

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP

VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2009:1

Barnmorskans upplevelse av sin stödjande roll i
samband med den första amningen

Elisabet Blidberg

Maria Livf



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Barnmorskans upplevelse av sin stödjande roll i samband med den första amningen

Författare: Elisabet Blidberg
Maria Livf

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng

Handledare: Margareta Mollberg Bihandledare: Lina Palmer

Examinator: Helen Elden

Sammanfattning

Under första vakenhetsperioden efter förlossningen visar de flesta nyfödda barn tecken på att vilja amma och ska då få möjlighet till det. Amning har en lugnande effekt och den underlättar anknytningen mellan mor och barn. Barn som ammas under denna period ammas i större utsträckning fyra månader efter förlossning än barn som inte ammats. Vid förlossning är barnets behov av värme, närhet och mat primära för barnets fortsatta utveckling och välbefinnande. Om det nyfödda barnet får stanna hos sin mamma finns inga hinder för barnmorskan att stödja det nyfödda barnets kompetens och medverka till en lyckad första amning. För att stödet skall bli optimalt behövs både god kunskap och en positiv attityd till amning hos barnmorskan. Syftet med studien är att beskriva förlösande barnmorskors upplevelse av deras stödjande roll i samband med den första amningen. Sex barnmorskor intervjuades och materialet tolkades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet

visar att barnmorskor upplever krav från både kollegor och patienter på att den första amningen skall fungera,. De känner att kvinnorna behöver dem och att de kan bidra mycket genom sin kunskap och genom att vara närvarande. Vidare ser barnmorskan sig som en assistent till kvinnan, vars uppgift är att hjälpa till att skapa förutsättningar för en lyckad första amning.

Nyckelord: amning, barnmorskan, upplevelse, postpartum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Inledning</i>	1
<i>Bakgrund</i>	1
Historisk utveckling av amningsvården	1
Smärtlindring under förlossning	4
Amningsfysiologi	6
Nyfödda barns kompetens	6
Anknytningsteorin	7
Vårdrelation	9
Barnmorskans ansvar i vårdrelationen	9
Kvinnans kunskap om amning	11
<i>Problemformulering, frågeställning och syfte</i>	12
<i>Metod</i>	13
Ansats	13
Datainsamling	14
Inklusionskriterier	14
Genomförande	16
Analys	16
Trovärdighet	17
Etiska överväganden	17
<i>Resultat</i>	19
Upplevda krav	20
En kunskapskälla	22
Se kvinnans behov	23
Vara närvarande	23
<i>Diskussion</i>	26
Metoddiskussion	26
Resultatdiskussion	29
Praktiska implikationer	34
Förslag till vidare forskning	34
Slutsatser	35
<i>Referenslista:</i>	36
<i>Bilagor</i>	
Tio steg till en lyckad amning	bilaga 1

Intervjuguide

Till berörd vårdenhetschef

Exempel från analysprocessen

bilaga 2

bilaga 3

bilaga 4

Inledning

Under den första vakenhetsperioden efter förlossningen visar de flesta nyfödda barn tecken på att de vill amma och barnen ska då få möjlighet att suga på bröstet. Förutom att amning har en lugnande effekt för både mor och barn underlättar en tidig och nära mor-barn relation anknytningen mellan kvinnan och barnet (Dabrowski, 2007, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Nissen & Uvnäs-Moberg, 2001). Barn som får amma, under första vakenhetsperioden, ammas i större utsträckning fyra månader efter förlossning än barn som inte fått denna möjlighet (Nakao, Moji, Honda & Oishi, 2008)

Forskning som finns inom området fokuserar mest på amningen i sig. Det finns saknas forskning som kartlagt hur och om barnmorskan stödjer barnet när det visar tecken på att vilja amma perioden efter förlossningen. Tidigare studier visar att det inte enbart räcker med god kunskap utan att det även krävs en positiv attityd till amning hos barnmorskan för att stödet ska bli optimalt (Ekström, Matthiesen & Nissen, 2005a).

Om det finns faktorer som kan påverka barnmorskans stödjande roll, kan ökad kunskap inom detta område öka möjligheten för barnet att få amma inom den första vakenhetsperioden, vilket ökar möjligheten till en lyckad första amning.

Med utgångspunkt i ovanstående är det viktigt att studera vilken roll barnmorskan upplever sig ha i samband med den första amningen.

Bakgrund

Historisk utveckling av amningsvården

Det nyfödda barnets möjlighet till överlevnad var länge till stor del beroende av amning, vilket är barnets naturliga sätt att få mat. Kunskap runt amning har gått genom generationer, från kvinna till kvinna, och i de stora familjerna fanns förr alltid någon kvinna som ammade. Människor levde förr närmare djur och natur

och amning sågs som en självklar del av livet. Under 1700-talet uppkom pediatriken som en egen medicinsk vetenskap med fokus på barnets kroppsliga funktioner. Denna utveckling av synen på barnet trängde så småningom undan den självklarhet som fanns i amning (Svensson & Nordgren, 2002). Mot slutet av 1800-talet ansågs det vara en del i uppfostran att barnet fick vänja sig vid att ammas på bestämda tider. Genom detta ansågs barnen lära sig att lyda, att vara tålmodiga och att inte vara allt för krävande. Då vetenskapen på denna tid var på frammarsch fick de nya principerna även medicinska förklaringar. Det innebar att barnets matsmältningssystem ansågs må bäst av regelbundenhet och att det omogna nervsystemet avlastades om barnet fick ligga ifred största delen av dygnet. Detta sätt att se på amning som uppfostringsprincip drevs främst av barnläkarna. (Ohrlander, 1987; Svensson & Nordgren, 2002).

På 1930-talet började kvinnor att föda barn på sjukhus och amningsreglerna blev rutin redan från början då mamma och barn skiljdes åt strax efter förlossningen. Det betydde att mamman inte kunde se sitt barn mellan amningarna, vilket skedde med regelbundet intervall och förväntades ta omkring 20 minuter. Barnsköterskor bar in barnet till mamman för att ammas men barnen vårdades övrig tid på en barnsal. Enligt rådande norm ansågs de flesta barnen klara sig med fem måltider per dag. Det förde med sig att med få och korta amningstillfällen fick många mammor svårt att upprätthålla mjölkproduktionen och flertalet av dem tvingades ge barnet någon form av bröstmjölksersättning. Allt detta tillsammans gjorde att stor del av den naturliga amningskunskapen hamnade i skymundan hos både allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonal (Svensson & Nordgren, 2002). Amningsfrekvensen sjönk stadigt i Sverige och i början av 1970-talet ammade färre än tio procent av barnen vid sex månaders ålder (Socialstyrelsen, 2007).

Under början av 1970-talet kom den "gröna vågen". Denna innebar bland annat att föräldrarna i större utsträckning ville ge sina barn den mest naturliga kosten och dessutom på ett naturligt sätt. Kunskapen runt att kunna tillfredsställa barnets individuella behov med bland annat amning i fokus började alltmer

efterfrågas. Under den här tiden bildades i Sverige den ideella organisationen Amningshjälpen, bestående av kvinnor som själva upplevt hur svårt det var att amma med de strikta förhållningsorderna. Personal på barnbördsavdelning (BB) och inom barnhälsovården var till en början kritiska och menade att det fanns brister i kunskaperna hos medlemmarna i Amningshjälpen eftersom dessa inte var medicinskt utbildade. Ammande mammor vände sig dock gärna till Amningshjälpen vid problem och behov av stöd. Under 1980-talet skedde en förändring i sättet att se på amning. Kvinnor i allmänhet ifrågasatte nu i allt högre grad de strikta regler som var rådande när det gällde spädbarnsvården och rutinerna på BB började så sakteliga förändras. Företeelsen "rooming-in", där barnet får vara hos sin mamma hela tiden, infördes alltmer. Faktumet att det enbart var personalen, ej kvinnan själv, som lade barnet till bröstet vid den första amningen och att den första amningen ibland kunde dröja ett dygn var också sådant som ifrågasattes. Pappan fick en mer betonad roll och kunde vara hos sitt barn och mamman även utöver besökstiden (Svensson & Nordgren, 2002).

Efter den stora ökningen i användning av bröstmjölk ersättning och ifrågasättandet av denna rutin kom Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond United Nations International Childrens Emergency Found (UNICEF) ut med riktlinjerna i "Den internationella barnmatskoden". I den finns riktlinjer för hur amning ska skyddas, stödjas och främjas inom sjukvården (WHO, 1981). År 1990 tog WHO och UNICEF fram Innocentiedeklarationen som Sverige och flera andra länder därefter antagit. Deklarationen behandlar frågan hur amningen ska skyddas, stödjas och främjas av samhället. Innocentiedeklarationen säger att alla kvinnor ska få möjlighet att helamma sitt barn i fyra till sex månader, att amning bör betraktas som det normala och att stödja amning innebär att använda policys och att det finns krav på att kvalitetssäkra vårdkedjan bestående av mödravårdscentral (MVC)-BB-barnavårdscentral (BVC) (WHO & UNICEF, 1990). Till följd av detta startade UNICEF och WHO en kampanj för amningsvänliga sjukhus där arbetet riktades mot vårdrutiner och utbildning, information och attityder om amning där även

BB- och förlossningsvården fick uppmärksamhet. Socialstyrelsen i Sverige tog fram en handlingsplan för deltagandet i denna kampanj. Målet var att alla BB-kliniker i Sverige skulle arbeta efter "Tio steg till en lyckad amning" (bilaga 1). Denna innefattar bl.a. att det skall finnas en nedtecknad amningsstrategi, att alla kvinnor ska informeras om fördelar med amning och hur den upprätthålls. Den ska även inkludera rutiner för när mor och barn tvingas vara åtskilda. Ett exempel är när barnet vårdas på neonatalavdelning och mor är på BB. De svenska riktlinjerna utgår från WHO:s och UNICEF:s modell, vilket innebär att alla mammor ska få möjlighet att amma under barnets första vakenhetsperiod. Den svenska modellen anser att denna period sträcker sig till de två första timmarna efter förlossningen medan WHO och UNICEF anser att den första amningen ska ske inom 30 minuter efter förlossningen (Socialdepartementet, 1993).

