

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: HK-10

Faktorer som påverkar barnmorskors förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå) 2011

Författare:
Susanna Weyde
Leg. sjuksköterska, Barnmorskestudent

Sara Sjunnesson
Leg. Sjuksköterska, Barnmorskestudent

Handledare:
Eva Nissen
Leg. Barnmorska, Docent

Examinator:
Eva Johansson
Leg. Sjuksköterska, Docent



KAROLINSKA INSTITUTE
Department of Women's and Children's Health
Division of Reproductive Health
Course: HK-10

Factors influencing midwives' attitudes to breastfeeding versus complimentary feeding of children delivered by cesarean section

Examination project in sexual, reproductive and perinatal health care, 15 ict
(Advanced level) 2011

Author:
Susanna Weyde
Reg. Nurse, Midwifestudent

Sara Sjunnesson
Reg. Nurse, Midwifestudent

Supervisor:
Eva Nissen
RNMTD, PhD

Examinator:
Eva Johansson
RNT, PhD

Sammanfattning

Bakgrund: Exklusiv amning rekommenderas av WHO och UNICEF barnets första sex månader. Fördelarna med amning är väl kända både för mor och för barn. Sectio kan medföra fördröjd amningsstart samt att färre barn helammas under de första sex månaderna. I en undersökning på Stockholms eftervårdskliniker sågs att barn som fötts via sectio i högre utsträckning tillmatas än barn som fötts vaginalt, detta utan medicinsk indikation. **Syfte:** Syftet med studien var att identifiera faktorer som påverkar barnmorskors förhållningsätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio. **Metod:** En kvalitativ deskriptiv studie med sex deltagare genomfördes. Semistrukturerade intervjuer gjordes, intervjuerna transkriberades och manifest innehållsanalys användes. **Resultat:** I vår analys identifierades åtta kategorier. Dessa kategorier beskrev faktorer, utifrån olika vårdssituationer, som påverkar hur barnmorskan förhåller sig till amning och tillmatning av barn som fötts via sectio. Faktorerna som påverkade barnmorskan var egen stress samt egen amningserfarenhet. Hos mamma/partner var faktorerna smärta, egen inställning samt upplevelsen av att ha för lite mjölk. Hos barnet var faktorn ett icke optimalt amningsbeteende. Inom organisationen var faktorerna separation av mor och barn samt övriga organisatoriska svårigheter. **Konklusion:** Amningsstöd och rådgivning till mödrar som genomgått sectio behöver få ta längre tid, något som barnmorskorna i studien upplevde sig sakna. Vårdrutinerna kring smärtlindring samt möjligheterna till tidig hud mot hudkontakt behöver förbättras. Trots önskan om att främja amning upplevde flera barnmorskor det svårt att stå emot mammans/partners önskemål om tillmatning.

Nyckelord: barnmorska, faktorer, amning, tillmatning, sectio.

Abstract

Background: Exclusive breastfeeding is recommended by WHO and UNICEF during the child's first six months. The benefits of breastfeeding for the mother and the child are well known. Cesarean section may lead to delayed onset of lactation and decrease the number of children that are exclusively breastfed during the first six months. In a survey from postnatal wards in Stockholm it was found that children delivered by cesarean section received complimentary feeding more frequently compared to children delivered vaginally without medical indication. **Aim:** The aim of the study was to identify factors influencing midwives' attitudes to breastfeeding versus complimentary feeding of children delivered by cesarean section. **Method:** A qualitative descriptive study with six participants was conducted. Semi-structured interviews were made, the interviews were transcribed and manifest content analysis was used. **Results:** After the analysis eight categories were identified. These categories described nursing situations and factors influencing the midwives' attitude to breastfeeding versus complimentary feeding of children delivered by cesarean section. Factors of the midwife were stress and her own experience of breastfeeding. The factors of the mother/partner were pain, attitude and the perception of not having enough breast milk. The factor of the baby was suboptimal breastfeeding behavior. Within the organization the factors were the separation of mother and baby and other general difficulties within the organization. **Conclusion:** Breastfeeding-support and advice to mothers who undergo cesarean section must be given more time, something that midwives in our study felt they lacked. The routines regarding early skin-to-skin contact and pain-relief must be optimized. Despite the wish to support breastfeeding midwives found it difficult to resist the mothers/partners wish to give complimentary feeding.

Keywords: midwife, factors, breastfeeding, complimentary feeding, cesarean section.

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Bakgrund	2
<i>Amning</i>	2
<i>Sectio och amning</i>	3
Tabell I. Tillmatningsfrekvens av sectioförlösta barn	6
Syfte	6
<i>Frågeställningar</i>	6
Metod	7
<i>Urval</i>	7
<i>Praktiskt genomförande</i>	8
<i>Intervjumetodik</i>	8
<i>Analys av materialet</i>	10
Etiska aspekter	10
<i>Kravet på information</i>	10
<i>Kravet på samtycke</i>	11
<i>Konfidentialitet och sekretess</i>	11
Resultat	11
<i>Inledning</i>	11
Figur 1. Översiktbild över de åtta kategorierna.	12
<i>Faktorer hos barnmorskan</i>	13
Barnmorskans förhållningssätt till egen stress	13
Barnmorskans förhållningssätt till sin egen amningserfarenhet	15
<i>Faktorer hos mamma/partner</i>	15
Barnmorskans förhållningssätt till postoperativ smärta och svårigheter att få till en bra amningsposition	15
Barnmorskans förhållningssätt till mammans/partnerns inställning	17
Barnmorskans förhållningssätt till mammans upplevelse av "för lite mjölk"	21
<i>Faktorer hos barnet</i>	23
Barnmorskans förhållningssätt till ett icke optimalt amningsbeteende	23
<i>Faktorer i organisationen</i>	25
Barnmorskans förhållningssätt vid separation av mor och barn direkt efter förlossningen	25
Barnmorskans förhållningssätt till organisatoriska svårigheter	26
Diskussion	27
<i>Resultatdiskussion</i>	27
<i>Metoddiskussion</i>	31
<i>Etisk diskussion</i>	34
Konklusion	34
Referenser	35
Bilaga 1.	
Bilaga 2.	
Bilaga 3.	

Introduktion

Författarnas intresse för studien väcktes då vi via vår handledare och lärare fick kunskap om att tillmatning av barn efter sectio procentuellt ligger betydligt högre än för de barn som fötts vaginalt.

Bakgrund

Amning

WHO och UNICEF (The Innocenti declaration, 1990) rekommenderar att exklusiv amning bör uppmuntras de första sex månaderna av barnets liv och att delamning med fördel kan pågå upp till att barnet är två år gammalt eller längre om mor och barn vill. WHO och UNICEF (Ten steps to successful breastfeeding, 1990) har även utvecklat tio steg till en lyckad amning.

Fördelarna med bröstmjölk är många, bl.a. innehåller bröstmjölken fett som är nödvändig för barnets hjärnutveckling. Andra komponenter i bröstmjölken är kolhydrater, laktos, som täcker ca 40 % av barnets kaloribehov. Protein i bröstmjölken är välanpassat efter barnets tarmslemhinna och tas lättare upp än exempelvis komjolk. Bröstmjölken är sammansatt utefter barnets behov av vitaminer, mineraler och energibehov (Inch, 2009). I Sverige anses att barnet dock behöver tillägg av D-vitamin vilket rekommenderas att ges efter fyra veckors ålder (Livsmedelsverket, 2011). Hanson (2004) har beskrivit hur barnets immunförsvar förbättrats till följd av amning. Barn som ammas löper mindre risk att drabbas av öroninflammation, diarrésjukdomar, luftvägsinfektioner samt urinvägsinfektioner. Vidare ses en positiv effekt på autoimmuna sjukdomar såsom glutenintolerans, allergier, astma och eksem. Hanson (2004) beskriver även att det finns studier som indikerar att amning kan ge ett skydd mot olika former av barncancer, detta är dock inte helt säkerställt. Enligt Livsmedelsverket (2011) råder det dock delade meningar om huruvida amningen verkligen skyddar mot allergi eller ej. Det anses även att amning kan ha en effekt på sjukdomar senare i livet som övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar (Livsmedelsverket, 2011; Hanson, 2004).

Amning har även positiva effekter för mamman såsom minskad blödning post partum då amningen medför att livmodern kontraheras (Svensson, 2009). Det finns en minskad risk för mamman att utveckla bröstcancer (Hanson, 2004).

Amningsetableringen underlättas om barnet får vårdas hud mot hud med mamman snarast möjligt efter förlossningen. Det underlättar för mamman och barnet att knyta an till varandra genom att oxytocin frigörs. Hud mot hud kontakten medför också lägre halter av stresshormoner hos mamman medan barnet påverkas genom att gråta mindre, hålla temperaturen bättre samt få ett stabilare blodsocker (Anderson, Moore, Hepworth & Bergman, 2003).

Sectio och amning

Andelen sectio har under de senaste årtionden ökat i Sverige från 10,9 % 1990 till 16,6 % år 2001. Siffror från 2009 visar en sectiofrekvens på närmare 17,5 % (Bennis, Gottvall & Stephansson, 2011). Liknande siffror ses i övriga västvärlden och i vissa länder är siffrorna ännu högre. Den grupp som ökade mest var enkelbörd i huvudbjudning och fullgången tid. Orsaker till att sectio ökar tros vara en högre maternell ålder och högre BMI hos mamman. Förekomsten av flerbörd har ökat och det är också vanligare att vid sätesbjudning välja elektivt sectio. Det är således en ökning i både elektivt och akut sectio. En allt vanligare orsak till elektivt sectio är att mödrar önskar sectio på psykosocial indikation (Källen, Rydström & Otterblad Olausson, 2005).

