utifrån livsvärldsperspektivet, med den unika kvinnan i fokus. Går detta ihop? Finns det risk att kunskap om hur en viss grupp av kvinnor "brukar vara" hindrar från att behålla livsvärlden i fokus? För att uppmärksamma en annan människas livsvärld och nå fram med sin hjälp krävs en förståelse för kvinnans hela situation. För att kunna hjälpa henne måste barnmorskan stanna hos kvinnan och försöka se på situationen med hennes ögon. Detta är att bekräfta kvinnan. Det är bara genom att sträva efter att nå fram till den nyblivna mamman, och genom att lyssna på hennes beskrivning av sin egen livsvärld som genuin vård kan uppnås (Dahlberg & Segesten 2010 ss. 154-156). Att missförstå patienten kan få långtgående följder. En kvinna som önskar amma men som inte får det stöd hon önskar kan påverkas av detta under lång tid framöver. Då den tidiga kontakten mellan mor och barn tros påverka barnets utveckling under senare år bör barnmorskor vara uppmärksamma på vad amningssvårigheter har för påverkan på relationen mellan mor och barn (Palmér et al. 2012, s. 8). Barnmorskor på BB har alltså en viktig uppgift i att försöka nå fram till de nyblivna mammorna och stödja dem att ge sina barn en så bra start som möjligt i livet.

SLUTSATS

Att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter kräver mycket av den som vårdar. Det finns många viljor och omständigheter att ta hänsyn till, då både mamman, barnet och familjen är i fokus. Samtidigt påverkas vården av egna, kollegors och organisationens förutsättningar. Tidigare forskning visar att mammor anser att vården kan förbättras, och denna och andra studier pekar på att barnmorskor upplever hindrande faktorer i sitt arbete. Detta i kombination med en strävan att göra det bästa för varje patient med utgångspunkt från dennes livsvärld, samt höga krav på den egna prestationen skapar en rädsla för misslyckande. Samtidigt är strävan att lyckas själva drivkraften i arbetet. Att glädjas med patienten ger motivation att fortsätta arbeta.

Kliniska implikationer

Föreliggande studie visar att det finns all anledning att i den kliniska vardagen arbeta vidare med utveckling av vården vid amningssvårigheter. Bland annat skulle det upplevda behovet av ökad kunskap kunna mötas genom olika åtgärder för att möjliggöra uppdatering inom området. Barnmorskorna nämner själva att alla som arbetar med vård vid amning borde gå en amningskurs på högskolan för att bättra på sina grundkunskaper. Med tanke på hur lite amningsstudier som ingår i barnmorskeutbildningen låter detta som en rimlig tanke. Även studier på en mer vardaglig nivå skulle kunna vara aktuella, exempelvis i form av att få tid till inläsning av ny forskning. Att ta tillvara kunskapen hos de barnmorskor som redan har specialkunskaper genom att låta dem föreläsa på arbetsplatsträffar skulle kunna vara ytterligare ett led i att få barnmorskorna att känna sig mer uppdaterade. Kanske kan en samstämmig kunskapsgrund i sig leda till att barnmorskornas inställning till amning och rådgivning automatiskt blir mer överensstämmande. För att ytterligare arbeta för att minska inkomsekvens i vården bör samtal och reflektion bli en naturlig del av avdelningens arbete. Reflektion kring egna upplevelser av arbetet, vad vården väcker hos vårdaren och hur riktlinjerna kan bli mer införlivade i det egna arbetet bör ske kontinuerligt. Att utifrån dessa reflektionstillfällen gemensamt utarbeta riktlinjer för hur mammor med amningssvårigheter ska bli bemötta och hjälpta kan ytterligare bidra till att skapa en konsekvent och harmonisk

vård för de nyblivna mammorna. En del i detta arbete skulle kunna vara att ändra fokus från att ge information och råd till att stödja och stärka kvinnorna genom att dela deras erfarenheter. På detta sätt får de nyblivna mammorna de verktyg de behöver för att själva uppmärksamma och åtgärda amningssvårigheter.