Smärtlindring under förlossning

År 1975 togs ett riksdagsbeslut som gav alla kvinnor i Sverige rätt till olika former av smärtlindring under vid förlossningen. Efterfrågan på framförallt epiduralbedövning (EDA) har sedan 1990-talet ökat, sannolikt till följd av att metoden utvecklats till att tillåta kvinnan vara uppegående i större utsträckning än tidigare. Enligt Socialstyrelsens statistik för år 2006 användes EDA som smärtlindring vid vaginalförlossning vid nästan 46 % av alla förlossningar i Sverige (Socialstyrelsen 2008). Ransjö-Arvidson, Matthiesen, Lilja, Nissen, Widström och Uvnäs-Moberg (2001) och Torvaldsen, Roberts, Simpson, Thompson och Ellwood (2006) har beskrivit samband mellan olika typer av smärtlindring kontra möjlig påverkan på det nyfödda barnet och dess förmåga att amma. Resultat från dessa studier har medfört att t ex. läkemedel som Pethidin inte längre används som smärtlindring till kvinnor i förlossningsarbete. Orsaken till det är att läkemedlet har biverkningar som bland annat leder till att barnets naturliga amningsreflexer störs på ett negativt sätt. Ransjö-Arvidson et al. (2001) har även sett liknande störningar hos de nyfödda vars mödrar använt

EDA som smärtlindring i samband med förlossningen. Barnen har, jämfört med de barn vars mödrar ej använt sig av någon form av smärtlindring under förlossningen, svårare att orientera sig och att vara livliga vid bröstet. Även rootingreflexen blir negativt påverkad. Rootingreflexen innebär ett mönster som de flesta barn följer börjar en stund efter förlossningen med att barnet knyter sina händer och trevar runt lite. Emellanåt för barnet sin hand till munnen. Så småningom lyfter det på huvudet lite och vrider det åt sidorna, ju mer barnet vrider på huvudet desto större gapar det, s.k. rootingreflex. Barnen (n=28) i denna studie var fullgångna, friska och hade minst åtta poäng enligt kriterierna i Apgarscore. Det är viktigt att aktuell kunskap om läkemedels olika påverkan på det nyfödda barnet finns hos barnmorskan eftersom det är dennes ansvar att med relevanta åtgärder stödja den nyblivna mamman inför och under den första amningen (Ransjö-Arvidson et al., 2001; Torvaldsen et al., 2006).

Torvaldsen et al. (2006) har i en studie jämfört hur amning påverkas utifrån användande av EDA eller ej under förlossningsarbetet. Graviditeterna (n=1280) var fullgångna enkelbördsgraviteter. Vid jämförelser mellan de födande kvinnorna har de som använt EDA under förlossningen ammat sina barn i mindre utsträckning helt under den första veckan efter förlossningen än de kvinnor som inte använt EDA. Fler av de kvinnor som använt EDA var också benägna att avsluta amningen inom 6 månader efter förlossningen. Resultatet innebär att kvinnor som använt EDA som bedövning under förlossningsarbetet bör betraktas utifrån risken för att ha en kortare amningsperiod (räknad i veckor från förlossningen) och därför bör relevant amningsstöd ges till dessa kvinnor redan från början och sedan följas upp under de följande månaderna (Torvaldsen et al., 2006). Ransjö-Arvidson et al. (2001) har även studerat det nyfödda barnets sökbeteende i relation till smärtlindring som givits under förlossningen. Resultaten visar att hos barnen (n=28) var sökbeteendet mindre frekvent hos de barn vars mödrar använt lustgas eller EDA som smärtlindring än hos de barn som ej exponerats för dessa former av smärtlindring. (Ransjö-Arvidson et al., 2001).

Amningsfysiologi

Prolaktin är det mjölkbildande hormonet och utan prolaktin finns ingen mjölkproduktion. Trots den höga prolaktinnivån under graviditeten sker ingen större mjölkbildning då detta förhindras av höga nivåer av östrogen och progesteron från placenta. När placenta avgår sjunker emellertid östrogen och progesteronhalten snabbt men prolaktininsöndringen är fortsatt hög. (Grennert, 2004; Matthiesen., Ransjö-Arvidson, Nissen & Uvnäs-Moberg, 2001). Nivån av prolaktin stiger sedan när alveolerna börjar tömmas på mjölk och är som högst ca 45 min efter urmjolkningstillfället. Detta innebär att ju tätare amningstillfällen ju högre nivå av prolaktin och då även ökad mjölkproduktion. Om bröstet av någon anledning inte töms kommer nivån av prolaktin efter cirka en vecka att återgå till samma nivå som innan graviditeten. Oxytocin är det hormon som styr utdrivningsreflexen och gör att mjölken rinner till. När barnet suger på bröstvårtan, eller vid annan stimulering av bröstvårtan som exempelvis vid handmjölkning, stiger oxytocinnivån i mammans blod och stimulerar då utdrivningen av mjölk. Den höga nivån ligger kvar under tiden bröstvårtan stimuleras och sjunker igen när stimuleringen avslutas. Oro, spänning, trötthet och smärta kan göra att utdrivningsreflexen störs, då adrenalin och noradrenalin blockerar oxytocinet och på så vis även utdrivningen. I förlängningen kan detta även ge minskad mjölkproduktion (Hedberg-Nyqvist, 2001).

Nyfödda barns kompetens

Ett nyfött barn kan även uppleva intryck med alla sinnesorgan och också samspela med sin omgivning. Kleberg (2001) menar att detta är en kunskap som funnits intuitivt hos mödrar genom alla tider (Kleberg, 2001). Mamman och barnet kan ses som en biologisk enhet med ömsesidighet och där ett instinktivt beteende och en medfödd fysiologisk mekanism påskyndar både känslomässiga och kroppsliga funktioner. Det är ännu inte helt kartlagt vad som leder ett nyfött barn till mammans bröst men Winberg (2005) menar att det sannolikt är doften från mammans bröst som leder det barnet dit (Winberg, 2005). Barnet har ett, i viss utsträckning, förutsägbart beteende i sitt kravlande

mot mammans bröst. För att barnet ska kunna använda sig av detta beteende krävs att det nyfödda barnet läggs hud mot hud på mammans bröstorg direkt efter förlossningen. Vidare att inte barnet störs under tiden som det är på väg mot mammans bröst. Dessa förutsättningar leder oftast till att barnet på egen hand hittar till mammans bröst och börjar suga på bröstvårtan. Rootingreflexen hjälper barnet att få ett stort och ett ordentligt tag om mammans bröst. Barnet gör även försök till krypande rörelser, det ger ljud i från sig och letar alltmer efter bröstet. Till slut kommer barnet fram till mammans bröst helt på egen hand och tar ett ordentligt tag om bröstet och börjar suga på vårtan (Svensson & Nordgren, 2002).

Anknytningsteorin

Om det nyfödda barnet placeras hud mot hud hos modern omedelbart efter förlossningen hjälper det barnet att reglera sin kroppstemperatur, reducera smärtupplevelse vid bland annat stick (provtagning) och ger en förberedande start inför den första amningen. Den nära kontakten som placeringen hud mot hud ger gör också att ett samspel mellan mor och barn omedelbart kan ta sin början. Mammans engagemang i barnet under denna period är ett naturligt steg i moderskapet (Dabrowski, 2007). Enligt Matthiesen et al. (2001) har hormonet oxytocin en viktig roll, inte bara när det gäller amningen, utan även när det gäller anknytningen mellan mamma och barn. Under den första timmen efter förlossningen kan en signifikant topp av oxytocinnivå mätas och denna frisättning kan sättas i samband med den naturliga mor-barn anknytningen (Matthiesen et al., 2001). Denna anknytningsteori stärks i studien av Widström, Wahlberg, Matthiesen, Winberg och Uvnäs-Moberg (1990). I den påvisas att när barnet ligger hud mot hud med mamman och på något vis berör bröstvårtan under den första levnadstimmen påverkas tiden som mamman har barnet hos sig under BB-tiden. De mammor som har haft en tidig hud mot hud kontakt med sitt barn har det hos sig i genomsnitt 100 minuter längre per dag än jämfört med mammor som ej haft den första nära hudkontakten med barnet (Widström, Ransjö-Arvidson, Christensson, Matthiesen, Winberg, & Uvnäs-Moberg, 1990).

Blivande föräldrarna bör få information om fördelarna med tidig hud mot hud kontakt redan under föräldrautbildningen. För att den givna informationen efter förlossningen ska leda till ett positivt resultat krävs att personalen inom hälso- och sjukvården hjälper föräldrarna utifrån forskning och beprövade metoder (Dabrowski, 2007).

Enligt Righard och Alade (1990) kan tidig separation mellan mor och barn riskera följas av både kortare tid vid bröstet vid varje amningstillfälle och på längre sikt en kortare amningsperiod. För att främja amningen bör barnet placeras naket på mammans bröst så snart det är möjligt och inte störas av t ex vägning innan den första amningen är uppnådd (Alberts, 1994; Righard & Alade, 1990; Widström, 1990). Barnmorskans stödjande roll vid den första amningen bör ta hänsyn till och bygga på den grundkunskap kvinnan har om amning. Information ges både verbalt och visuellt med syftet att resultatet ska bli en lyckad första amning, där barnet suger och där mamman och barnet ges möjlighet att knyta an till varandra. Bra exempel på pedagogiska hjälpmedel är att använda en docka och en bröstprototyp eller att barnmorskan med rörelser visar framför sin egen kropp. Det är viktigt att barnmorskor är lyhörda och att de genom mötet och kommunikationen med kvinnan ser och förstår hennes individuella behov av stöd. Weimers, Svensson, Dumas, Navér och Wahlberg (2006) påpekar fortsättningsvis att ett icke önskvärt handlande från barnmorskans sida är när hon handgripligen tar tag i kvinnans bröst och med ett grepp runt barnets huvud för barn och bröst samman. Många gånger kan ett sådant agerande störa det aktuella amningsförsöket och även påverka den totala amningsperioden (totalt antal ammande månader) hos kvinnan (Weimers et al., 2006). Minchin (1989) framhåller vikten av att barnet placeras i en bra position vid bröstet, dvs. barnets näsa i höjd med bröstvårtan. Det är också viktigt att mor och barn ges en möjlighet att utveckla samhörighet med varandra för att en lyckad amning ska uppnås (Minchin, 1989).

Vårdrelation

Relationen mellan vårdare och patient är central inom vårdvetenskap och finns omnämnt i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982). Denna lag är avsedd att leda hälso- och sjukvårdspersonalens arbete och beskriver hur en god vård ska genomföras. En god vård ska innefatta respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och personal samt utformas och genomföras i möjligaste mån i samråd med patienten (SFS 1982). I en naturligt vårdande relation människor emellan är relationen oreflekterad och bygger på en personlig förståelse utifrån egna erfarenheter och upplevelser. I en professionell vårdrelation finns krav på vårdaren att förhållningssättet bygger på reflektion och en vetenskaplig grund. Trots att en vårdrelation är en ömsesidig förbindelse mellan vårdare och patient som bl.a. förutsätter tillit, kan vårdaren aldrig kräva någonting tillbaka från patienten. Ansvar för vårdrelationen ligger alltid hos vårdaren och i en god vårdrelation uppmärksammas patientens lidande och välbefinnande som något unikt. En relation kan vara både vårdande och ickevårdande, bra eller dålig och det finns flera faktorer som kan hindra en god vårdrelation att utvecklas. Dessa faktorer kan finnas hos både vårdare och patient och kan t. ex bestå av brist på tid, osäkerhet, oförmåga och rädsla. Målet med en god vårdrelation är att vårdaren ska skapa en relation som innebär lindring samt främjande av hälsa och välbefinnande för patienten (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg 2003).