I samband med sectio kan barnet behöva lite längre tid på sig för att hitta bröstet och kvinnan kan behöva extra amningsstöd för att etablera amningen (Hildingsson, 2009). Resultat från en studie gjord i Italien visar att tiden vid första amningstillfället sker sju timmar senare vid elektivt sectio samt upp till 10 timmar senare vid akut sectio i jämförelse med vaginal förlossning (Zanardo m.fl., 2010). I samma studie sågs också att frekvensen av exklusiv amning var lägre vid utskrivning och vid långtidsuppföljning sex månader post partum om kvinnan genomgått sectio i stället för vaginal förlossning. I en annan studie, även denna gjord i Italien, sågs att de största riskfaktorerna för tillmatning av barnet var just sectio, att inte ha fått kunskap om amningens fördelar samt dåliga

möjligheter för mor och barn att vårdas tillsammans. Att barnet tillmatats post partum medför också en ökad risk för att barnet i mindre utsträckning helammas en månad post partum (Asole, Spinelli, Antinucci & Di Lallo, 2009). Något som var anmärkningsvärt i denna studie var att ca en fjärdedel av mammorna vars barn tillmatats inte visste vad barnet matats med under tiden på sjukhuset. I en studie gjord i Taiwan har forskare sett att mammans uppfattning om hennes mängd mjölk påverkas negativt om barnet tillmatas, omvänt sågs att mamman i mindre omfattning upplevde sig ha för lite mjölk om hon ammat de första dagarna post partum (Lin, Lee, Yang & Gau, 2011). Studien gjordes tre dagar post partum och övriga faktorer som påverkade mammornas upplevelse av mjölmängd negativt var fördröjd amningsstart, glesa amningstillfällen samt patientkontrollerad epiduralanalogesi som smärtlindringsmetod. Detta är särskilt viktigt att ha i åtanke då upplevelsen av att ha otillräckligt med mjölk för sitt barn är en vanlig orsak till att en mamma får dåligt självförtroende vilket kan leda till att hon väljer att inte fortsätta amma. I de allra flesta fall har en mamma tillräckligt med mjölk för sitt barn. Ersätts ett amningstillfälle med tillmatning finns dock en risk att mjölmängden sekundärt minskar då bröstet inte stimuleras och mamman kan också uppleva tillmatning som ett bekvämare och snabbare matningssätt för barnet vilket leder till att hon slutar amma (Svensson, 2009).

I en studie gjord i Sverige (Wiklund, Norman, Uvnäs-Morberg, Ransjö-Arvidson & Andolf, 2009) sågs en signifikant skillnad på barn som fötts av mammor som haft epiduralanalogesi under förlossningen, då dessa barn i mindre utsträckning sög på mammans bröst inom fyra timmar efter förlossningen. Dessa fynd har även påvisats i andra studier enligt författarna. Barnen riskerade också att i högre utsträckning bli tillmatade under eftervårdstiden samt färre helammade vid utskrivning. Det är ej helt kartlagt vad detta beror på och det finns troligen variationer beroende på val av bedövningsmetod. Vi väljer dock ändå att nämna detta då användandet av epiduralanestesi idag är vanligt och det är rimligt att anta att en del av de kvinnor som föder med akut sectio har haft denna smärtlindringsmetod. Det är också rimligt att anta att även spinalanestesi kan påverka. I en amerikansk studie sågs att regional anestesi samt sectio var en

riskfaktor för ickeoptimalt sugbeteende. Sectio medförde även fördröjd mjölkproduktion, viktnedgång >10 % samt att barnet tillmatas inom de första 48 timmarna. I denna studie sågs även att användning av värkstimulerande med Syntocinon® påverkade mjölkproduktionen (Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig & Cohen, 2003), något som vi tror att många mammor som genomgått akut sectio kan ha varit exponerade för .

Enligt de tio stegen till en lyckad amning rekommenderas att det friska fullgångna barnet inte skall ges något annat än bröstmjölk det första dygnet (WHO & UNICEF, 1990). I Lärobok för barnmorskor (Svensson, 2009) beskrivs att i de fall där ett första amningstillfälle inte kunnat initieras det första dygnet post partum rekommenderas i första hand att mjölka ur moderns egen råmjölk för att ge på kopp eller tesked till barnet, i många fall räcker detta långt. Att barnet fötts via sectio är således ingen medicinsk indikation för tillmatning. I de fall där medicinsk indikation föreligger för tillmatning betonas vikten av att barnet inte går miste om amningstillfälle och om barnet inte suger bör mamman uppmuntras att mjölka ur eller pumpa för att kunna ge den värdefulla bröstmjölken på kopp.

Sofia Zwedberg (personlig kommunikation, 3 november 2011) har i en rapport gjord på samtliga eftervårdsavdelning på Stockholms kvinnokliniker sett att barn som fötts via sectio i betydligt högre utsträckning blir tillmatade jämfört med de barn som fötts vaginalt, detta utan att medicinsk indikation förelegat. I samma rapport beskrivs även att tillmatning på indikationen önskemål från mamma verkar ha ökat från 1999 till 2009. Nedanstående tabell visar tillmatningsfrekvensen av sectioförlösta barn 2009 och är med Sofia Zwedbergs tillåtelse lånad från denna ännu opublicerade rapport.

Tabell I. Tillmatningsfrekvens av sectioförlösta barn

Sjukhus	Totala andelen (%) sectio	Varav andelen (%) akuta sectio	Varav andelen (%) planerade sectio	Andelen tillmatade (%) barn av sectioförlösta	Andelen (%) tillmatade barn vid normal förlossning
Danderyd	27	54	46	49	26
BB Stockholm	16	100	0	29	6
Karolinska Huddinge	19	54	46	65	25
Karolinska Solna	22	61	39	60	21
Södersjukhuset	24	54	46	54	22
Södertälje sjukhus	19	60	40	47	19

Det är allmänt känt att vårdpersonals attityd och förhållningssätt till amning i stor utsträckning påverkar mammor och amningsutfallet. Övriga faktorer som kan påverka är tillgången av en stöttande partner samt erhållen information om amningens fördelar under graviditet (Ekström, 2005). Utifrån detta finner vi det intressant att undersöka hur barnmorskor idag förhåller sig till amning och tillmatning av barn som fötts via sectio samt vilka problem en barnmorska kan ställas inför i denna situation.

Syfte

Syftet med studien var att identifiera faktorer som påverkar barnmorskors förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio.

Frågeställningar

- Finns det faktorer hos barnmorskan som påverkar hennes förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio?
- Finns det faktorer hos mamman som påverkar barnmorskans förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio?
- Finns det faktorer hos barnet som påverkar barnmorskans förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio?

- Finns det faktorer i organisationen som påverkar barnmorskans förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio?

Metod

Vi har valde att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Vi tog hjälp av böckerna "Den kvalitativa forskningsintervjun" (Kvale, 2009) samt "Att få svar: intervju, enkät, observation" (Kylén, 2004). Vi valde att analysera innehållet med hjälp av innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) särskiljer mellan manifest och latent innehållsanalys. Med manifest innehållsanalys menas att författaren behandlar materialet utifrån det som faktiskt framgår i intervjuerna. Latent innehållsanalys innebär att författaren tolkar och identifierar en underliggande mening i materialet. Vidare beskriver Graneheim och Lundman att både manifest och latent innehållsanalys alltid innehåller en viss tolkning av materialet men att denna ligger på olika djup. Vi har valt att göra en manifest innehållsanalys av vårt material.

Urval

Våra urvalskriterier för deltagande i studien var barnmorskor som arbetar på eftervårdsavdelningar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Huddinge. För att öka en studies trovärdighet beskriver Graneheim och Lundman (2004) att deltagarna bör väljas i syfte att bidra med stor variation i erfarenheter. Vi inkluderade därför barnmorskor som har varit yrkesverksamma olika länge och således med olika erfarenhet samt barnmorskor som arbetat både dag och natt. Samtliga deltagare i studien var kvinnor och hade en yrkeserfarenhet på 1,5 år till 26 år. En barnmorska hade jobbat 1,5 år, övriga hade jobbat mer än 10 år. Fem barnmorskor arbetade dagtid vid tiden för intervjun och en arbetade nattetid. Åldern hos barnmorskorna var 40-62 år.

Praktiskt genomförande

Tillstånd inhämtades från verksamhetschefen för Kvinnokliniken på Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Huddinge. Anledningen till att vi valde Karolinska Solna/Huddinge var pga. att författarna har erfarenhet från Danderyds sjukhus och ej ville intervjua barnmorskor som de redan kände/hade arbetat med. Vi såg det också som praktiskt att tillstånd från verksamhetschefen på Karolinska automatiskt gav oss möjlighet att göra intervjuer på två sjukhus.