Förslag till fortsatt forskning

Det finns en hel del tidigare forskning kring vård vid amning. Barnmorskornas perspektiv har dock till stor del hamnat i skymundan. Därför finns en mängd områden som hade varit intressanta att forska mer kring och många trådar att följa upp för framtida forskare. Förhoppningen är att denna studie ska bidra till att väcka intresse hos andra, på samma sätt som den väckt min nyfikenhet att ta reda på mer. I tidigare forskning har barnmorskors kunskapsnivå i relation till deras personliga amningserfarenhet studerats. Om barnmorskors erfarenhet av att ha ammat egna barn har någon koppling till deras inställning till amning är dock ett outforskat område. Likaså om den vård de ger påverkas av det de bär med sig, exempelvis genom olika stor benägenhet att ge barnen ersättning. Det vore överhuvudtaget intressant att ta reda på vilka orsaker som ligger bakom att vissa barnmorskor tycks vara mer benägna än andra att ge ersättning. Att denna varierande syn på amning finns var något som framkom väldigt tydligt i intervjuerna. Det vore därför även intressant att undersöka hur det påverkar barnmorskornas arbete, samarbetet på avdelningen och den vård som ges när alla barnmorskor inte har samma inställning till hur betydelsefull amningen är. Det finns utifrån resultatdiskussionen även anledning att vidare studera om barnmorskor vårdar olika grupper av kvinnor på olika sätt – exempelvis utifrån uppfattningen att kvinnor i olika åldrar, eller med olika utbildningsgrad, har olika behov. Den tendens att ta åt sig äran som framkom i denna studie vore intressant att studera vidare. Är det en känsla som återkommer i upprepade studier och vad bottnar den i så fall i?

Till slut vill jag tacka de barnmorskor som ställde upp på att bli intervjuade och dela med sig av sina upplevelser. Det är tack vare dem som denna fördjupade inblick i BB-barnmorskans upplevelse av sitt arbete blivit möjlig.

REFERENSER

- Brodrigg, W., Fallon, A., Jackson, C. & Hegney, D. (2008). The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Maternal and Child Nutrition*, (4), ss. 264-274. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2008.00141.x
- Bäckström, C.A., Hertfelt Wahn, E.I. & Ekström, A.C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1186/1746-4358-5-20
- Creedy, D.K., Cantrill, R.M. & Cooke, M. (2008). Assessing midwives' breastfeeding knowledge: properties of the newborn feeding ability questionnaire and breastfeeding initiation practices scale. *International Breastfeeding Journal*, 3(7). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1186/1746-4358-3-7
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine Healthcare and Philosophy*, (12), ss. 265-271. DOI: 10.1007/s11019-008-9174-7
- Demirtas, B. (2012). Breastfeeding support received by Turkish first-time mothers. *International Nursing Review*, (59), ss. 338-344. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.00977.x
- Ekenstam, C. (1993). *Kroppens idéhistoria: disciplinering och karaktärsdaning i Sverige 1700-1950*. Diss., Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Göteborgs Universitet. Hedemora: Gidlunds Bokförlag.
- Ekström, A., Widström, A-M. & Nissen, E. (2005a). Breastfeeding attitudes among counselling health professionals: development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian Journal of Public Health*, (33), ss. 353-359.
- Ekström, A., Matthiesen, A-S., Widström, A-M. & Nissen, E. (2005b). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, (33), ss. 424-431.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