Barnmorskans ansvar i vårdrelationen

Sen 1989 finns direktiv som talar om hur professionell personal ska skydda, främja och stödja amning (WHO & UNICEF 1989). Enligt Ekström et al (2005a) är enbart kunskap om amning i sig inte tillräckligt när det gäller att ge stöd och information som leder till en positiv amningssituation. Det krävs även att barnmorskan har en positiv attityd till amning för att stödet ska bli optimalt. Brist på kunskap eller en negativ attityd till amning hos barnmorskan resulterar i en felaktig och motstridig information och detta kan även leda till i att

amningsperioderna blir avkortade (Ekström et al., 2005a). Hedberg-Nyqvist och Kylberg (2000) nämner också att en av anledningarna till att kvinnor har en kortare amningsperiod kan vara att de anser sig fått motstridig och inkonsekvent information samt bristande professionellt stöd av bland annat barnmorskor när de sökt hjälp (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2000). Ekström, Widström och Nissen (2005b) menar också att mycket av den information som kvinnor får om amning från professionell personal är motsägelsefull och gör kvinnorna osäkra. Ekström et al gjorde år 2005 en utvärdering av om barnmorskors attityder kunde förändras genom utbildning och i så fall hur. Resultatet visar att den grupp barnmorskor som hade den största och mest positiva förändringen när det gällde attityder till amning var de barnmorskor som arbetar postnatalet (efter förlossningen). Detta förklaras med att barnmorskorna har kontakten med mor och barn i den situationen som berör den första amningen och tiden direkt efter den. Barnmorskor som arbetar antenatalt (före förlossningen) arbetar förebyggande med bl.a. föräldra- och amningsutbildning och träffar kvinnorna enbart innan den faktiska amningssituationen har uppstått. Sammantaget visar resultaten att utbildning som handlade om amningsstöd gav en mer positiv attityd hos de barnmorskor som deltog i studien (Ekström et al., 2005b).

Enligt Hedberg, Nyqvist och Kylberg (2000) söker många kvinnor stöd och information gällande amning hos sina närstående kvinnor men även hos professionell personal. Möjligheten till adekvat och positiv information är ofta avgörande för amningsprocessens fortskridande. De flesta blivande mödrar deltar i föräldrautbildning som arrangeras av mödrahälsovården. I dessa utbildningar läggs stor vikt vid att förmedla kunskap om amning. Personal som arbetar med amning bör få särskild utbildning inom området och de blivande mödrarna bör få amningsutbildning tidigt i graviditeten (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2000).

Kvinnans kunskap om amning

Kvinnans första möte med den vårdande professionen har stor betydelse för hur vårdrelationen kommer att utvecklas. I mötet bör kvinnan bemötas med respekt utifrån sin tidigare kunskap, uppfattning och erfarenhet. Bergman, Larsson, Lomberg, Möller, Mårild (1993); Ekström, Widström, Nissen (2003); Gill (2001); Swanson och Power (2005) synliggör flera faktorer som påverkar kvinnans val när det gäller amning. Dessa faktorer kan t.ex. vara sociala, kulturella, ekonomiska och psykologiska. Attityden hos den enskilda kvinnan är inte bara är personlig utan även påverkad av omgivningens inställning till amning. Pappans och andra närståendes inställning till amning har visat sig vara av stor betydelse och det är inget oväntat resultat att kvinnans attityd i hög grad styrs av dessa sociala faktorer. En positiv attityd till amning hos kvinnans mamma har visat sig ge en längre total amningsperiod. Det är därför viktigt att barnmorskan har kunskap om dessa faktorer när amningsinformation ges, så att den är relevant till kvinnans situation och på så vis underlättar amning (Bergman, et al., 1993; Ekström, et al., 2003; Gill, 2001; Swanson & Power, 2005). Swanson och Power (2005) beskriver skillnader i amningsfrekvens relaterat till social tillhörighet. Kvinnor från lägre socialgrupper flaskmatar i högre utsträckning sina barn än vad kvinnor från högre socialgrupper gör. Barnmorskor på mödrahälsovården har här en viktig roll när det gäller att skapa positiva attityder till amning hos dessa kvinnor redan tidigt i graviditeten (Swanson & Power, 2005). Stöd och information tidigt i graviditeten och upp till fem veckor efter förlossning ger en ökad amningsfrekvens. Kronborg och Vaeth (2004) påpekar även de att det är viktig att barnmorskan undersöker och tar hänsyn till omständigheter som kan påverka längden på den totala amningsperioden (Kronborg & Vaeth 2004).

En faktor som lyfts fram och som, enligt Hedberg-Nyqvist och Kylberg (2000) har negativ inverkan på kvinnans amning, är rökning (Hedberg-Nyqvist & Kylberg, 2000). Rökande kvinnor har svårare att komma igång med amningen efter förlossningen och de har även en tendens att avsluta sin totala amningsperiod tidigare. Diskussion förs om anledningen till detta och en orsak

tros vara att barnet har en ökad oro och irritation på grund av nikotinabstinens. Detta kan leda till att mamman känner en ökad olust och oförmåga inför amningen och ser flaskmatning som ett bättre alternativ. En annan anledning till den kortare amningsperioden kan vara att amningssvårigheter uppkommer på grund av rökningen i kombination med andra faktorer. Det är angeläget att identifiera de rökande kvinnorna på mödravårdscentraler för att kunna ge adekvat stöd då de är överrepresenterade bland dem som ej lyckas så bra med amningen (Berg, 1990; Ekström, Widström & Nissen, 2002).

Om kvinnan väljer att inte amma eller avbryter amningen tidigare än det från början var planerat kan en känsla av misslyckande uppstå hos henne. Detta i sin tur kan leda till att kvinnan börjar ifrågasätta sin förmåga som förälder (Gill, 2000). Subjektiv upplevelse av amning, både negativ och positiv, kan inverka när kvinnor ger andra kvinnor råd och information om amning. Detta kan gälla både vid kommunikation med både närstående och vänner eller i egenskap av vårdpersonal. Amningsinformation grundad på subjektiva upplevelser kan innebära att den informerade kvinnan känner respektlöshet eller press inför sin egen amningssituation. Det är därför viktigt att amningsinformation fås av en person med en professionell attityd till amning (Svensson & Nordgren, 2002).

Problemformulering, frågeställning och syfte

När barnet fötts via normal vaginal förlossning är behovet av värme, närhet och mat primära behov för anknytning och fortsatt utveckling och välbefinnande. Detta innebär bl. a. att det är viktigt att barnet inte separeras från sin mor. Det finns vid en normal vaginal förlossning inte några hinder för barnmorskan att under de första timmarna efter förlossningen stödja det nyfödda barnets kompetens och medverka till att den första amningen blir lyckad. Tidigare forskning inom området visar dessutom att förutom att amning har en lugnande effekt för både mor och barn har en tidig och nära mor-barn relation underlättat och påskyndat anknytningen mellan kvinnan och barnet. Forskning visar även att barn som fått amma när de visat tecken, under första vakenhetsperioden,

ammor i större utsträckning fyra månader efter förlossning än barn som inte fått denna möjlighet. WHO påpekar genom Innocentiedeklarationen att alla kvinnor ska ges möjlighet att helamma sitt barn i fyra-sex månader och att amning bör betraktas som det normala sättet att ge barnet mat. Eftersom barnmorskan har inverkan på den första amningen är det viktigt att studera hur barnmorskan upplever sin roll i samband med detta.

Syftet med studien är att beskriva förlösande barnmorskors upplevelse av sin stödjande roll i samband med den första amningen, till mammor som genomgått normal förlossning och som vill amma sitt barn.

Metod

Ansats

I studien har en kvalitativ metod använts. Detta ansågs vara lämpligt då undersökarna ville få en djupare kunskap och förståelse för barnmorskornas upplevelser av den stödjande rollen. Den kvalitativa metoden blev då i form av semistrukturerade intervjuer eftersom deltagarna på så vis kan berätta och beskriva sin upplevelse av situationen med egna ord (Holloway & Wheeler 1996). Vidare har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts, vilket betyder att analysen utförs förutsättningslöst. Kvalitativ innehållsanalys innebär att stora mängder text kan brytas ner till ett antal kategorier som representerar innehållet. Fokus ligger på tolkning av texten och denna tolkning kan ske på olika nivåer. Om forskaren fokuserar på att arbeta textnära på det som visar sig och beskriver det som direkt uttrycks i materialet blir resultatet relativt fritt från tolkningar och benämns manifest analys. I första hand är det då inte det bakomliggande fenomenet som söks. Fokuserar forskaren i stället på att söka den djupare innebörden i datan och gör en egen tolkning blir analysen latent. Flera tolkningar är möjliga beroende på vem som tolkar men kan vara giltiga trots att de är olika (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Datainsamling

En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2) utformades av undersökarna. Intervjuguiden inleddes med en öppen fråga som tillät deltagarna att fritt berätta om sin upplevelse av sin roll vid den första amningen, vidare fanns tre frågeområden som fokuserade på studiens syfte. Dessa frågeområden var: upplevelse av kunskap, upplevelse av det praktiska utförandet och upplevelse av stöd till kvinnan. Intervjuguiden bör enligt Trost (1997) vara ganska kort och enbart ta upp stora delområden. Med hjälp av intervjuguiden kunde undersökarna förvissa sig om att samma typ av data samlades in från samtliga deltagare och att alla frågeområden täcktes under intervjuerna. I semistrukturerade intervjuer behöver inte ordningsföljden på frågorna vara densamma vid alla intervjuer utan bestäms av den process som fortgår och av de svar som uppkommer (Holloway & Wheeler 1996, Trost 1997). Intervjuguiden kan även uppfattas som ett psykologiskt stöd för den osäkra intervjuaren (Dahlberg 1997).