Via verksamhetschefen förmedlades kontakt till chefsbarnmorskorna på Karolinskas medicinska eftervårdsavdelningar där mammor som genomgått sectio vårdas. Via chefsbarnmorskorna fick vi möjlighet att komma på ett personalmöte där vi presenterade vår studie och kunde värva deltagare. Författarna lämnade deltagarinformation på avdelningarna som sedan vidarebefordrades till personal som ej kunnat medverka på personalmötet. Sju barnmorskor visade intresse att delta i studien. De intresserade kontaktades via mail och telefon varav sex svarade och på så sätt kom att ingå i studien. Av de sex barnmorskorna arbetade tre på Karolinska Solna och tre på Karolinska Huddinge. Tid för intervjun bokades med deltagarna och intervjuerna skedde i anslutning till deltagarnas arbetstid. Deltagarna gav skriftligt samtycke vid tidpunkten för intervjun. Deltagarna hade då fått ytterligare information om studien och möjlighet att ställa frågor. Intervjuerna hölls i en lokal på den aktuella eftervårdsavdelningen och tog i genomsnitt 30-60 min.

Intervjumetodik

Båda författarna närvarade vid intervjuerna där den ena var huvudansvarig intervjuledare och den andra ansvarade för att intervjutiden ej överskreds samt att alla frågeställningar berördes. Den sistnämnda personen fungerade även som observatör och iakttog den intervjuades icke verbala kroppsspråk samt förde anteckningar. Vi var medvetna om att det kunde finnas en risk att den intervjuade kunde känna sig besvärad vid en intervjusituation med flera intervjuare. Risker för detta försökte vi minska genom att tänka på hur möbleringen och miljön var vid intervjutillfället. Enligt Kylén (2004) bör

intervjuarna välja en miljö med exempelvis en soffgrupp istället för att sitta mitt emot varandra vid ett bord, detta kan upplevas hotfullt.

Intervjuerna spelades in på band för att minska risken att författarna skulle glömma bort eller missa viktig information som framkom under intervjun. Enligt Kvale & Brinkman (2009) medför detta en frihet att enbart koncentrera sig på intervjuandet. Vid intervjun användes även en intervjuguide. Denna användes som stöd för intervjuarna för att säkerställa att syfte och frågeställningar blev berörda. En förenklad variant av intervjuguiden innehållandes de övergripande ämnesområdena delgavs den intervjuade i början av intervjun för att tydliggöra intervjuens struktur (Kylén, 2004).

Inför intervjuerna tog författarna del av trättmodellen (Kylén, 2004). Denna innefattar sex olika steg. Dessa steg är *öppning*, *fri berättelse*, *precisering*, *kontroll*, *information* och *avslutning*. *Öppning* innebär att intervjuarna berättar översiktligt om avsikten med intervjun, upplägget samt de båda intervjuarnas roller vid intervjun. Intervjun fortsätter sedan med *fri berättelse* där den intervjuade fritt får svara på frågor som ställs. Här har intervjuaren som uppgift att prata så lite som möjligt för att den intervjuade ska få möjlighet att uttrycka sig utan ledande frågor. Efter detta ombeds den intervjuade bli mer konkret och exakt genom att exempelvis räkna upp fakta, ge exempel och precisera sig, detta motsvarar steget *precisering* i trättmodellen. I detta skede kan intervjuaren sammanfatta det som framkommit och stämma av med den intervjuade att hon/han uppfattats på rätt sätt. *Kontroll* innebär att intervjuaren ytterligare vill tydliggöra uppgifter som kommit in. I steget *information* görs en kort sammanfattning då alla frågeområden är avklarade, intervjuaren ger ytterligare information om studien och den intervjuade får ställa frågor. Det sista steget är *avslutning*, här tackar intervjuaren för deltagandet samt informerar den intervjuade att hon/han möjligen kommer att kontaktas för eventuellt ytterligare komplettering om behov finns (Kylén, 2004). Genomförda intervjuer avlyssnas sedan snarast för att identifiera eventuella brister som författarna kan lära sig av till nästa intervjutillfälle.

Författarna använde sig av denna metod som ett hjälpmedel vid intervjuerna och försökte i möjligaste mån hålla sig till trattmodellen. Författarna utförde även intervjuer av varandra för att träna sig i intervjumetodik.

Analys av materialet

Alla intervjuer transkriberades till text för att lättare kunna analyseras samt för att författarna inte skulle missa viktiga delar i materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Totalt utgjorde den transkriberade texten 68 sidor. För att analysera materialet använde sig författarna av manifest innehållsanalys där texten genomlästes upprepade gånger av båda författarna vilket gav en övergripande förståelse. Därefter identifierade författarna meningsbärande enheter genom att välja ut delar i texten som besvarade de aktuella frågeställningarna. Författarna gjorde en grov indelning av de meningsbärande enheterna och grupperade dessa. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebär att texten sammanfattades och kortades ned utan att förlora det viktigaste av innehållet. De övergripande grupperingarna korrigerades och bildade kategorier. Kategorierna har placerats in i Figur.1 och för att ytterligare tydliggöra har de grupperats efter frågeställningarna.

Etiska aspekter

De forskningsetiska riktlinjer som finns är *kravet på information, kravet på samtycke* samt *konfidentialitet och sekretess*. Vi har utarbetat en deltagarinformation som delges deltagarna i studien.

Kravet på information

Enligt Medicinska forskningsrådet (2000) bör informationen vara utformad på ett för läsaren begripligt sätt. Våra deltagare är verksamma inom barnmorskeprofessionen och bör således vara bekanta med det språk som informationen är given på. Informationen vi utformade innehöll syftet med

studien, studiens upplägg, metod för genomförande, att deltagandet var frivilligt samt den förväntade nyttan med studien. Det framgick också tydligt att en deltagare när som helst kunde avbryta deltagande i studien utan att behöva ange orsak. Då våra deltagare tillfrågades utifrån sin professionella roll som barnmorskor förväntade vi oss inte att deltagande i studien skulle innebära något obehag. I deltagarinformationen framgick tydligt att studiens syfte ej var att påvisa brister hos deltagarna utan snarare fördjupa kunskapen om eventuella problem som en barnmorska kunde ställas inför.

Kravet på samtycke

Deltagarna i studien fick via deltagarinformationen även självständigt ta ställning till samtycke, därav uppfyllde vi kravet på samtycke. Enligt Medicinska forskningsrådet (2000) är det viktigt att deltagarna i studien ej står i beroendeförhållande till forskarna. Vi ansåg att detta inte var fallet då vi var studenter och de tillfrågade var professionella barnmorskor. Vi hade som författare ej heller träffat deltagarna tidigare och det var vi som inhämtade samtycke till deltagande i studien och inte någon inom deras arbetsplats.

Konfidentialitet och sekretess

Medicinska forskningsrådet (2000) betonar vikten av att det tydligt framgår att allt material behandlas konfidentiellt, detta innebär att enbart forskargruppen känner till deltagarnas identitet samt att allt material förvaras på ett säkert sätt. Studien och forskargruppen innefattas av sekretesslagen.

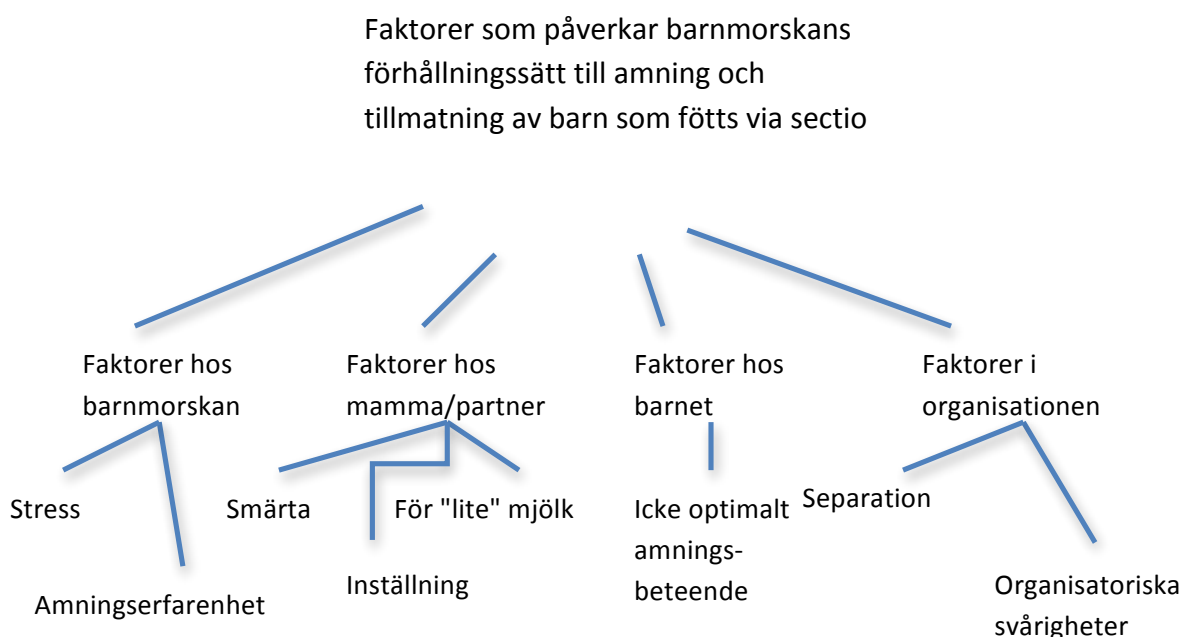
Resultat

Inledning

Samtliga barnmorskor i studien ansåg att det inte är motiverat att tillmata barn vid sectio om mor och barn mår bra. Två barnmorskor uppgav sig ha ändrat sin inställning till amning under deras yrkesverksamma år som barnmorskor från att

ha varit mer amningsinriktade till att i högre utsträckning se till kvinnans behov och omständigheter. En annan barnmorska beskrev att hon upplever negativa strömningar mot amning just nu, hon tycker detta är tråkigt då hon anser att en positiv amningsupplevelse kan stärka anknytningen mellan mor och barn och i många fall läka en negativ förlossningsupplevelse eller negativ kroppsuppfattning. Samma barnmorska beskrev sig ha ett genuint amningsintresse och upplever sig ha ett personligt ansvar för folkhälsan. Hon beskrev att hon vill ge de nyfödda barnen en bra start i livet genom att främja amning.