- Freeman, L.M. & Griew, K. (2007). Enhancing the midwife-woman relationship through shared decision making and clinical guidelines. *Women and Birth*, (20), ss. 11-15.
- Furber, C. & Thomson, A. (2007). Midwives in the UK: an exploratory study of providing newborn feeding support for postpartum mothers in the hospital. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 52(2), ss. 142-147.
- Furber, C.M. & Thomson, A.M. (2008). The emotions of integrating breastfeeding knowledge into practice for English midwives: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, (45), ss. 286-297.
- Förenta Nationerna (FN) (1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter* (artikel 24). http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn_891120.pdf [2013-07-05].
- Hellings, P. & Howe, C. (2000). Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse-midwives. *Journal of midwifery and Women's health*, 45(3), ss. 264-270.
- Hellings, P. & Howe, C. (2004). Breastfeeding knowledge and practice of Pediatric Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(18), ss. 8-14.
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2010). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child, care, health and development*, 37(5), ss.744-753. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x
- Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A-C. (2011). What is could indeed be better: Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27, ss. 737-744.
- Hoddinott, P. & Pill, R. (2000). A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *Health Expectations*, 3(4), ss. 224-233.
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen* (§ 2, 2a & 2c). Stockholm: Sveriges Riksdag. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ [2013-07-05].
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, (22), ss. 308-322.
- Häggkvist, A-P., Brantsæter, A.L., Grjibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M. & Haugen, M. (2010). Prevalence of breastfeeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breastfeeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), ss. 2076-2086. DOI: 10.1017/S1368980010001771

- Kang, J.S., Choi, S.Y. & Ryu, E.J. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), ss. 14-23
- Kaya, N., Aşti, T., Turan, N., Karabay, B. & Emir, E. (2012). The feelings of guilt and shame experienced by Nursing and Midwifery students. *Nurse Education Today*, 32(6), ss. 630-635. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.08.011
- Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J. & Harder, I. (2007). Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *European Journal of Health*, 18(3), ss. 283-288.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 2. uppl., Thousand Oaks, Kalifornien: SAGE Publications.
- Kvist, L.J., Wilde Larsson, B. & Hall-Lord, M-L. (2006). A grounded theory study of Swedish women's experiences of inflammatory symptoms of the breast during breast feeding. *Midwifery*, (22), ss. 137-146.
- Kylberg, E., Westlund, A.M. & Zwedberg, S. (2009). *Amning idag*. Stockholm: Gothia förlag.
- Laantera, S., Pölkki, T. & Pietilä, A-M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counseling. *International Journal of Nursing Practice*, (17), ss. 72-84. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01909.x
- Lamontagne, C., Hamelin, A-M. & St-Pierre, M. (2008). The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 3(17). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1186/1746-4358-3-17
- Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), ss. 373-381.
- McInnes, R.J. & Chambers, J.A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), ss. 407-427. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x
- Merleau-Ponty, M. (2006). *Kroppens fenomenologi*. Göterborg: Daidalos.
- Nelson, A.M. (2006). A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), ss. e13- e20.
- Nelson, A.M. (2007). Maternal- newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), ss. 29-38.
- Nilsson, K. (2012). Hur har det kunnat gå så snett? *Jordemodern*, (3), ss. 4-9.

- Nommsen-Rivers, L. (2004). Early breastfeeding difficulties: incidence and risk factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), ss. 101-102.
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M. & Nyström, M. (2010a). Breastfeeding: an existential challenge – women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5:5397. Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.3402/qhw.v5i3.5397.
- Palmér, L. (2010b). Stöd vid amning. I Berg, M. & Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 205-219.
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M. & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: existential lostness as a mother: women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7:10846. Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.3402/qhw.v7i0.10846.
- Renfrew, M.J., McCormick, F.M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *The Cochrane Library*, 5, ss. 1-204. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4
- Sartre, J-P. (1984/1943). *Varat och intet: I urval*. Göteborg: Korpen.
- Sharkey, K., Savulescu, J., Aranda, S. & Schofield, P. (2010). Clinician gate-keeping in clinical research is not ethically defensible: an analysis. *Journal of Medical Ethics*, (36), ss. 363-366. DOI: 10.1136/jme.2009.031716
- Smillie, C.M., Hetzel Campbell, S.H. & Iwinski, S. (2005). Hyperlactation: how left-brained "rules" for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 5(1), ss. 49-58.
- Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf [2013-07-05].
- Socialstyrelsen (2008). *Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning (SOSFS 2008:33)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-33/Documents/2008_33.pdf [2013-07-05].
- Socialstyrelsen (2012). *Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18809/2012-8-13.pdf> [2013-06-18].
- Sullivan, K., Lock, L. & Homer, C.S.E. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27(3), ss. 331-335. DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.007