Inklusionskriterier

Studiens population bestod av yrkesverksamma barnmorskor på en förlossningsavdelning på mellanstort sjukhus i södra Sverige. Enligt Holloway och Wheeler (1996) ska urvalet ha vissa tydliga gemensamma egenskaper. Urvalskriterierna för denna studie bestämdes till: legitimerade barnmorskor som vid tidpunkten för studien arbetade som förlösande barnmorskor på förlossningsavdelning. Vårdenhetschefen på aktuell förlossningsavdelning fick en skriftlig förfrågan (bilaga 3) där syftet med studien framgick och där önskan om att få intervjua förlösande barnmorskor framkom. Denna önskan vidarebefordrades sedan till en "amningsintresserad" barnmorska som i sin tur gick ut med en muntlig förfrågan till barnmorskorna på förlossningsavdelningen. Vid tillfälle då barnmorska som ville delta i intervju var i tjänst och beläggningen på avdelningen tillät, kontaktades författarna och intervjuerna hölls. Barnmorskorna fick vid intervjutillfället ytterligare muntlig information om syftet med studien, vad det innebar för dem att delta, att deltagande var frivilligt och att deras berättelser kommer att behandlas konfidentiellt.

Vid normal vaginal förlossning jämfört med kejsarsnitt skiljer sig barnmorskans handläggning vid den första amningen. I denna uppsats menas då den amning som eftersträvas under barnets första vakenhetsperiod, inom två timmar efter födseln. Vid kejsarsnitt finns inte samma förutsättningar för den första amningen, då rutiner och praktisk hantering av situationen inte alltid möjliggör amning inom två timmar. Med hänsyn till denna skillnad kommer studien att undersöka barnmorskans stödjande roll vid den första amningen i samband med normal vaginal förlossning. Begreppet normal kan som Socialstyrelsen (2001) påpekar variera över både tid och mellan kulturer. Om normal förlossning skulle vara liktydig med naturlig förlossning skulle mindre än tio procent av dagens förlossningar ses som normala, dvs. utan medicinsk teknik som fosterövervakning och smärtlindring. Socialstyrelsen har valt att definiera normal förlossning som:

- enkelbörd
- graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6 veckor
- inga riskfaktorer som vid förlossningens start tros kunna påverka förlopp eller utfall
- värkarbete som startar spontant
- komplikationsfritt förlopp från värkarbetets start till moderkakan framfötts
- spontan huvudbudning
- mamman och barnet mår bra efter förlossningen

(Socialstyrelsen, 2001)

Enligt Medicinska födelseregistret (MFR) skedde under år 2006 över 103 000 förlossningar i Sverige. Av dessa förlöstes nästan 18 % genom kejsarsnitt och andelen instrumentella förlossningar som avslutades med sugklocka eller tång var nästan tio procent. Detta innebär att runt 70 % av alla förlossningar i Sverige var vaginalförlossningar (Socialstyrelsen, 2008).

Genomförande

Platsen för intervjuerna var dels en läkarexpedition och dels ett väntrum, båda belägna på förlossningsavdelningen. På båda dessa platser kunde intervjuerna pågå helt ostört. Trost (1997) påpekar att miljön ska vara så ostörd som möjligt och att deltagaren ska känna sig trygg i miljön (Trost 1997). Intervjuerna tog i genomsnitt 40 minuter att genomföra. Utöver denna tid tillkom tid både före och efter intervjun. I tiden ingick att skapa kontakt och barnmorskorna skulle få möjlighet att ställa frågor samt varva ner. Samtliga deltagare gav vid intervjutillfället sitt medgivande till att intervjuerna bandinspelades. Fördelen med att använda bandspelare var att alla ord, uttryck och betoningar kom med, undersökarna kunde lyssna till tonfall och ordval upprepade gånger efteråt. Intervjuerna kunde på detta sätt skrivas ut och det gick att läsa vad som ordagrant hade sagts under intervjuerna. Intervjuerna kunde då koncentrera sig på vad den intervjuade berättade och på det sättet anpassa frågorna bättre. Deltagarna i intervjun kan dock uppleva bandspelaren som hämmande (Holloway & Wheeler 1996; Trost 1997). Författarna genomförde tre intervjuer var.

Analys

I studien analyserades intervjuerna utifrån Lundman och Hällgren-Graneheim's (2008) olika steg. Exempel från analysprocessen återfinns i bilaga 4. Den kvalitativa innehållsanalysens kärna kännetecknas av att skapa kategorier och en kategori är en grupp innehåll som är relaterade till varandra. Det uppenbara innehållet presenteras ofta i kategorier. Det första steget i kvalitativ innehållsanalys är enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) att skriva ut intervjumaterialet till text och sedan läsa igenom intervjuerna flera gånger för att få en helhet av texten. I nästa steg läggs fokus på det uppenbara innehållet i texten och domäner som kan förklaras som en grov struktur bildas. Därefter tas meningsbärande enheter ut ur intervjutexten. Följande steg, kondenseringen, innebär en process som gör texten kortare men utan att väsentligt innehåll försvinner och det centrala innehållet ska bevaras. Innehållet i de kondenserade

texterna abstraheras och förses vidare med koder. Abstrahering innebär att lyfta texten till en högre logisk nivå, en kod kan ses som en etikett på en meningsbärande enhet som beskriver innehållet. Vidare skapas kategorier av de koder som har samma innehåll (Lundman & Hällgren-Graneheim 2008).

Trovärdighet

I en kvalitativ studie talas det om begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet i stället för validitet, reliabilitet och generaliserbarhet som används vid kvantitativa studier. Giltighet anses finnas om fynden av en kvalitativ studie representerar verkligheten. Detta kan verifieras bl. a. med hjälp av validering av experter inom området. Även valet av deltagare har betydelse för giltigheten, där en grupp med variationer är önskvärd då kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva just detta. Således är en noggrann beskrivning av urval och analys en väg att ge läsaren en möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet. Ett annat sätt är att presentera källcitat från intervjuerna. Noggrannhet vid beskrivning av analysarbetet är också viktigt för att stärka tillförlitligheten. Vidare bedöms också överförbarheten, i vilken utsträckning som studien kan överföras till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren-Graneheim 2008).

Etiska överväganden

Vid forskning måste hänsyn tas till deltagarnas integritet och värdighet så att dessa inte kränks. Det är inte bara i samband med datainsamlingen hänsyn ska tas utan även vid första kontakten, vid själva intervjuerna och vid förvaring av materialet (Trost 1997). Utgångspunkten i det etiska resonemanget över studien har varit de fyra grundläggande etiska principerna; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (MFR 2001).

Autonomiprincipen innebär att var och en ska respektera andras förmåga och rätt till självbestämmande och integritet, att människor har förmåga att självständigt ta ställning till information om handlingsalternativ (MFR 2001). I

denna studie garanterades konfidentialitet för barnmorskorna, det är viktigt att vid bandinspelade intervjuer förstöra banden när de tjänat ut sitt syfte. Ingen information ska kunna spåras till någon individ som ingår i studien. Barnmorskorna kan däremot inte ges anonymitet eftersom de är kända för vårdenhetschefen på avdelningen och för undersökarna. Hänsyn till autonomiprincipen togs då deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att orsak behövde anges. Alla deltagare har full förmåga till självbestämmande. Både självbestämmande och integritet har på detta sätt tillgodosetts.

Godhetsprincipen och principen att inte skada innebär att var och en ska sträva efter att göra gott och förebygga eller förhindra skada och att andra inte bör utsättas för skada eller risk för skada (MFR 2001). Olika människor kan uppleva skada och obehag mycket olika. Det är därför viktigt att individerna får fullständigt klart för sig vad det innebär att delta i studien. Det i sin tur ställer höga krav på den information som ges. I denna studie innebar detta att den förfrågan som via vårdenhetschefen gick ut innehöll sådan information som var begriplig och tillräcklig för barnmorskorna. På detta sätt minimerades risken för skada eller obehag. Meningen med studien var att få fram kunskaper som sedan kan förbättra omvårdnaden kring nyförlösta kvinnor och det strävades alltså efter något gott, vilket var förenligt med godhetsprincipen och icke-skada principen. Då resultatet styrktes med citat ändrades utmärkande talspråk och uttryck för att inte förlöjliga eller göra deltagaren igenkännbar (Trost 1997).

Rättvisseprincipen innebär att alla personer bör behandlas lika om det inte finns några etiskt relevanta skillnader mellan dem och att skillnader i behandling måste kunna rättfärdigas med hänvisning till den eller dessa etiskt relevanta skillnader mellan de berörda (MFR 2001). Urvalet av deltagare har skett på ett etiskt godtagbart sätt, dvs. de personer som uppfyllde urvalskriterierna hade samma möjlighet att bli utvalda. Vid den etiska analysen är det viktigt att försöka klargöra vilka de berörda parterna eller intressenterna är, vilka

konsekvenser olika alternativ medför och sedan värdera dessa konsekvenser med tanke på olika principer (MFR 2001).

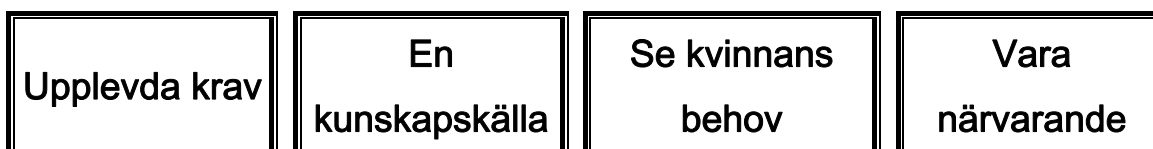
Resultat

De barnmorskor som intervjuades var alla kvinnor och beskrivs i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av intervjupersonerna.

Ålder	Examen sedan när?	Arbetad tid i förlossningsvården?	Erfarenhet av BB-vård?
38 år	3 ½ år	2 år	ja
44 år	2 månader	2 månader	nej
61 år	25 år	17 år	Ja
60 år	35 år	31 år	ja
31 år	2 månader	2 månader	nej
39 år	15 år	8 år	ja

Följande fyra kategorier har framkommit ur intervjuerna.



Figur 1. Översikt av kategorier.

Resultatet visar att barnmorskor upplever krav från både kollegor och nyblivna mammor över att den första amningen ska fungera. De upplever sig ha god kunskap om den första amningen och strävar efter att skapa bra förutsättningar för mamman och barnet. Barnmorskorna i studien menar att det är av stor vikt att se till kvinnans egna förutsättningar och erfarenheter hon har för att sedan utifrån detta utforma sitt stöd. Barnmorskan upplever sin roll som något av en ställföreträdare för barnet där denne ska förtydliga och informera om barnets

signaler och hjälpa föräldrarna att tolka dessa.

Upplevda krav

Barnmorskor är medvetna om kollegornas attityd till amning och det känns viktigt för dem att arbeta utifrån samma grundläggande principer. Egen personlig och positiv erfarenhet av amning hos barnmorskan sägs ge annat stöd till kvinnan än det stöd som den barnmorska ger som själv inte har en egen positiv amningserfarenhet. En barnmorska uttrycker det så här.