Något som vi har identifierat är att barnmorskorna ställs inför ett dilemma då de vill främja amning men ställs inför svåra situationer. De svåra situationerna utgör våra subkategorier där faktorer som påverkar barnmorskans förhållningssätt illustreras. Subkategorierna har indelats efter kategorier som innehåller faktorer som återfinns hos barnmorskan själv, hos mamman, hos barnet eller i organisationen.



Figur 1. Översiktbild över de åtta kategorierna.

Faktorer hos barnmorskan

Barnmorskans förhållningssätt till egen stress

”...kanske går det snabbare att mata på dom där barnen eller, att stå inne låst vid en mamma då med en amning och så har du allt det här andra som jag vet att jag måste göra...” (Barnmorska gul)

Tre barnmorskor beskrev att de tror att tillmatning är vanligare på natten pga. tidsbrist som gör det svårt för barnmorskan att stanna kvar, räcka till och stötta mamman. En av dessa barnmorskor beskrev att på natten kan hon i viss mån ha mer tid till mamman då mindre tid läggs på ronder och dylikt. Om det skulle uppstå akut sjukdom hos en mamma är det dock mer sårbart på natten då det är färre barnmorskor per familj och mammor som behöver amningshjälp bli åsidosatta.

Samtliga barnmorskor berättade att de upplever tidsbrist som ett problem även dagtid. En barnmorska beskrev att amningsrådgivning måste få ta tid. Hon försökte finna tid genom att rapportera över patienten till nästa pass och sedan ägna överlappningstiden åt de mammor som behövde extra amningsstöd. Hon önskade att organisationen skall göra det möjligt för barnmorskorna att få mer tid till amningsrådgivning. Hon tror att tidsbristen gör att mor och barn separeras onödigt mycket på uppvakningsavdelningen. Hon försökte även här anpassa sitt arbete för att möjliggöra att mor och barn ska kunna vårdas tillsammans. Denna barnmorska upplevde att mammor trots allt är nöjda med hennes tålamod samt att hon tar sig tid för dom.

Två barnmorskor beskrev att de upplever att då de arbetar på en medicinsk eftervårdsavdelning med komplikationer hos mor och barn medför detta att mindre tid finns till amningsrådgivning och stöd. Akut sjuka mammor prioriteras vilket medför att amningsrådgivning bortprioriteras och barn tillmatas i högre utsträckning. En barnmorska upplevde att hon har ansvar för för många familjer och att hon tvingas prioritera den mamma som ber mest om hjälp. Två barnmorskor nämnde att just uppdelningen av komplicerad och

okomplicerad eftervård gör att avdelningen med komplicerad eftervård blir så mycket tyngre med mer fokus på medicinsk omvårdnad.

"...för dom flesta ringer samtidigt...man kan inte vara överallt...och man prioriterar den som skriker mest...ibland behöver dom som inte skrikit nånting, förlåt att jag säger så, men så är det ju...den som ringer mest är den som får hjälp..." (Barnmorska grön)

En barnmorska beskrev att det finns en stress hos personalen att barnet gärna ska ha sugit redan på förlossningen. Hon tycker sig ana att vissa barn kan ha forcerats till bröstet då de uppvisar tecken på en felaktig sugteknik redan från början. Två barnmorskor medgav att de känner att de inte har tid att låta barnet söka sig till bröstet självständigt.

Tre barnmorskor berättade att det finns en stress inför familjens hemgång. En barnmorska beskrev att läkare ibland vill skriva ut familjen utan att ha sett till hela situationen. En annan barnmorska beskrev att personalen ofta frestas att tillmata barn som gått ner närmare 10 % i stället för att uppmuntra mamman till att intensivamma ytterligare ett dygn. I denna situation behöver barnmorskan mer tid att ge amningsstöd medan familjen behöver ges möjlighet att fortsätta amma. En annan barnmorska upplevde att den korta vårdtiden gör att familjen skickas hem mitt i mjölkspänningsfasen. Hon upplevde att en del barnmorskor saknar erfarenhet av hur barnet successivt gör små framsteg samt att denna process pågår under en längre tid än vad vårdtiden är.

Två barnmorskor uppgav att de fungerar sämre under stress, den ena beskrev att hon arbetar långsammare medan den andra berättade att hon uttrycker sig sämre när hon ger amningsråd och stöd. En annan barnmorska trodde att nya barnmorskor tycker att amning är jättesvårt och ofta blir stressade i en svår amningssituation. Hon upplevde att hennes långa erfarenhet gör att kollegor gärna kommer till henne i en svår amningssituation då hon själv sällan blir stressad.

Barnmorskans förhållningssätt till sin egen amningserfarenhet

”...jag är ju inte mallen för den amningsrådgivning jag ger, jag har ju professionell inställning till amning...//...men jag vet ju att dom råden jag ger funkade för mig...//...så då presenterade jag både det som funkat bra för mig och sen...det som jag har märkt under min erfarenhet, och...och även när vi gick utbildningen också...”
(Barnmorska lila)

Samtliga barnmorskor i studien hade egna amningserfarenheter och sammantaget var dessa över lag positiva. De var överens om att egna amningserfarenheter kan påverka deras förhållningssätt till amning, antingen medvetet eller omedvetet. En barnmorska beskrev att hon använder sig av sin positiva amningserfarenhet och kan ibland delge dessa öppet för sina patienter i syfte att motivera dem. En annan barnmorska trodde att en egen upplevelse av en svår amningssituation samt på vilket sätt den löstes, kan påverka hur barnmorskan förhåller sig om hon ställs inför denna situation igen i sitt arbete. Två barnmorskor upplevde att trots att de själva haft ganska bra amningserfarenheter med få problem så kan de ändå relatera till hur kvinnor kan känna i en svår amningssituation. En barnmorska med okomplicerad amningserfarenhet tyckte sig inte ha någon nytta av dessa erfarenheter i sitt arbete då amningssituationerna på avdelningen ofta är mycket mer komplicerade.

”...alla mina barn var...hur ska jag säga...perfekta, jag ammade och jag hade aldrig några problem så jag kan inte säga att jag fick hjälp av det, här är det väldigt svårt...”
(Barnmorska grön)

Faktorer hos mamma/partner

Barnmorskans förhållningssätt till postoperativ smärta och svårigheter att få till en bra amningsposition

”...alltså det är ju en stor bukoperation, och det är smärta, dom är inte mobiliserade...det blir en icke optimal amningsställning...som kan va jättesvårt alltså...” (Barnmorska röd)

De flesta barnmorskor tyckte att de har välfungerande PM för smärtlindring samt att postoperativ mobilisering i de flesta fall fungerar väl. Dock framkom att samtliga barnmorskor upplevde det svårare att få till en optimal amningsposition såväl liggande på sidan som sittande efter sectio, detta har ofta sitt ursprung i den postoperativa smärtan. Tre av barnmorskorna poängterade att god smärtlindring är grundläggande för optimala amningsförutsättningar, en mamma med ständig smärta blir annars utmattad och orkar inte amma. Flera barnmorskor beskrev att de upplever att mammor som genomgått akut sectio oftare är tröttare, mer stressade och har lägre smärtgräns, detta medför sämre uthållighet i amningssituationen. En barnmorska upplevde att en del kollegor inte vågar smärtlindra ordentligt av rädsla för att kvinnan ska utveckla ett beroende. En annan barnmorska berättade att hon använder sig av VAS-skalan för att utvärdera given smärtbehandling. Samma barnmorska beskrev även att mamman är som bäst smärtlindrad på uppvakningsavdelningen då hon fortfarande har effekt av spinalanestesi. Hon upplevde att en del mammor är svårare att mobilisera pga. rädsla för att operationssåret ska gå upp. Dessa mammor är också rädda för att beröring från barnet eller barnmorskan ska utlösa smärta, barnmorskan bemöter detta genom att ge information till kvinnan för att hon ska känna sig trygg. En annan barnmorska beskrev att kvinnor med minne av en negativ smärtupplevelse under förlossningen eller pågående sectio är mer rädda för att smärtan ska komma tillbaks eller utlösas av exempelvis rörelser eller beröring.

Tre barnmorskor var överens om att icke optimal amningsposition till följd av icke adekvat smärtlindring leder till svårigheter för mamman att se barnets sugtag, position, och beteende vid bröstet. Icke optimal amningsposition kan leda till såriga bröstvårtor redan första dygnet beskrev en barnmorska. En annan barnmorska beskrev hur hon involverar partnern i detta så att han/hon kan hjälpa mamman att se hur barnet ska ligga vid bröstet. Ytterligare en barnmorska beskrev att mamman har mindre kontroll över sin kropp och mammans minskade rörlighet gör att hon har svårare att självständigt svara på barnets

signaler. För att hjälpa mamman att uppnå en optimal amningsposition använde barnmorskorna sig av kuddar, handdukar och liknande som stöd.