- Svensson, K.E., Velandia, M.I., Matthiesen, A-S.T., Welles-Nyström, B. & Widström, A-M.E. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeeding Journal*, 8(1). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1186/1746-4358-8-1.
- Tennant, R., Wallace, L.M. & Law, S. (2006). Barriers to breastfeeding: a qualitative study of the views of health professionals and lay counselors. *Community Practitioner*, 79(5), ss. 152-156.
- UNICEF (2005). *Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding*. http://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html [2013-07-03].
- Weimers, L., Svensson, K., Dumas, L., Navér, L. & Wahlberg, V. (2006). Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *International Breastfeeding Journal*, 1(20). Tillgänglig: PubMed.
- World Health Organization (WHO) (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneve: WHO. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf [2013-07-05].
- World Health Organization (WHO) (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation*. Geneve: WHO. http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf [2013-06-19].
- World Health Organization (WHO) & UNICEF (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneve: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf> [2013-07-03].
- World Health Organization (WHO) & UNICEF (2009). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care*. Geneve: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf [2013-07-05].
- World Medical Association (WMA) (2008). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects (Helsingforsdeklarationen)*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> [2013-08-08].
- Zwedberg, S. (2010). *Ville Amma!: En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär: deras upplevelser, problemlösning samt amningskonsultativa möten*. Diss., Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet. Stockholm: Univ.
- Zwedberg, S. & Naeslund, L. (2010). Different attitudes during breastfeeding consultations when infant formula was given: a phenomenographic approach. *International Breastfeeding Journal*, 6(1). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1186/1746-4358-6-1.



2013-06-12

Förfrågan till vårdenhetschef om godkännande av datainsamling.

Hej!

Jag är en sjuksköterska som studerar till barnmorska vid Högskolan i Borås. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats om 15 hp i ett ämne inom ramen för barnmorskans yrkesområde. Syftet med min magisteruppsats är att beskriva vårdares upplevelser av att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter.

Tidigare studier av kvinnors upplevelser av att påbörja amning på sjukhus handlar till stor del om deras erfarenhet av den vård och det stöd de fått. I dessa studier framkommer att vårdarna de träffat och deras förhållningssätt har stor betydelse för kvinnornas upplevelser av sin amningsstart och för hur länge de sedan fortsätter att amma. Forskning kring vårdares upplevelser av fenomenet är väldigt begränsad. För att utveckla vården så att den främjar amningsstarten behövs också kunskap från vårdarnas perspektiv och jag önskar därför belysa detta i min magisteruppsats.

För att kunna genomföra studien önskar jag intervjua cirka 6 vårdare med varierande erfarenhet, om deras upplevelser av att ge vård till nyblivna mammor med amningssvårigheter. Deltagarna kan vara både barnmorskor och övrig personal som i sitt dagliga arbete vårdar kvinnor med denna problematik. Deltagarna kommer att få både muntlig och skriftlig information om vad det innebär för dem att delta. Intervjuerna planeras att äga rum från och med augusti månad, på arbetsplatsen eller annan plats som deltagaren själv bestämmer, och beräknas ta ca 30-60 minuter i anspråk. Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas av ordagrant för att sedan analyseras. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt och förvaras så att ingen obehörig får tillträde till det. Deltagarna kan närsomhelst dra sig ur studien utan att uppge orsak.

Jag hoppas att Du ser värdet av studien och vill ge Ditt medgivande till att vårdare på Din avdelning tillfrågas om deltagande i studien.

Tack på förhand!