"... man ser igenom lite vad barnmorskan har för inställning..." (3)

Barnmorskorna försöker ge varandra stöd och ber om hjälp när de egna insatserna inte räcker till. En barnmorska med många års yrkeserfarenhet kan dock uppleva att det är svårt att be om hjälp när det gäller t ex amning. Det förväntas av henne att förfoga över så mycket kunskap om amning att det i vissa frågor inte behövs stöd av kollegor. Det uttrycks av några barnmorskor i följande citat.

"... då ber jag alltid om hjälp, om inte jag får dom att suga och man tycker att mamman blir frustrerad, då ber jag nån mer erfaren... det känns som om att... med tretti års erfarenhet, det är klart att det..." (6)

En annan barnmorska uttrycker det som:

"... jag ser om det är nån som har jobbat länge, nån som jobbat väldigt länge och då kan man ta in nån som ger lite extra tricks..." (5)

Det finns ett visst mått på uttalat krav gentemot andra kollegor att förlösande barnmorska ska ha uppnått amning hos kvinnan inom två timmar efter förlossningen. Det är också underförstått att barnmorskan helst inte ska lämna över arbetsuppgifter rörande amning. Detta gör att en känsla av frustration kan

uppkomma vid de tillfällen amning inte uppnåtts inom den förväntade och önskade tidsramen. Det uttrycks av en barnmorska som:

"... de flesta barnen suger i alla fall... innan vi skickar upp dem på BB..." (6)

Samma barnmorska säger även:

"... det är ju ingen som har nåt emot det eller så, men..." (6)

Ett annat uttalade är:

"Det är ju mycket så att man vill ju gärna lämna upp det färdigt till BB, det att barnet har sugit och så..." (3)

En tredje barnmorska uttrycker det som:

"... man kan känna sig lite frustrerad..." (5)

Barnmorskan kan även uppleva krav från kvinnan när det gäller hur amningen önskas genomföras. Det är vanligt att de gravida kvinnorna har med sig nedskrivna önskemål till förlossningen, bl. a. angående amningen. Dessa önskemål tar barnmorskan hänsyn till i den utsträckning det är möjligt utifrån den aktuella situationen. Amning är ett område som barnmorskor lyfter fram som ett viktigt område oavsett var kvinnan befinner sig i vårdkedjan. De amningsresultat som uppnås rapporteras, dokumenteras och följs upp noga. Barnmorskan upplever genom sin profession således krav på positiva amningsresultat, både från sig själva och från kollegor samt från patienter. Det uttrycks som:

"... det känns ju lite sådär... ånej det här barnet har inte sugit... inte så att man känner som ett nederlag, men man kan ju känna att... man rapporterar ju väldigt noga till BB och skriver det väldigt noga i journalen så att... man är ju väldigt uppmärksam på det..." (5)

En kunskapskälla

Barnmorskans roll är till viss del rent praktisk och det anses vara viktigt att hjälpa kvinnan till att skapa förutsättningar för amning, både sig själv och det nyfödda barnet. Det innebär inte alltid att enbart placera barnet i ett precist och rätt läge framför bröstet, utan snarare behövs hjälp med att skapa förutsättningar för amning genom att skapa en bra ställning (sittande eller liggande) för den nyblivna mamman. Kunskap, både praktisk och teoretisk, lyfts vid flera tillfällen i intervjuerna fram som något betydelsefullt och barnmorskorna känner själva att de har goda möjligheter att förmedla sina kunskaper till kvinnorna. Barnmorskorna tycker sig besitta goda kunskaper men anser också att kunskapen hela tiden bör uppdateras via utbildning. De "tio stegen för en lyckad amning" nämns som något barnmorskan har att följa. Vid flera tillfällen påtalas olika vidareutbildningar som något som höjer kunskapen om amning. De barnmorskor som har gått utbildningar inom amningsområdet anses ge positiv inverkan på de barnmorskor som inte har vidareutbildat sig, vilket i sig medfört att fler och fler barnmorskor på arbetsplatsen fått bättre kunskap om amning. En strävan efter vetenskapligt förankrad kunskap i amning anses som något som ingår som en del i professionen. Barnmorskor är medvetna om att kunskap och lyhördhet tar lång tid att förvärva. Det benämns som:

"... de som har gått utbildningen har en mer positiv syn på amning..." (3)

Detta kan även uttryckas som:

"... jag vill veta vad som är sant och rätt så att jag kan stå upp för min åsikt och hur jag handlar..." (3)

En annan barnmorska säger att:

"... kunskap kan vi ha om amning, om fysiologin, vi kan ju hur allt fungerar. Men den här själva riktiga lyhördheten för kvinnan och hur känsligt det kan vara med amning och bröst, det tog många år för mig att riktigt förstå det..." (2)

Se kvinnans behov

Barnmorskorna i studien menar att det är av stor vikt att se till kvinnans egna förutsättningar och erfarenheter hon har för att sedan utifrån detta utforma sitt stöd. Det är viktigt för barnmorskan att ta reda på hur kvinnan vill ha det och hur hon upplever sin situation. Barnmorskorna i studien försöker att vara tillmötesgående och se till kvinnans egna önskemål, de upplever det även viktigt att vara följsamma och försöka se till kvinnans bakgrund, egenskaper och de omständigheter som hon lever i. Barnmorskorna tycker att det handlar om att få kvinnan att känna att amning är naturligt och att kvinnan behärskar det. Barnmorskan väljer ofta att hålla sig lite i bakgrunden tills kvinnan signalerar att hon vill ha hjälp. De vill att kvinnan själv ska söka hjälpen och har en stor tilltro till kvinnans egen förmåga. Barnmorskorna har uppfattningen att kvinnorna inte alltid har den kunskap om amning som skulle önskas, även om de är medvetna om att kvinnorna får viss amningsutbildning genom mödrahälsovården och sin barnmorska där. Barnmorskan ser sig även in i en beskyddande roll som visar sig genom att barnmorskan håller inne med sin egen åsikt för att inte skada kvinna. Det kan handla om tillfällen när barnmorskan kanske tvivlar på situationen men väljer att inte säga något om det till mamman. En barnmorska uttrycker det så här:

"... det gäller att hitta kvinnan där hon är känner jag..." (1)

Samma barnmorska säger även:

"... man måste kunna tala med bönder på bönders vis..." (1)

En annan barnmorska uttrycker det som:

"... även om man undrar ... hur ska det här gå ... så kan man ju inte säga så... det mesta går ju att lösa..." (6).

Vara närvarande

Barnmorskans roll är till viss del rent praktisk och de anser att det är viktigt att hjälpa kvinna att skapa förutsättningar för både sig själv och det nyfödda barnet

genom att t.ex. se till att barnet ligger i en bra position. Handlingarna är inte enbart praktiska utan deras uppgift är också att skapa lugn och ro för kvinnan och barnet. Barnmorskan ser här sin roll som betydande eftersom mamman ofta är tagen efter förlossningen och även kan ha ont. Barnmorskorna i studien uttrycker att de först avvaktar och studerar kvinnan och barnet för att ge dem möjligheten att bekanta sig med varandra. Dessa moment som barnmorskorna ger inför och under amningssituationen är grundläggande. Det handlar om placering av barnet, komfortabelt läge för kvinnan och basal information såsom att barnet bör ammas inom två timmar och hur barnets själv söker sig till bröstet.

En barnmorska säger:

"... då brukar jag bara se till att hon har det bekvämt..." (1)

En annan säger det som:

"... man får ju hjälpa kanske kvinnan, ..., att hon får en ställning så att barnet har möjlighet å liksom få till det, ..., ger mer tips..." (5)

Blir det så att den första amningen inte kommer igång av någon anledning, ger barnmorskan mer specifika råd och praktiska åtgärder. Vid dessa tillfällen vill barnmorskan först ge information om hur hon kommer att handla så att kvinnan får möjlighet att anpassa sig till situationen eller säga ifrån. Barnmorskan är observant på hur intresserat barnet är och tycker att det är viktigt att inte forcera något utan vill se vilka signaler barnet ger. Barnmorskan upplever sin roll som något av en ställföreträdare för barnet där denne ska förtydliga och informera om barnets signaler och hjälpa föräldrarna att tolka dessa. Barnmorskan ser sig även som underordnad barnet i den bemärkelsen att barnets väg mot bröstet inte på något sätt bör störas. Hud-mot-hud kontakten prioriteras i första hand. Barnmorskan ser som sin uppgift att skapa förutsättningar och ge kunskap till kvinnan så att kvinnan själv får möjlighet att lära känna sitt barn och barnets signaler och beteende. Denne ser sig således som en slags assistent som ska

förmedla detta på ett sätt så att föräldrarna förstår och sedan själva kan tolka dessa signaler.

En barnmorska benämner det som:

"... att ge henne information och kunskap om vilka signaler barnet har, hur barnet betar sig vid bröstet och göra henne medveten om den kunskapen så att hon själv kan se signalerna från barnet..." (2)

Detta uttrycks även som:

"... vi ska ge information, information om hur det ska kännas att det ska vara, ..., men det är hon själv som ska känna hur det är..." (2)

En annan barnmorska uttrycker det som:

"... jag försöker att bara finnas i jämte och inte vara där med mina händer..." (3)

I intervjuerna uttrycker barnmorskorna att de upplever det viktigt att bekräfta kvinnan och att de känner att kvinnorna blir tryggare av denna bekräftelse.

En barnmorska säger:

"... de blir glada när man visar dem hur barnet gör, typ att "titta, han letar ju redan". Som bekräftelse på att de ser att det händer något men de kan inte riktigt sätta ord på det..." (4)

För att kunna bekräfta kvinnans agerande och stötta henne positivt måste barnmorskan finnas till hands och vara tillgänglig. Det finns ett behov av att barnmorskan ser otydligheter och osäkra moment så snabbt som möjligt för att kunna försöka undvika en mindre lyckad första amning. Barnmorskorna upplever att de flesta kvinnorna vill ha barnmorskan nära och att de är ett stöd bara genom att finnas till hands. Många gånger behöver inte detta stöd bestå av handgripliga insatser. Barnmorskan upplever att kvinnorna tycker att det känns

bra om barnmorskan är kvar hos dem en stund och detta även om kvinnan tidigare har ammat utan problem.