Barnmorskans förhållningssätt till mammans/partners inställning

"...dom här jätteunga föräldrarna där är det oftast inga problem över huvudtaget...dom förväntar sig inte att det inte ska gå bra, ja och då går det oftast jättebra...//...ju mer påläst man är ju mer problem skapar man..." (Barnmorska orange)

"...nu vet inte jag, men jag har alltid varit så fascinerad mer utav de här yngre kvinnorna, dom är så öppna....dom är så öppna på förslag, det är helt så hära...men om jag får en som är 43 ...första barnet, hon har redan bestämt, så här ska det va!...hon går efter sin almenacka..." (Barnmorska gul)

Tre barnmorskor beskrev att unga föräldrar oftare har en öppen inställning till amning samt att de sällan förväntar sig problem, detta leder till att det mer sällan också blir amningsproblem. Fyra barnmorskor beskrev hur de upplever äldre föräldrar som mer pålästa och att dessa förväntar sig mer problem med amningen, om amningen inte går som planerat eller som mamman föreställt sig utlöser det ofta stress. En barnmorska upplevde att dessa kvinnor har prestationsångest över amningen. En annan barnmorska beskrev att pålästa föräldrar vet vilka problem som kan uppstå och letar då efter dessa problem. Ytterligare en barnmorska upplevde att många mammor letar information på internet och att det kan vara svårt för dom att sälla mellan vetenskapliga fakta och självupplevd amningserfarenhet från bloggar. Hon upplevde att det finns en misstro mot experter samt att en del mammor tror att vården undanhåller en del information.

Samtliga barnmorskor var överens om att det är föräldrarnas önskemål som styr huruvida barnet ska tillmatas. Fyra barnmorskor beskrev att de inte går in i jättelånga diskussioner men att de alltid ger information först, om amningsprocessen samt att barnets beteende är normalt, om föräldrarna fortfarande är påstridiga till tillmatning nekade de inte det. En barnmorska trodde att hon för 10 år sedan hade penetrerat djupare och bearbetat anledningen till föräldrarnas önskemål om tillmatning. Två barnmorskor beskrev att de är nogga

med att dokumentera att tillmatning gavs på föräldrarnas önskemål. De trodde att detta oftare sker på natten då mammorna upplevs vara tröttare, skörare och ha sämre uthållighet.

”...ofta skulle jag säga att det är på föräldrarnas begäran...//...det finns ganska ofta ett önskemål från mamma...” (Barnmorska röd)

En barnmorska beskrev att hon kontrollerar om mammans önskemål om amning från mödravården stämmer men penetrerar inte detta djupare. Hon upplevde att svenska kvinnor tycker att amning är viktigt. Om mamman ändrar inställning under vårdtiden vill barnmorskan förhöra sig om vad som hänt samt att det inte uppstått något missförstånd, barnmorskan stöttar alltid mamman oavsett vilket beslut hon fattar. Hon berättade även att hon träffat mammor som upplevt barnmorskor som amningsfanatiska samt att de har velat få barnet att suga till varje pris. Detta har lett till att mamman inte velat amma sitt nästkommande barn men också svårigheter för mamman att våga berätta om sina önskemål pga. barnmorskornas amningsiver. Ytterligare en barnmorska beskrev att mammor med dålig amningserfarenhet oftare inte vill amma.

En barnmorska beskrev att ankomstsamtal är viktigt för att få en uppfattning om mammans inställning från början. Hon upplevde att det är vanligare idag att föräldrar har önskemål om att dela på ansvaret när det gäller amning exempelvis genom att partnern kan ge flaska på natten. Hon tyckte sig se att dessa mammor oftare har hört om negativa amningserfarenheter från väninnor samt att de oftare inte tror sig kunna orka med amningen helt själva utan stöd från sin partner. Hon bemötte detta genom att kompromissa och motivera föräldrarna att först etablera amningen så de får en bra grund att stå på. Hon säger att föräldrarna sedan kan prova sitt sätt hemma och upplevde att många föräldrar blir lättade över detta. Hon beskrev också att kvinnor med tidigare dålig amningserfarenhet behöver mer stöd och tid från barnmorskan då dessa mammor är mer sårbara och villiga att ge upp.

En barnmorska beskrev att när barnet skriker, är hungrigt och svårtröstat samt att mamman dessutom är uttröttad kan både barnmorska och föräldrar bli stressade. Även om barnmorskan anser att det bör finnas en medicinsk indikation för tillmatning händer det ibland att hon ger tillmatning då hon tycker att dessa fall är svåra att hantera. I vissa fall kan hon i efterhand se att beslutet var riktigt då både mamma och barn fick en chans att vila för att sedan kunna börja om med nya krafter, denna inställning delades av ytterligare en barnmorska. En annan barnmorska ansåg att det är viktigt att bekräfta mammans känslor när barnet skriker. Hon ger föräldrarna perspektiv på hur amningen kan vara i början och hur barnets beteende kan se ut. Hon betonar att barnets beteende är normalt och försöker involvera pappan i att trösta barnet så mamman kan få en chans till vila emellanåt.

"...rent generellt så kan jag...ibland känna att...när man verkligen har försökt och dom har försökt och dom kämpar och kämpar och man pratar om det normala och dom verkligen kämpar och testar och till slut så... sitter mamma och storgråter, är helt uttröttad, helt uppgiven och ett barn som gallskriker bara, är helt galen...och dom vill inget annat än att vi ska göra nånting, och så får dom en slurk mat där och så somnar dom...//...sen börjar dom om från början, där kan jag känna ibland att....det var bra...dom behövde det båda två..." (Barnmorska orange)

Två barnmorskor beskrev att en del föräldrar blir förvånade över att barnet vill vara nära och amma hela tiden samt att barnet blir ledset då det ligger för sig själv i barnbaljan. Den ena barnmorskan berättade att hon ibland har sett att mammor med en annan kulturell bakgrund har svårt att ta till sig rådet om hud mot hud samt att det förekommer att barn lindas, har vantar på sig samt placeras i balja vilket gör det svårt för barnet att visa amningssignaler. Hon hanterar detta genom att förklara för föräldrarna att amning inte bara är mat utan också närhet, trygghet och kärlek samt att barnet lugnar ner sig om det får ligga hud mot hud. Den andra barnmorskan brukade använda konkreta exempel, exempelvis genom att få mamman att känna efter hur det skulle kännas om hennes partner var bortrest och ena sidan av sängen är tom. Hon beskriver också att barnet legat nio månader i mammans mage och är van vid att känna sin mammas röst, lukt och värme. Barnmorskan beskrev att en del mammor är rädda för att ha barnet hos

sig i sängen på natten då de är rädda att barnet ska trilla ur sängen eller bli klämt. Hon berättar då att naturen har förberett mamman under graviditeten att vara lättväckt för att kunna se sitt barns behov. Hon försöker också involvera partnern i omvårdnaden av barnet så att föräldrarna får bättre förutsättningar att samarbeta och dela på ansvaret när de kommer hem.

En barnmorska berättade att en del föräldrar upplever sig få olika amningsråd av olika barnmorskor. Hon beskrev att det är svårt att helt undvika detta då råden är olika beroende på barnets ålder samt amningssituation. En annan barnmorska brukade förbereda föräldrarna på detta redan vid ankomst till avdelningen för att öka deras tolerans. Hon förbereder även kvinnan på emotionella svängningar samt att hon kan känna sig sårbar i den nya situationen hon befinner sig i. Denna barnmorska upplevde att en del mammor har dåligt med tålamod och gärna vill ha en snabb lösning på uppkomna problem. Hon upplevde det svårt att ge stöd och råd till en mamma som är passiv och som lägger över allt ansvar på barnmorskan. Hon beskrev att många mammor i dag har höga krav på sig att vara snygga, bra älskarinnor och ta hand om hemmet. Hon kan då agera ”morsa” och styra upp mammorna för att få dom att landa i nuet och tycker sig få positiv respons på sitt arbetssätt. Ytterligare en barnmorska beskrev att hon kan se att mammor som har en pessimistisk inställning och som inte orkar kämpa är svårare att hjälpa. Hon beskrev att mammor med en psykosocial problematik är svårare att pressa. Hon brukar då informera om att mamman också måste ha tålamod och att hon inte ska ge upp så lätt.

En barnmorska berättade att hon upplever att en del mammor blir stressade då personalen hela tiden frågar hur det går med amningen. Samma barnmorska beskrev amningssituationen som privat för mamman samt att hon försöker vara lyhörd och ödmjuk. Hon brukar försöka avstyra pumpning på natten då hon anser att mamman behöver vila men låter alltid kvinnans egna önskemål styra.

Två barnmorskor betonade vikten av partnerns stöd. En av barnmorskorna kunde se att i familjer med annan kulturell bakgrund är det vanligare att pappan är mer dominant. Hon har då i vissa fall haft tolksamtal med mamman då pappan inte är där och ibland har det framkommit önskemål från mamman att

personalen ska ljuga för pappan och hitta på medicinska indikationer för tillmatning så att mamman ska få slippa amma.