Ida Gustafson
Leg. sjuksköterska
s060016@student.hb.se
XXX-XXXXXXX

Handledare:
Lina Palmér
Leg. Barnmorska, doktorand och adjunkt
Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
lina.palmer@hb.se
XXXX-XXXXXX



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Förfrågan och information om deltagande i intervjustudie

Hej!

Jag är en sjuksköterska som studerar till barnmorska vid Högskolan i Borås. I höst kommer jag att skriva min magisteruppsats med syfte att studera vårdares upplevelser av att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter. Tidigare forskning har belyst vårdares stora betydelse för amningens uppstart, men studierna har till största delen fokuserat på de nyblivna mammornas upplevelser. Vårdarnas syn på vården av kvinnor med amningssvårigheter har inte varit föremål för lika mycket forskning.

Studien kommer att bygga på intervjuer. Plats för intervjun får deltagaren själv bestämma, exempelvis på arbetsplatsen eller i hemmet. Intervjuerna tar cirka 30-60 minuter och kommer att spelas in för att underlätta transkribering och analys. Banden kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt dem. Identiteter kommer inte på något sätt att röjas, deltagarna är garanterade konfidentialitet. Resultatet kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Högskolan i Borås.

Deltagande i studien är helt frivilligt och man kan när som helst dra sig ur utan att uppge orsak. Om Du är intresserad av att delta, meddela X eller Y, som i sin tur meddelar mig.

Det är bra om Du innan intervjun funderar lite över hur Du upplever att det är att vårda kvinnor med amningssvårigheter, genom att välja ut ett tillfälle då Du upplever att kvinnan blev stärkt genom den vård Du gav och ett tillfälle då Du upplever att så *inte* blev fallet. Detta för att illustrera Dina upplevelser.

Tack på förhand!
Med vänlig hälsning
Ida Gustafsson

Vid frågor och funderingar kontakta mig på:

Mail: s060016@student.hb.se
Mobil: XXX-XX XX XXX

Handledare:
Lina Palmér (doktorand och adjunkt)
Mail: lina.palmer@hb.se
Mobil: XXXX-XX XX XX



Samtyckesblankett

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i intervjustudien om vårdares upplevelser av att vårda nyblivna mammor med amningssvårigheter.

Jag har fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och genomförande och fått svar på de frågor jag haft. Jag samtycker till att delta i studien och vet att jag när som helst har rätt att dra mig ur utan att uppge orsak. Om jag väljer att avbryta mitt deltagande kommer ingen information som jag lämnat att användas i studien. Jag är medveten om att intervjuerna kommer att spelas in och att all data som insamlas till studien kommer att hanteras konfidentiellt.

Ort och datum: _____

Namn-teckning deltagare: _____

Namn-förtydligande: _____

Namn-teckning forskare: _____

Namn-förtydligande: _____



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Intervjuguide:

BAKGRUND:

- Ålder?
- Antal år som barnmorska?
- På BB?
- Specialutbildning inom amning?
- Arbetar på vilken/vilka del/ar av BB?

HUVUDFRÅGOR:

1: Skulle du vilja berätta för mig, så detaljerat som möjligt, hur du upplever att det är att vårda kvinnor med amningssvårigheter?

*Ev. 2: a) Skulle du kunna berätta för mig om ett tillfälle då du gav amningsstöd till en kvinna med amningssvårigheter och upplevde att du lyckades stödja och stärka kvinnan/familjen?
b) Kan du berätta för mig om ett tillfälle då du gav amningsstöd till en kvinna med amningssvårigheter och inte upplevde att du lyckades stödja och stärka kvinnan/familjen?*

EXEMPEL PÅ FÖLJDFRÅGOR:

Hur kände du då?

Hur upplevde du det?

Hur menar du då?

Kan du berätta mer om...?

När du säger att...

Vad var annorlunda i denna situation jämfört med när du lyckades stärka?

Vad kan det ha berott på?

AVSLUTNING:

Nu har vi pratat om... är det något mer du vill tillägga? Kan jag få kontakta dig igen om jag behöver? Kontaktppgifter...