En barnmorska säger:

"... man liksom stannar mer och tittar och ser så att det känns bra för henne..."
(5)

Har barnmorska varit med och följt kvinnan på vägen genom förlossningsarbetet kan det kännas enklare för denne att också informera och ge råd inför den första amningen. Samspel mellan kvinnan och barnmorskan underlättar för barnmorskan att tidigt se eventuella faktorer som kan komma att påverka amningen. Barnmorskan ser som sin uppgift att förstå kvinnan och vara hennes assistent som behövs för att vägleda och informera på bästa sätt. Genom att barnmorskan arbetar nära kvinnan ger hon både sig själv och kvinnan en möjlighet att säkerställa den första amningen. En barnmorska uttrycker det som:

"... ofta är man inne i en process med kvinnan..." (2)

Diskussion

Metoddiskussion

Undersökarnas intresse fokuserades på att försöka få en förståelse för hur barnmorskor upplever sin roll i denna situation. Ett lämpligt sätt är då att, som i denna studie, göra semistrukturerade intervjuer vilka ger deltagaren möjlighet att själv sätta ord på sin upplevelse (Holloway & Wheeler, 1996). Valet av kvalitativ innehållsanalys torde också vara lämpligt när intervjuarna inte är så förtrogna med vare sig intervjuteknik eller tolkning av texterna. Genom att innehållsanalys användes som metod har inte tonvikten lagts på tolkningen av något fenomen eftersom det kunde ha krävt en större erfarenhet av forskning och studier på högre nivå. Det viktiga i denna studie har varit att beskriva det

konkreta innehållet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Ett annat alternativ skulle ha varit en kvantitativ metod och datainsamling med hjälp av en enkät. I den kunde frågorna ha varit utformad som graderad skala där barnmorskorna hade markerat sina upplevelser., En sådan design av studie skulle troligen ge mer ytliga svar än vad som fås genom intervjuer. Fördelen med kvalitativ metod är att deltagarnas egna upplevelser och åsikter kommer fram.

Intervjuguiden började med en öppen inledande fråga och barnmorskorna fick sen berätta fritt. Den inledande frågan följdes sedan av tre frågeområden som skulle täckas in under varje intervju. Intervjuguiden är kort, och tar på samma sätt som Trost (1997) påpekar, endast upp stora frågeområden (Trost, 1997). Intervjuguiden var till viss utsträckning ett stöd för undersökarna i den ovana intervjusituationen, ett stöd som kunde användas om intervjun på något sätt tycktes avstanna. Samtidigt kunde undersökarna även känna sig styrda av denna trots att den endast tar upp stora frågeområden. Holloway och Wheeler (1996) menar att intervjuaren efterhand blir mer van vid intervjusituationen och att intervjuerna efterhand blir lättare att genomföra. Undersökarna håller till viss del med Holloway och Wheeler (1996) då känslan av nervositet inför intervjuerna efterhand minskade. Samtidigt har undersökarna en känsla av att inte bli riktigt varma i kläderna då tiden mellan intervjuerna kunde bli lång (Holloway & Wheeler, 1996). Trost (1997) påpekar att det är viktigt att miljön där intervjuerna äger rum är ostörd och att det är en miljö där deltagaren känner sig trygg (Trost, 1997). Intervjuerna ägde rum på förlossningsavdelningens läkarexpedition eller väntrum och ingen av intervjuerna blev avbrutna eller på annat sätt störda. Detta borde kunna ses som en miljö där deltagaren känner sig trygg eftersom detta är dennes ordinarie arbetsplats. Frågan kan dock ställas om intervjuerna kunde ha genomförts på en mer neutral plats och om intervjuerna varit än mer avspända i så fall. Det hade möjligen dels kunnat leda till mer djupgående intervjuer och dels kunnat ge ett resultat som möjliggjort en annan tolkning av insamlat materiel. Då intervjuerna ändå genomfördes helt utan störningar och i lugn och ro anser undersökarna det som en mindre risk.

Barnmorskorna önskade helst att genomföra intervjuerna på arbetstid eller i anslutning till den. Eftersom det skulle koordineras med deras arbetsbelastning och undersökarnas tillgänglighet var det svårt att få deltagare till studien. Undersökarna planerade att intervjua sex till åtta barnmorskor och slutligen intervjuades sex stycken. De sex barnmorskorna representerar olika åldrar och har varierande lång erfarenhet av förlossningsvård. Detta innebär att också individuella skillnader ger ett nyanserat och varierat resultat.

När förfrågan gjorts till berörd vårdenhetschef, förmedlade denne sedan uppdraget vidare till en amningsintresserad barnmorska, som i sin tur fick uppgiften att gå ut med en förfrågan om deltagande i intervjuer och med information till barnmorskorna på förlossningsavdelningen. Vad detta har inneburit för studien är svårt att säga. Det skulle kunna vara så att den amningsintresserade barnmorskans därefter endast frågade och informerade de barnmorskor som tycktes vara lämpliga att delta. Det skulle då kunna innebära att de barnmorskor som har intervjuats är de med den mest positiva attityden till amning. Det skulle också kunna vara så att de barnmorskors som intervjuats är de som bäst pratar om amning. Om så är fallet skulle resultatet kunna skildra en sned bild av det barnmorskor egentligen upplever.

I samband med analysförfarandet av texterna uppfattade undersökarna en del brister i intervjutekniken. Detta visade sig då texterna genomlästs flertalet gånger och själva kondenseringsprocessen skulle påbörjas. Bristerna som noterades var undersökarnas svårigheter att få deltagarna att förtydliga och ytterligare beskriva sina upplevelser. Undersökarna har i vissa fall snarare ställt riktade frågor som inte lett till någon fördjupning. På så sätt kan undersökarna ses som medskapare av texten, något som Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) menar är både möjligt men inte heller önskvärt att helt exkludera (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Studien borde kunna ses som tillförlitlig och giltig på så vis att deltagarna och studiens tillvägagångssätt är noggrant beskrivna. Erfarenheten av ämnet är

begränsat till det undersökarna tillgodogjort sig under utbildning och kan på så sätt ses som begränsad. Resultatet är dock svårt att överföra på hela populationen av barnmorskor då deltagarna i denna studie är få. Syftet i kvalitativ forskning är dock att försöka förstå och inte alltid att kunna överföra resultatet till hela populationen. För att stärka tillförlitligheten har intervjuerna även lästs av handledare som också har kontrollerat resonemang och tydlighet. Resultatet har styrkts med källcitat för att bekräfta att resultatet har sitt ursprung i intervjuerna och för att ge läsaren möjlighet att bedöma giltighet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att barnmorskor upplever krav från både kollegor och nyblivna mammor över att den första amningen ska fungera. De upplever sig ha god kunskap om den första amningen och strävar efter att skapa bra förutsättningar för mamman och barnet. Barnmorskorna i studien menar att det är av stor vikt att se till kvinnans egna förutsättningar och erfarenheter hon har för att sedan utifrån detta utforma sitt stöd. Barnmorskan upplever sin roll som något av en ställföreträdare för barnet där denne ska förtydliga och informera om barnets signaler och hjälpa föräldrarna att tolka dessa.

I "det tio stegen till lyckad amning" (bilaga 1) av WHO/UNICEF (1989) rekommenderas att amning ska påbörjas inom två timmar efter förlossningen. Detta för att tidigt uppmuntra och stödja nyblivna mödrar i amningen men också för att det är då barnet är vaket och piggt efter förlossningen. Ett par timmar efter förlossningen bli barnet ofta trött och somnar gärna. Det är därför bra att uppmuntra den första amningen under den första vakenhetsperioden (Svensson & Nordgren 2002). Placeras barnet på kvinnans bröst direkt efter förlossningen startar en rad beteenden hos barnet med syfte att förbereda sig själv och mamman för amning. Denna hud-mot-hud kontakt gör att det viktiga samspelet mellan mor och barn tar sin början enligt anknytningsteorin. Ekström et al. (2002) menar också att om ett barn börjar amma inom timman efter förlossningen finns en signifikant större chans att längden på barnets både hel-

och delamning ökar. Om barnmorskan kan hjälpa mor och barn att så snart som möjligt komma hud-mot-hud och om barnet ammas inom två timmar efter förlossningen har barnmorskan sannolikt bidragit till att mor och barn får en bra amningsstart tillsammans (Ekström et al. 2002).

Resultatet av denna studie visar att barnmorskor upplever ett visst krav från omgivningen, ett krav som undersökarna ser som en del i yrkesprofessionen. Detta krav innebär bl. a. att ständigt ligga steget före i amningsprocessen. Kravet kan av barnmorskorna anses vara ett sätt att hålla en viss kvalitativ nivå och ses av undersökarna som en självklarhet. Sannolikt kan detta krav se olika ut hos barnmorskor beroende på var de arbetar eftersom rutiner och riktlinjer kan se olika ut på olika kliniker. På den kvinnoklinik där studien genomfördes var rutinerna sådana att den nyförlösta kvinnan och hennes nyfödda barn normalt sett förflyttades till BB så snart som möjligt efter att två timmar sedan förlossning förflutit. Möjligen kan detta påverka den upplevelsen av krav från kollegor som barnmorskorna i studien uttryckte. På en avdelning där kvinnorna vårdas längre har den förlösande barnmorskan längre tid på sig att uppfylla kravet på en första genomförd amning.

Barnmorskorna är medvetna om sina egna och andra barnmorskors attityder. De har kunskap om det fysiologiska som sker vid amning och de vet hur de rent praktiskt ska hantera de amningssituationer som uppkommer. Däremot verkar barnmorskans egna erfarenheter och åsikter spela in när det gäller bemötande av kvinnan och vid val av handling. I flera intervjuer återkommer barnmorskorna till det faktum att de använder sig av insatser och information de själva anser fungera. Dessa åtgärder är inte alltid gjorda efter vetenskaplig grund utan är tagna från barnmorskans personliga erfarenhet och attityd. Hedberg-Nyqvist och Kylberg (2000) säger att en av anledningarna till en kortare amningsperiod hos kvinnor är att kvinnorna anser sig fått motstridig och inkonsekvent information (Hedberg-Nyqvist och Kylberg, 2000). Författarna till studien anser också att de barnmorskor som arbetar med amning bör få särskild utbildning. Detta känns angeläget då en lyckad första amning är beroende av faktorer

såsom en väl förberedd blivande mamma och en barnmorska med vetenskapligt förankrad kunskap om amning och en positiv attityd till amning. En fråga som uppkommer är då hur barnmorskans egen attityd till och beteende vid amning kan förändras genom ökad kunskap. Är det kanske förändrade former av utbildning som behövs när det gäller amning? På många förlossningsavdelningar används sittrond till att gå igenom patientfall rörande förlossningar som ägt rum inom en viss tid. Det som diskuteras vid detta tillfälle är förlossningsarbetet från det att kvinnan kommit till avdelningen och fram till att förlossningen är över. Ett tillfälle som detta skulle kunna vara ett bra utgångsläge för att under ett fortsatt möte med barnmorskor även ta upp amningssituationer som uppkommit och hur dessa har hanterats. Det vore bra om diskussioner rörande amning tilläts ta mer plats och att utrymme för reflektion ges. Genom att öppet och vid givet tillfälle diskutera egna och andras val av insatser vid uppkomna amningssituationer skulle troligtvis en avdramatisering av ämnet ske och barnmorskan får en möjlighet att enklare förankra och driva igenom vetenskapligt grundade handlingar. En sådan förändring kan också vara ett steg på vägen när det gäller att främja den första amningen.