Barnmorskans förhållningssätt till mammans upplevelse av "för lite mjölk"

"...för det kan ju hända att kvinnor säger redan på första dygnet, 'jag har ingen mjölk', 'jaha varför tror du det?'...så får man prata om råmjölk om hur mycket det är..."
(Barnmorske lila)

Fyra barnmorskor beskrev att mammor med en annan kulturell bakgrund i större utsträckning än svenska mammor upplever sig ha för lite eller ingen råmjölk. En barnmorska berättade att mammor från vissa kulturer ser råmjölken som smutsig, detta leder till att de oftare vill ge tillmatning de första dygna. Barnmorskan hanterade detta genom att få föräldrarna att tänka efter och själva fundera kring hur de hade gjort om de levt under sådana förutsättningar att mjölkersättning inte fanns. Hon brukade även fråga föräldrarna om hur de själva blev uppfödda samt hur deras mamma gjorde, då brukar föräldrarna ofta ändra inställning. Ytterligare en barnmorska hade sett att mammor från en annan kulturell bakgrund ofta vill ge sockerlösning till barnet under det första dygnet. Hon brukade då förklara att barnets tarmar är känsliga i början samt att föräldrarna bör följa de riktlinjer som finns i Sverige när det gäller amning. En annan barnmorska beskrev att i de fall föräldrarna har med sig egen mjölkersättning brukar hon prata med föräldrarna om detta och säga till dem att de i stället skall be om mjölkersättning från personalen om de vill ha det, detta för att minska risken att föräldrarna blandar mjölkersättning i smyg på rummet och på ett ohygieniskt sätt. Hon beskrev att föräldrarna ofta känner sig lugnade när de förstår att de kan få mjölkersättning från personalen men att de sällan i slutändan tycker sig behöva ge barnet mjölkersättning. Tre barnmorskor beskrev att de lär kvinnan handmjölkning för att stärka hennes tilltro på att hon har mjölk. Dessa barnmorskor informerade även mamman om amningens fysiologi och anatomi samt förväntade mjölmängder. En barnmorska betonade att det ibland är viktigt att visa kvinnan råmjölken och inte bara berätta om den och

dess mängd. Fyra barnmorskor beskrev att de i första hand brukar visa handmjölkning med hjälp av instruktionsbröst. En barnmorska berättade att om det är svårt att lära mamman att handmjölka på detta sätt brukar hon fråga om hon får hjälpa till handgripligen. En annan barnmorska löste detta genom att lägga sina händer ovanpå mammans händer för att visa. En tredje barnmorska tog aldrig handgripligen på mammans bröst. En barnmorska föredrog att visa handmjölkning handgripligen men hon frågade alltid först och hon upplevde att få mammor tacka nej. Om mamman skulle tacka nej kan barnmorskan använda sig av instruktionsbröst eller visa på sig själv.

”...jag föredrar docka och tygbröst...//...till exempel handmjölka försöker vi ju lära våra kvinnor att göra, nånting som de har mycket nytta av för att det stärker dom otroligt mycket när dom säger att dom inte har nån mjölk och sen får man dom att handmjölka och då kommer det ju även om det bara är små droppar så de blir ju alldeles chockerade liksom...//...det vet ju jag att kollegor till mig gör ju det åt dom...”
(Barnmorska röd)

En barnmorska beskrev att blodsockermätning på barnet kan vara en bra referens på att barnet faktiskt får i sig mjölk, hon menar att detta kan stärka kvinnans tro på att hennes mjölk är tillräcklig. Hon beskrev att mammor som genomgått sectio ofta har en uppfattning av att mjölkproduktionen kommer igång senare pga. sectio. Hon förklarar då för kvinnan att kroppen förbereder sig på amning innan förlossningen samt att förlossningssätt inte har någon betydelse. Hon upplevde att mammorna gärna vill att mjölken ska rinna på en gång och hon förklarar då att ju mer barnet suger och stimulerar bröstet desto mer mjölk produceras. Hon beskrev att många mammor blir tillfredsställda av att kunna ge sin egen mjölk till barnet. En annan barnmorska beskrev hur hon upplevde att föräldrar kan bli förvånade då hon informerar dom om att mjölkproduktionen kan ta tid och att amningen i vissa fall etableras fullt ut först efter en till två månader. Efter att hon gett denna information upplevde barnmorskan föräldrarna som bättre förberedda och villiga att fortsätta kämpa.

Faktorer hos barnet

Barnmorskans förhållningssätt till ett icke optimalt amningsbeteende

”...men om det börjar gå såhär, att det har gått 20 timmar, faktiskt...så...man skulle önska att vi alla, fast att vi säger att vi ska va mycket mera på, även om det är så att det är ett friskt barn, det har inte sugit så behöver man ju inte börja tillmata förrän det gått 24 timmar, men man behöver ju inte vara helt inaktiv dom där timmarna...”
(Barnmorska lila)

Samtliga barnmorskor ansåg att en del amningsproblem orsakades av en sen sugstart till följd av den separation som mor och barn utsätts för vid sectio, detta kan leda till ett försämrat sökbeteende. Den vanligaste åtgärden som alla barnmorskor använder sig av vid amningsproblem är att främja hud mot hudkontakten mellan mor och barn. En barnmorska beskrev att barn med sen sugstart har svårare att komma igång med amningen och oftare går ner 10 %. Hon tycker därför att det är viktigt att inte vara passiv de första 24 timmarna. Barnmorskan försöker att inte stressa mamman över detta men kan försöka väcka barnet genom att exempelvis lyfta upp det för att kontrollera hudfärg eller för att titta i blöjan. Hon försöker även stimulera barnet genom att låta det ligga hud mot hud samt stryka med bröstvårtan över barnets mun samt låta mamman klämma fram några droppar bröstmjolk för att barnet ska känna lukten. Barnmorskan såg också tillmatning som en kortsiktig lösning som inte gagnar amningen. Hon trodde att tillmatning kan ge kvinnan dåligt självförtroende och att kvinnan kan uppleva sig otillräcklig då den uppkomna situationen gick så lätt att lösa med mjölkersättning.

En annan barnmorska beskrev att hon inte blir orolig om barnet ej sugit direkt efter förlossningen då barnet har energireserver att klara sig i ca 24 timmar. Samtidigt beskrev hon att hon trots det kan bli lite mer orolig för ett barn som genomgått akut sectio, inte kommit igång att suga och sover mycket. Hon sa att det alltid känns bättre om barnet sugit minst en gång. Hon medgav att hon frestas att kontrollera barnets blodsocker vilket ibland kan leda till låga värden som måste åtgärdas med tillmatning, denna inställning delades även av en annan barnmorska. Den förstnämnda barnmorskan uttryckte att det ofta troligen skulle

vara tillräckligt att handmjölka och ge moderns bröstmjolk i stället för att tillmata barnet. Hon ansåg att provtagning på barn bör begränsas och att det bör finnas en tydlig indikation. Vid sen sugstart informerar denna barnmorska mamman om att ha barnet hos sig hud mot hud samt att försöka att lägga till så fort barnet är vaket. Om en första sugstart dröjer och det börjar närma sig 20 timmar post partum försöker barnmorskan mer aktivt att väcka barnet och stimulera sökbeteendet. Samma barnmorska upplevde att ett omoget sugbeteende är det som är svårast att åtgärda och upplevde det som frustrerande när mamma är ledsen och stressad. Hon lugnar situationen genom ge råd och stöd till mamman och tycker det är viktigt att särskilt informera mamman om att alla barn inte kryper självmant direkt till bröstet utan att det kan ta olika lång tid för olika barn. Även en annan barnmorska beskrev frustration att fortsätta uppmuntra hud mot hud kontakt om barnet trots detta inte kommer till att suga.

Två andra barnmorskor beskrev hur de kan ge barnet mjölkersättning med en spruta i mungipan när barnet ligger vid bröstet för att stimulera barnets sugreflex om det inte kommer tillräckligt med bröstmjolk vid handmjölkning. En annan barnmorska beskrev att barnet inte bör pressas och stressas till en första sugstart samt att hon har en avvaktande inställning till tillmatning. Hon lägger barnet hud mot hud och låter barnet få en chans att amma först samt instruerar mamman hur hon ska ”servera” maten genom att ha barnet i ett bra läge vid bröstet. Hon förklarar för mamman att barnet kan suga men ej kan ”leta själv”. Ytterligare en annan barnmorska beskrev att barnet måste få tid och chans att själva uppvisa amningssignaler.

En barnmorska berättade att hon inte upplevde det som speciellt svårt att få barnet att suga. Hon instruerar mamman att ha barnet mage mot mage och hjälper till genom att föra barnets huvud över bröstvårtan tills barnet gapar. När barnet slutligen gapar tillräckligt stort för hon barnets huvud till bröstet.

Vid en olöst problematisk amningssituation beskrev två barnmorskor att det är viktigt att inte lämna mamman utan att ha gjort upp en plan för hur hon ska gå till väga i fortsättningen.

Faktorer i organisationen

Barnmorskans förhållningssätt vid separation av mor och barn direkt efter förlossningen

Alla barnmorskor utom en nämnde att separation av mor och barn direkt efter förlossningen i stor utsträckning påverkar amningsutfallet negativt. Separation av mor och barn är mer uttalad vid akut sectio än vid elektivt sectio. Barnmorskorna som arbetar på eftervårdsavdelning gick endast på elektiva sectio, dock hade en del erfarenhet från förlossningsavdelning och hade då också erfarenhet av akuta sectio. Tre barnmorskor beskrev att en onödigt lång separation försvårar och fördröjer möjligheten att komma igång med amning, detta pga. att barn som inte får suga de första timmarna efter förlossningen upplevs förlora sin instinkt och får försämrat sökbeteende. Barnmorskorna beskrev detta som att barnet ”går vilse”, ”glömmer bort” och blir ”snuvad på” om det separeras från mor. Två barnmorskor berättade att dessa barn även blir trötta och somnar. Två andra barnmorskor berättade att de brukar gå med barnet direkt till mamma för att lägga hud mot hud, där navlas också barnet av i syfte att optimera tidig sugstart. En barnmorska berättade att hon upplever det som svårt att lägga barnet hud mot hud direkt efter förlossningen pga. att det är dåligt med utrymme på mammans bröstorg. Två barnmorskor berättade även att de strävar efter att snarast möjligt lägga barnet hud mot hud hos mamma på uppvakningsavdelningen när barnet är som mest aktivt och söker efter bröstet. En barnmorska berättade att i de fall mamman ej vill ha barnet hos sig direkt efter förlossningen brukar hon visa upp barnet i syfte att väcka moderskänslor hos mamman och för att visa att barnet är en individ som behöver tas om hand. Samma barnmorska försökte också samarbeta med uppvakningsavdelning genom att finnas tillgänglig vid eventuella problem och vara tydlig med att hon fortfarande har ansvar för barnet, detta i syfte att möjliggöra samvård av mor och barn. En annan barnmorska beskrev som citatet nedan.

”...det är så dumma rutiner, operation har sina regler och uppvaket har sina, och allting motverkar att...allting gör att mor och barn skiljs åt, man kanske missar det här första bra amningstillfället som liksom sätter grunden...” (Barnmorska lila)

Barnmorskans förhållningssätt till organisatoriska svårigheter

”... i vårt jobb, vi måste skilja mellan normal och avvikelse till exempel...att det som är på gränsen till normalvikt, sen måste man också få en chans att bli normal, man kan inte...bara hamna på den här ’avvikande’ (kurvan)...” (Barnmorska rosa)

En barnmorska beskrev en fyrkantighet hos sina kollegor och tyckte att somliga följer PM alltför strikt. Hon tyckte att barn som ligger i gränzonen för tillmatning genom att till exempel vara tung för längden eller ha en viktnedgång på 10-12 % bör få en chans att bli ”normal”. Hon trodde att vissa av dessa barn mycket väl skulle klara sig på amning men betonar att barnmorskan måste vara uppmärksam på symptom hos barnet exempelvis lågt blodsocker. Hon trodde att arbetslivserfarenhet påverkar hur mycket en barnmorska vågar lita på sin egen bedömning. Hon betonade att barnmorskans ansvar är det normala men att hon/han skall kunna identifiera det som avviker.

Två barnmorskor beskrev att på en okomplicerad eftervårdsavdelning krävs i högre utsträckning läkarordination innan tillmatning ges. De trodde att då barnmorskor redan är så vana vid tillmatningsscheman på en medicinsk eftervårdsavdelning så blir det lättare att tillmata barn även där indikation saknas. Den ena barnmorskan såg en fara i att det blir för lätt att tillmata barn. Hon tyckte att det bör finnas en klar indikation för tillmatning samt att det ska göras en ny bedömning inför varje arbetspass så att tillmatningen ej fortsätter slentrianmässigt. När hon började arbeta på eftervårdsavdelning fick ingen tillmatning ges utan läkarordination och hon tror att barnmorskans förhållningssätt till amning och tillmatning har mjuknat de sista 10 åren. En annan barnmorska berättade att hon arbetade under den tid då det gjordes ansträngningar för att höja amningssiffrorna i Sverige. Hon berättade även att det som visat sig fungera är att ansvaret för amning och tillmatning lades på

barnmorskorna i stället för på barnsköterskorna samt att det beslutades att all tillmatning skulle ske på läkarordination.

Diskussion

Resultatdiskussion

I vårt resultat har vi sett att det som påverkar barnmorskornas förhållningssätt till amning och tillmatning vid sectio är faktorer hos barnmorskan själv, mamma/partner, faktorer hos barnet samt faktorer i organisationen.

Faktorer hos barnmorskan som påverkar hennes förhållningssätt är hur hon förhåller sig till egen upplevd amningserfarenhet samt hur hon upplever och hanterar sin egen stress. De flesta barnmorskorna hade en över lag positiv amningserfarenhet. Om en barnmorska själv har en positiv amningserfarenhet och ej upplevt några amningsproblem reflekterar vi över om detta skulle kunna bidra till att barnmorskan har minskad förståelse för en mamma i en amningssituation med problem. Samtidigt ser vi att det skulle kunna vara positivt att barnmorskan går in med en inställning att det kommer att lösa sig. Vi anser att det är viktigt att barnmorskan är professionell och inte förmedlar sina egna amningserfarenheter som absolut sanning. Vi anser att det är bra att ta hjälp av positiva amningserfarenheter utan att förmedla till mamman och partnern att de är självupplevda samt att de skulle vara det enda rätta sättet att lösa den uppkomna situationen.

Samtliga barnmorskor upplever en viss tidsbrist samt att detta leder till stress. Stress över att inte ha tid att stå kvar hos mamman och ge amningsråd leder till att barn tillmatas utan medicinsk indikation. Det nämns även att tidsbrist och stress kan leda till att mor och barn separeras onödigt mycket efter förlossningen i de fall barnmorskan inte har tid att låta mor och barn vårdas tillsammans på uppvakningsavdelningen. Vi tror, precis som några barnmorskor sagt, att tillmatning vid en problematisk amningssituation är en kortsiktig lösning som inte är tidsbesparande i långa loppet då lösningen på problemet skjuts fram. Tillmatning utan att samtidigt stimulera bröstet kan leda till fördröjd mjölkproduktion. I en studie sågs att vid varje tillfälle som bröstet stimulerades

frisattes oxytocin och prolaktin som är en förutsättning för att mjölkproduktionen ska starta (Nissen, Uvnäs-Moberg, Svensson, Stock, Widström & Winberg, 1995). Fördröjd mjölkproduktion kan leda till längre vårdtider, sämre självförtroende och självständighet hos mamman samt fler besök på amningsmottagningen. Att ta sig extra tid i en uppkommen problematisk amningssituation tror vi skulle spara tid för all personal i framtiden. Vi tror att en del stress skapas av barnmorskan själv, exempelvis finns det ingen medicinsk indikation för att tillmata ett barn som gått ner närmare 10 % kvällen innan hemgång. Vi tror att stressen i denna situation orsakas av barnmorskans vilja att vara effektiv och hennes/hans strävan i att upprätthålla patientflödet. Det finns flera exempel på hur vårdtiden är standardiserad efter exempelvis mammans/barnets medicinska status och/eller paritet. Vi anser att vården i högre utsträckning bör individanpassas då de medicinska komplikationerna i vissa fall kan åtgärdas snabbare än ett amningsproblem, något som sällan tas hänsyn till. I en studie gjord i Australien sågs att många mammor, framförallt förstföderskor, upplevde misstro till sin egen förmåga att ta hand om sitt nyfödda barn. Mammorna uttryckte att den viktigaste faktorn för trygghet var möjligheten att få stanna på eftervårdsavdelningen så länge de behövde. Även författarna till denna artikel betonade vikten av individanpassad vård samt flexibilitet inom eftervården (McLachlan, Gold, Forster, Yelland, Rayner J. & Rayner S., 2009).

I vårt resultat tyckte flera barnmorskor att smärtlindringsrutinerna fungerade bra. Trots detta framkom att ett stort problem när det gäller amning efter kejsarsnitt var just svårigheten att hitta en bra amningsposition pga. den postoperativa smärtan. En studie gjord i Sverige visade att 78 % av mammor som genomgått sectio angav fyra eller mer på VAS-skalan vilket bedöms som otillräcklig smärtlindring (Karlström, Engström-Olofsson, Norbergh, Sjöling & Hildingsson, 2007). Vidare visades att det inte förelåg någon skillnad i smärta mellan elektivt och akut sectio. I studien framkom dock att kvinnorna i regel var nöjda med smärtlindringen. Den postoperativa smärtan påverkade mammans förmåga att amma samt att ge sitt barn omvårdnad. I vårt resultat beskrev endast en barnmorska att hon använde VAS-skalan för att bedöma och utvärdera

mammans smärta och smärtbehandling. Vi kan inte säga att de andra barnmorskorna inte använde VAS-skalan då vi inte hade detta som en ledande fråga utan detta dök upp spontant hos den första barnmorskan. Dock ser vi en fara i att inte använda VAS-skalan då det verkar framkomma i ovan nämnda studie att kvinnor underrapporterar sin smärta. Vi tror att barnmorskan kan få olika uppfattningar om mammans faktiska smärtupplevelse beroende av om hon efterfrågar VAS eller om hon efterfrågar om mamman är nöjd med sin smärtlindring.

Slutligen har det i vårt resultat framkommit att den främsta anledningen till att barn idag tillmatas utan medicinsk indikation beror på önskemål från mamman eller partnern. Vanliga orsaker var att mamman var trött nattetid eller hade haft ett utdraget värkarbete där förlossningen avslutats med sectio. Det framkom även önskemål från paren om att dela på matningen av barnet dels pga. att mamman inte trodde sig orka själv men även pga. en önskan om jämställdhet. Vi tror att detta kan bero på att mammor idag är äldre när de får sitt första barn samt att de gärna vill kunna kombinera familjeliv och karriär. Vi tror att det idag även finns fler mammor som har önskemål om att deras liv i större utsträckning ska se ut som det gjorde innan de fick barn exempelvis i form av sociala aktiviteter, jobb, träning och nöje. Då vi är nya inom yrket vet vi ej hur barnmorskor förhåller sig till dessa önskemål för 10 år sedan men vi kan tänka oss att barnmorskor idag i större utsträckning anpassar sig efter mammans och partners önskemål.