Barnmorskorna i studien ser sig som en sorts assistenter som har till uppgift att skapa förutsättningar för kvinnan och det nyfödda barnet, förutsättningar som ska främja den första amningen. Som det beskrivs i resultatet ser barnmorskan det som sin roll att skapa lugn och ro. Det överensstämmer med det önskemål som kvinnorna enligt Bondas-Salonen (1998) har på barnmorskan efter förlossningen (Bondas-Salonen, 1998).

I intervjuerna framkommer att barnmorskorna upplever att kvinnorna inte får den information om amning från MVC, som dessa borde få. Tankar hos barnmorskan om hur informationen ska kunna förbättras tar sig i uttryck via diskussion om när under graviditeten kvinnan är som mest mottaglig för amningsinformation och frågan kan formuleras som hur och när information om den första amningen ska ges för att nå fram till kvinnorna. Är det så att det finns

brister på MVC när det gäller information om den första amningen och är informationen mer riktad på den etablerade amningen? Enligt en studie av Ekström et al. (2005b) har de barnmorskor som arbetar postnatalt den mest positiva förändringen i attityd efter amningsutbildning (Ekström et al., 2005b). Då det framkommer under intervjuerna att den förlösande barnmorskan anser att den första amningen är viktig skulle en förändring i amningsinformation till blivande mammor kunna vara att de postnatalt verksamma barnmorskorna håller i denna information under föräldrautbildningen. De barnmorskor som är intervjuade anser att det ingår i deras roll att bistå vid den första amningen men har den åsikten att informationen om den första amningen ska ha kommit från ett annat håll och att kvinnan på förlossningen borde ha en viss förkunskap. Här finns ett glapp i information som rör både barnmorska och kvinna som författarna till denna studie tycker är viktigt att se över. Detta diskuterar även Bondas-Salonen (1998) och hon menar att det är en balansgång mellan hur mycket barnmorskan kan förvänta sig av kvinnan och vad denne bör diskutera direkt med kvinnan. Även mer praktiska saker som storleken på gruppen under en tänkt föräldraförberedande grupp är enligt Bondas-Salonen (1998) viktig och med tanke på den öppenhet nyblivna mammor upplever sig emellan bör gruppen vara liten (Bondas-Salonen, 1998).

Barnmorskans ansvar i relationen till kvinnan handlar delvis om att främja amning, se till kvinnans livsvärld och hennes aktuella situation. Barnmorskan kan inte förvänta sig något tillbaka av kvinnan utan måste hela tiden förändra och anpassa sin information och sitt handlande så att det passar kvinnan. Intervjuerna har visat på barnmorskans förmåga på att göra just detta genom att ge en viss form av allmänt stöd i inledningen av den första amningen, det vill säga se till praktiska åtgärder och ge allmän information om och inför den första amningen. Detta ger kvinnan och barnet en första möjlighet att själva anpassa sig till den nya situationen. Uppmärksammar sedan barnmorskan att ett mer riktat och individuellt stöd behövs, ges detta beroende på behov och situation. Barnmorskorna påtalar att de anpassar sitt stöd utefter kvinnans livsvärld och försöker hitta kvinnan där denna befinner sig. Med detta som bakgrund ses att

det ställs höga krav och förväntningar på barnmorskorna vid den första amningen. Kunskapen barnmorskorna förutsätts ha befinner sig på flera olika plan, både inom rent praktiska områden samtidigt som välutvecklade psykosociala förmågor ska finnas. Någon deltagare i intervjuerna menade att det alltid finns personal som inte deltar i de utbildningar och möten som arrangeras när det gäller den första amningen. Med tanke på det ansvaret barnmorskorna i intervjuerna tycker sig ha för att den första amningen ska bli så optimal som möjligt, anser undersökarna att deltagande i utbildningar och dylikt inom detta område inte ska få anses som frivillig. Samtidigt är det även viktigt att arbetsledare motiverar till utveckling inom området. Ökad kunskap och förändrade, positiva attityder ger en bättre amningsvård och för att förändringar ska kunna genomdrivas krävs att hela personalgrupper deltar i utvecklingsarbetet runt amningsvården. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska av Socialstyrelsen (2006) innehåller rekommendationer om bl. a. vilken kompetens barnmorskan bör ha. Här nämns forskning, utveckling och utbildning som ett huvudområde (Socialstyrelsen, 2006). Utifrån detta dokument kan alltså deltagande i utbildning inte anses vara frivillig och skulle kunna ligga till grund för en diskussion på arbetsplatsen om vikten, rätten och skyldigheten till deltagande i utvecklingsarbete. En kompetent barnmorska ska kunna ge förutsättningar för en god första amningen och för detta krävs väl förankrad och vetenskaplig kunskap.

Barnmorskorna i studien uttrycker att de tycker sig ha en assisterande roll i samband med den första amningen, en roll där de griper in när kvinnan så önskar och behöver stöd och hjälp. Intressant är då att se vad kvinnorna önskar av barnmorskan, vilket presenterats i studien av Bondas-Salonens (1998). Av nyblivna mammors upplevelse av vården efter förlossningen går att utläsa att kvinnorna önskar bli sedda som nyblivna mammor som både själva ger omsorg och själva behöver den (Bondas-Salonen, 1998). Om då barnmorskan arbetar på ett sådant sätt som framkommer ur resultatet, att denne försöker vara lyhörd för kvinnans behov och önskemål, att försöka se till kvinnans egna förmåga och begränsningar och på samma sätt har en bisittares och beskyddares roll borde

detta skapa goda förutsättningar för en lyckad första amning.

Något som framkommit under studiens gång är smärtlindring och dess påverkan på barnet (Ransjö-Arvidson et al., 2001; Torvaldsen et al., 2006). Författarna ställer sig frågande till att detta inte framkommit som något som barnmorskorna reflekterar över och tar hänsyn till i samband med den första amningen. Barnmorskorna pratar däremot om hur de arbetar när barnet har svårt att få tag om bröstet eller av andra anledningar inte suger. Är detta något som barnmorskor bör reflektera över mer och hur informeras kvinnorna om detta vid valet av smärtlindring? Om kvinnorna får denna information framträder frågan när under graviditets- och förlossningsförloppet information ges? Då artiklar i denna studie påvisar ett samband mellan smärtlindring och barnets förmåga att genomföra den första amningen torde viss vikt läggas vid detta när det gäller information till kvinnan samt påverka barnmorskans handlande vid den första amningen.

Praktiska implikationer

- Diskussioner rörande amning behöver få ta mer plats och utrymme för reflektion ges. Genom att öppet och vid givet tillfälle diskutera egna och andras val av insatser vid uppkomna amningssituationer skulle barnmorskan få en möjlighet att enklare förankra och driva igenom vetenskapligt grundade handlingar. En sådan förändring kan också vara ett steg på vägen när det gäller att främja den första amningen.
- Om resultaten sprids kan det få barnmorskor att börja reflektera över och ta hänsyn till val av smärtlindring i förhållande till den första amningen.

Förslag till vidare forskning

- I intervjuerna framkommer att barnmorskorna på förlossningsavdelning upplever att kvinnorna inte får den information om amning, före förlossningen som de skulle behöva. Frågan om hur och när information

om den första amningen ska ges för att nå fram till kvinnorna är en fråga som författarna anser behöver studeras vidare. Möjligen kan studien leda fram till fler studier kring hur amningsinformationen ges.

Slutsatser

Barnmorskor upplever ett visst krav på prestation i samband med den första amningen, ett krav som upplevs från både kollegor och patienter. Kravet hanteras väl och om behov finns av stöd från kollegor så upplever barnmorskorna att de får detta stöd. Barnmorskan upplever sig ha en stor kunskap runt den första amningen och hon anser att det är viktigt att denna kunskap förvaltas väl. En känsla av att vara välbehövd finns också och att det är mycket barnmorskan kan bidra med genom sin kunskap. Barnmorskan ser sig som en sorts assistent till kvinnan, vars uppgift är att hjälpa kvinnan att skapa goda förutsättningar för en lyckad första amning och för anknytningen mellan mor och barn. De känner att kvinnorna behöver dem och att de kan bidra mycket genom sin kunskap och genom att finnas till för kvinnan när hon så önskar.

Referenslista:

- Alberts, J. R. (1994) Learning as adaption of the infant. *Acta Paediatrica Supplement. 397: 77 – 85.*
- Berg. R. (1990) Rökande mödrar har svårt att komma igång med amningen. *Läkartidningen. 87: 23.*
- Bergman, V., Larsson. S., Lomberg. H., Möller. A. och S. Mårild. (1993) A survey of Swedish mothers' view on breastfeeding and experiences of social and professional support. *Scandinavian Journal of Caring. 7: 47 – 52.*
- Bergman. V. Larsson. S., Mårild. S. och Möller. A. (1994) Involvement of maternity and health care staff in breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Science.8: 75 – 80.*
- Bondas-Salonen. T. (1998) New mothers' experiences of postpartum care – a phenomenological follow-up study. *Journal of Clinical Nursing. 7:165-174.*
- Dabrowski, G. A. (2007) Skin-to-skin contact, giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Women's Health. 11:1. 64-71.*
- Dahlberg K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Studentlitteratur, Lund.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O, & Fagerberg I., (2003). *Att förstå vårdvetenskap.* Lund: Studentlitteratur.
- Ekström, A., Widström, A-M.och Nissen, E. (2002) Duration of breastfeeding in swedish primiparous and multiparous woman. *Journal of Human Lactation. 19(2).*
- Ekström, A., Widström, A-M. och Nissen, E. (2003) Breastfeeding support from partners and grandmothers: Perception of swedish woman. *BIRTH. 30: 4.*

Ekström, A., Matthiesen, A-S., Widström, A-M. och Nissen, E. (2005 a) Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 33: 353 – 359.

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

Hall Moran, V., Dykes, F., Burt, S. och Schuck, C. (2006) Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding supporters. *International Breastfeeding Journal*. 1:23.

Hedberg Nyqvist, K. (2001) Uppfödning. / L. Wallin (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (ss. 100-158). Studentlitteratur. Lund.

Hedberg Nyqvist, K. och Kylberg, E. (2000) The role of the Swedish Child Health Services in breastfeeding promotion. *Acta Paediatrica Supplementl*. 434: 57 – 64.

Holloway I. & Wheeler S. (1996) *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science Ltd, Oxford.

Kleberg A. (2001) Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. / L. Wallin (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (ss. 24-67). Studentlitteratur. Lund.

Kronborg, H. & Vaeth, M. (2004) The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*. 32: 210- 216.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. / *M. Granskär och B. Höglund-Nielsen (Red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 159-172). Studentlitteratur. Lund.

Grennert, L. (2004). Graviditetsfysiologi – laboratorieanalyser. / *K. Marsál och L. Grennert (Red.) Obstetrisk öppenvård*. (ss. 9-17). Stockholm. Liber.

Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Nissen, E. och Uvnäs-Moberg, K. (2001) Postpartum maternal Oxytocin Release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*. 28:1.

MFR (2001) *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning, forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Medicinska forskningsrådet, Stockholm.

Minchin, M. (1989) Positioning for breastfeeding. *Birth*. 16: 67 – 80.

Nakao, Y., Moji, K., Honda, S. och Oishi, K. (2008) Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese woman: A self-administered questionnaire survey. *International Breastfeeding Journal*. 3:1.

Ohrlander, K. (1987) *När barnet fick en kropp*. HLS och Gotab, Stockholm.

Ransjö-Arvidson, A-B., Matthiesen, A-S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A-M. och Uvnäs Moberg, K. (2001) Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effects on breastfeeding, temperature and crying. *Birth*. 28:1.

Renfrew, W. och Lang, S. (1999) Interventions for improving breastfeeding technique (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford, Update Software.

Righar, L. och Alade, M. O. (1990) Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*. 336: 1105 – 1107.

SFS (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen*. SFS 1982:763. Svensk författningssamling, Stockholm.

Socialdepartementet. (1993). *Amningsvänliga sjukhus för att skydda och stödja och främja amning. Kommittén för ett svenskt deltagande i UNICEF/WHO-aktionen "Baby friendly hospitals"*. (1993:86). Stockholm

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning: State of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad [2008-07-15] från:
<http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad [2008-12-21] från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/6CDF873E-48D6-4D82-A344-694D47B7DCAF/6410/20061051.pdf>

Socialstyrelsen. (2007) *Amning av barn födda 2005*, Hälsa och sjukdomar 2007:12. Hämtad [2008-11-14] från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/E02AB7BF-6D5A-4553-A647-2BA9044B8F16/8835/20074212.pdf>

Socialstyrelsen. (2008). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn, Medicinska födelseregistret, 1973-2006*, Hälsa och sjukdomar 2008:5. Hämtad [2008-07-15] från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/70A20A7A-F6A9-45DE-97FC-7BF15BFE299C/10712/2008426.pdf>

Svensson, K. & Nordgren, M. (2002). *Amningsboken*. Södertälje: Cordia.

Swanson, V. & Power, K. G. (2005) Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (3), 272-282.

Torvaldsen. S., Roberts. C. L., Simpson. J. M., Thompson J. F. och Ellwood. D. A (2006) Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*. 1: 24.

Trost J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur, Lund.

Uvnäs-Moberg, K. (1998) Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 23: 819 – 835.

Weimers, L., Svensson, K., Dumas, L., Navér, L. och 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.

WHO. (1981). *The International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Genève: WHO

WHO & UNICEF. (1989). *Protect, Promoting and Supporting breastfeeding*. Genève: WHO.

WHO & UNICEF. (1990). *Breast feeding in the 1990's. A global initiative. Innocentie Declaration*. Florens: WHO, UNICEF

Widström, A-M., Wahlberg, V., Matthiesen, A-S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg och Werner, S. (1990) Short-terms effect of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*. 21: 153 – 163.

Winberg, J. (2005) Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior: a selective review. *Development Psychobiology*. 47(3): 217–229.

10 STEG TILL EN LYCKAD AMNING:

Varje enhet som ger mödravård och tar hand om nyfödda barn bör:

Steg 1:

Ha en skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all sjukvårdspersonal

Steg 2:

Ge all personal nödvändiga amningskunskaper så att de kan upprätthålla denna strategi/handlingsplan

Steg 3:

Informera alla gravida och nyblivna mammor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amning

Steg 4:

Uppmuntra och stödja mammorna att börja amma sitt nyfödda barn vid barnets första vakenhetsperiod, vilket vanligtvis sker inom 2 timmar

Steg 5:

Visa mammorna hur de ska amma och upprätthålla amningen även om de måste vara åtskilda från sina barn

Steg 6:

Inte ge något annat än bröstmjök till nyfödda barn om det inte är medicinskt indicerat

Steg 7:

Praktisera samvård – tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt

Steg 8:

Uppmuntra fri amning

Steg 9:

Inte ge nyfödda barn nappflaska eller tröstnapp

Steg 10:

Hänvisa mammor till amningsstödgrupper vid utskrivning från sjukhuset

Socialdepartementet. (1993). *Amningsvänliga sjukhus för att skydda och stödja och främja amning. Kommittén för ett svenskt deltagande i UNICEF/WHO-aktionen "Baby friendly hospitals".* (1993:86). Stockholm

INTERVJUGUIDE

Inledande fråga:

Kan du berätta hur du upplever din roll som barnmorska i samband med den första amningen?

Frågeområden:

- Upplevelse av kunskap:
- Upplevelse av det praktiska utförandet:
- Upplevelse av stöd till kvinnan:

Bilaga 3

Till berörd vårdenhetschef på kvinnokliniken/förlossningsavdelningen på xxxxxxxx.

Vi heter Maria Livf och Elisabet Blidberg och studerar till barnmorskor på högskolan i Borås. Det är nu dags att skriva en magisteruppsats, vilken ska bygga på en av oss genomförd studie. Syftet med studien är att närmre undersöka hur barnmorskan ser på sin stödjande roll när det gäller den första amningen och meningen med studien var att få fram kunskaper som sedan kan förbättra omvårdnaden kring nyförlösta kvinnor. För att få mer kunskap om hur barnmorskan ser på sin roll i detta sammanhang behöver vi genomföra intervjuer. Vi undrar nu om det finns möjlighet att intervjua 6 – 8 barnmorskor på Er förlossningsavdelning. Intervjuerna kommer att ta cirka 30-60 minuter vardera i anspråk. Det är önskvärt att de barnmorskor som intervjuas har individuella variationer både när det gäller arbetslivserfarenhet, bakgrund och ålder. Deltagarna garanteras konfidentialitet och har alltid möjligheten att avbryta en påbörjad intervju utan att behöva ange orsak till detta. Deltagande är frivilligt och kan även dras tillbaka i efterhand. Det är önskvärt att intervjuerna spelas in på band. Dessa band kommer att förvaras och behandlas så att information endast kan nås av intervjuarna. Efter att inspelningarna fyllt sin funktion kommer dessa inspelningar att förstöras. Finns det intresse av att delta är vi angelägna att komma igång så snart som möjligt. Vi har förståelse för svårigheten att planera verksamheten på förlossningsavdelning, en möjlighet som vi ser är att intervjuerna genomförs med kort varsel, detta skulle vara möjligt då vi båda bor i Xxxxxx och då finns tillgängliga ganska snabbt. Möjligen har Ni då en lokal där intervjuerna kan genomföras ostört.

Vi ser fram emot kontakt snarast och kan nås på telefonnummer enligt nedan.

Med vänliga hälsningar:

Maria Livf Tel.nr: xxx/xxxxxx alt. xxx/xxxxxxx

Elisabet Blidberg. Tel.nr: xxx/xxxxxx alt. xxxx/xxxxxxx

EXEMPEL FRÅN ANALYSPROCESSEN

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Då ber jag alltid om hjälp, om inte jag får dom å suga, å man tycker å mamman blir frustrerad å då ber jag någon mer erfaren. Med trettio års erfarenhet, det är klart att det...	Ber om hjälp om barnet ej suger. Ber mer erfaren.	Behöver jag hjälp, ber mer erfaren kollega.	Ansvarskänsla	Upplevda krav
Det är ju mycket så att man vill lämna upp det färdigt till BB, det att barnet har sugit och så.	Lämna upp färdigt.	Slutföra uppgift.	Pliktkänsla	Upplevda krav
Så jag tror att barn kan mycket mer och det stärker också föräldrarna	Barn kan mer, stärker föräldrarna att se förmågan.	Hjälpt föräldrarna att se barnets förmåga.	Medvetandegöra	Kunskapskälla

och se mer att barnet faktiskt har egen förmåga och så.				
Att ge henne information och kunskap om vilka signaler barnet har, hur barnet beter sig vid bröstet och göra henne så medveten om den kunskapen så att hon själv kan se signalerna då barnet...	Ge information om barnets signaler. Göra henne medveten så att hon själv kan se.	Göra kvinnan medveten	Medvetandegöra	Kunskapskälla

Jag tycker att jag som barnmorska är betydelsefull där.	Jag är betydelsefull.	Är betydelsefull.	Bistå med väsentlig kunskap	Kunskapskälla
Jag brukar kolla i journalerna innan, om det står något om amning, om det finns önskemål och vad det finns för tidigare erfarenhet av amning.	Kolla journalerna. Vilka önskemål och erfarenheter finns.	Kolla önskemål och erfarenhet,	Tillmötesgående	Se till kvinnans behov
Det gäller att hitta kvinnan där hon är.	Hitta kvinnan	Se kvinnan	Följsamhet	Se till kvinnans behov
Jag tycker mer man känner av hur hon, hur det känns för henne	Känner av hur det känns för henne.	Hur känner kvinnan	Följsamhet	Se till kvinnans behov
Se om den söker lite, försöker att lägga till och	Försök, vill du ha hjälp så säger du ifrån.	Kvinnan ber om hjälp vid behov.	Tro på kvinnans förmåga	Se till kvinnans behov

vill du ha hjälp säger du ifrån och så...				
Även om man undrar "hur ska det här gå", så kan man ju inte säga så...det mesta går ju att lösa.	Fundersam ibland men säger inget.	Håller inne med egen åsikt.	Beskyddande	Se till kvinnans behov
Om barnet väl har fått ett tag så är det mer ett bekräftande om att de gör rätt som de vill ha	Ett bekräftande som dom vill ha	Bekräfta kvinnan	Bekräftande	Att vara närvarande
Då blir de glada om jag bara bekräftar att det de ser är riktigt.	Glada om bekräftelse.	Ger bekräftelse.	Bekräftande	Att vara närvarande
Jag försöker att bara finnas jämte och inte vara där med mina händer	Försöker finnas jämte Inte vara där med mina händer	Finnas bredvid, inte röra	Assistent	Att vara närvarande

Ser jag att, hon vet hur hon ska få till barnet och hon hjälper barnet så att då behöver jag ju inte göra någonting	Ser jag att hon vet, behöver jag inte göra någonting	Kan kvinnan, gör jag inget	Assistent	Att vara närvarande
---	--	----------------------------	-----------	---------------------