I vårt resultat framkom också att det var vanligt att mammor upplever sig ha för lite mjölk de första dagarna post partum. I en svensk studie såg man att mammor som genomgått akut sectio hade ett mindre gynnsamt oxytocinmönster med färre toppar i jämförelse med vaginalt förlösta (Nissen, Uvnäs-Moberg, Svensson, Stock, Widström & Winberg, 1995). Vidare såg man att dessa mammor även hade lägre nivåer av prolaktin 20-30 min efter påbörjad amning. Detta bekräftar att mammornas upplevelse av hur mycket mjölk som kommer kan stämma och att de låga prolaktinnivåerna kan göra att mjölkproduktionen fördröjs. I samma studie sågs ingen skillnad i kortisolnivåer, dock hade de mammor som genomgått akut sectio inte samma sänkning av blodtrycket som de

vaginalförlösta något som kan indikera stress och/eller smärta hos dessa mammor. Med denna kunskap finner vi det viktigt att dessa mammor får extra stöd och bekräftelse i sin upplevelse. Mammorna behöver också få information om att mjölkproduktionen kan ta lite längre tid och att det är viktigt att de inte skrivs hem för tidigt.

Barnmorskorna beskriver hur barn som separerats under de första timmarna efter förlossningen tappar sitt naturliga sökbeteende vilket kan leda till sen sugstart. Barnmorskorna försöker främja sugstarten genom hud mot hud kontakt. Liksom en barnmorska beskrev tycker vi inte att man som barnmorska ska vara alltför passiv de första 24 timmarna vid sen sugstart. Som tidigare nämnts kan sectio medföra en ökad risk för suboptimalt sökbeteende, högre risk att barnet tillmatas de första 48 timmarna samt att mjölkproduktionen försenas. Detta leder oftare till viktnedgång >10 % och då ökar risken för att barnet hamnar i en mer långvarig tillmatning (Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig & Cohen, 2003). Vi anser dock att det är viktigt att det inte blir ett stressmoment för mamman att barnet ska suga så snart som möjligt. En barnmorska gav bra exempel på hur hon går tillväga i en sådan situation. Hon beskrev hur hon brukar använda sig av små vita lögner om att hon exempelvis vill kontrollera barnets hudfärg eller titta i blöjan och kunde på så sätt störa och väcka barnet lite utan att mamman blev orolig. Samtidigt tycker vi det är viktigt att inte forcera amningen utan att barnet bör få tid på sig att visa normala amningssignaler och få söka. En del barnmorskor kontrollerar barnets blodsocker om barnet exempelvis inte har kommit igång att suga och sover mycket. Vi tror att det finns en fara i detta då det kan leda till att blodsockervärden som ligger på gränsen till för låga upptäcks och åtgärdas i förebyggande syfte, utan att det kanske egentligen hade varit nödvändigt. Om ett friskt och fullgånget barn vårdas hud mot hud så underlättar det barnets förmåga till självreglering, vilket beskrivs i två studier (Bystrova m.fl., 2009; Widström m.fl., 2011). I vissa fall kan tålamod och exspektans leda till att barnet börjar känna hunger och vill amma, detta tillfälle uteblir då om barnet i stället har tillmatats. Vi skulle vilja se att man i de situationer då man uppmätt ett blodsocker som är på gränsen till för lågt i högre utsträckning handmjölkar och försöker ge barnet mammans bröstmjolk i dessa situationer.

Ett stort problem som identifierats är hur mor och barn ej kan vårdas tillsammans som man gör efter en vaginal förlossning. Detta är mer uttalat vid akut sectio och det verkar som om en stor del beror på svårigheter att låta barnet vårdas på uppvakningsavdelning då personalen där ej vill ha ansvar för barnet då de i högre utsträckning är rädda för att komplikationer ska uppstå. Även vid ett akut sectio kan mor och barn efter avslutad förlossning må bra och vi kan då inte se varför inte mor och barn skulle kunna vårdas tillsammans, vi anser att detta är en stelbent inställning, även här bör vården kunna individanpassas efter den aktuella situationen. Även vid förflyttning av barnet från operationssal till uppvakningsavdelning separeras mor och barn och detta stör barnet i sitt sökande och måste varje gång det separerats från mor börja om från början. Tidig hud mot hud kontakt är inte bara viktig för att främja amningen utan en studie visar att detta även påverkar interaktionen mellan mor och barn positivt upp till ett år efter födelsen (Bystrova m.fl., 2009).

Metoddiskussion

Valet att använda oss av en kvalitativ intervjustudie tycker vi har gett oss ett rikt och användbart material. Vi tycker att vi har fått svar på vårt syfte och våra frågeställningar och vi tror inte att vi hade kunnat få ett bättre material genom att använda en annan metod.

När det gäller vårt urval kan vi se en svaghet i att vi hade en begränsad tid på oss att rekrytera deltagare. Likaså hade vi önskat att fler hade visat intresse att delta i studien för att vi på så sätt hade kunnat handplocka deltagare för en rikare variation. Vi hade ett bortfall på en deltagare som inte svarade på mail eller telefon. Vi ser det som en styrka att denna deltagare kände sig bekväm med att kunna avböja samtidigt som vi gärna hade sett ytterligare en deltagare. Vi hade gärna sett en större variation av arbetserfarenhet, nu hade vi enbart en deltagare som jobbat mindre än 10 år. Dessutom hade vi önskat fler deltagare som arbetar natttid, nu hade vi en. Vidare hade vi gärna sett deltagare under 40 år samt deltagare av manligt kön. Vi ser det som en styrka att vi slumpmässigt fått en deltagare som hade ett specifikt amningsintresse och vidareutbildning i amning

på högskolenivå. I studien deltar både svenska barnmorskor samt barnmorskor med annan etnisk och kulturell bakgrund vilket vi ser som en styrka. Vi funderar på hur resultatet hade sett ut om vi hade haft deltagare utan egna barn och således ingen egen amningserfarenhet. Vi hade en stor variation i erfarenhet från eftervård från 1,5 år till 30 år. Barnmorskan med 1.5 års erfarenhet som barnmorska hade roterat mellan eftervård och förlossning, barnmorskan med 30 års erfarenhet av eftervård hade arbetat med eftervård även som sjuksköterska.

Vi valde att rekrytera våra deltagare genom att besöka eftervårdsavdelningarna på personalmöte. Vi känner att detta var ett bra sätt då vi muntligt kunde presentera vår studie och direkt svara på frågor som dök upp. Vidare kan vi tänka oss att information inte nådde ut till alla, dels pga. tidsbristen under rekryteringsprocessen och dels pga. att vi inte säkert kan veta att informationen faktiskt fördes vidare till samtliga anställda. Då vi fick en deltagare som inte medverkat på personalmötet då informationen gavs och så tror vi att informationen till stor del nådde ut till övriga som inte närvarat. Vi tror att genom att vi personligen rekryterade deltagarna och inte gick via en chef fick deltagare som hade ett genuint intresse av att delta i studien.

Vi har enbart anpassat oss efter deltagarnas scheman och har gjort intervjuer i anslutning till deltagarnas arbetstid både på morgnar, eftermiddagar och sena kvällar, detta ser vi som en styrka samt att det ökar chansen till att deltagarna faktiskt känner att det är möjligt att ställa upp. Den tidsmarginal som utlovats för intervjuerna har hållits.

Intervjuerna utfördes med hjälp av öppna frågeställningar, detta tycker vi har fungerat bra och vi upplever att detta har gett deltagarna stort utrymme för att själva prata och reflektera. Att vara två vid intervjuerna ser vi som positivt då vi har kunnat komplettera varandra med följdfrågor samt kunnat observera kroppsspråk under intervjuens gång. Vi har inte kunnat påverka val av lokal för intervjuerna men efter de förutsättningar som lokalen erbjudit har vi gjort vårt bästa för att skapa en trygg miljö och vi har försökt tänka på hur vi placerat oss i förhållande till den som intervjuats. Att spela in intervjuerna med hjälp av diktafon har varit ett oersättligt hjälpmedel då vi märkt att man sällan kommer

ihåg alla detaljer efter en intervju. Intervjuguiden har varit en stor hjälp för oss men den förenklade variant som deltagarna fick har inte använts i lika stor utsträckning. Sammantaget upplever vi att intervjuerna flöt på bra och att det sällan uppstod tystnad eller missförstånd. Trattmodellen har vi försökt använda oss av men vi kan i efterhand se att den lättare kunnat följas om vi hade haft en kort beskrivning av den med oss. Samtidigt tycker vi att samtliga intervjuer hade en logisk följd och att vi automatiskt fick en naturlig avslutning på varje intervju. I de situationer vi behövt ett förtydligande eller precisering har vi ställt följdfrågor.

Intervjuerna har transkriberats snarast efter genomförd intervju och ofta innan nästa intervju skulle ske. Detta ser vi som en fördel då detta har gjort att vi kunnat ta lärdom av den genomförda intervjun inför nästa samt att vi kunnat se att vissa frågor behövt förtydligas eller ställas på ett annat sett. Transkriberingen har varit tidskrävande och arbetsam. Vi har transkriberat intervjuerna ordagrant och de utskrivna intervjuerna skulle kunna uppfattas som mindre begripliga för en utomstående läsare. Vår förförståelse samt våra noteringar från intervjutillfället såsom kroppsspråk gör att de för oss blir lätta att förstå. Vi har även låtit vår handledare under arbetets gång läsa samtliga intervjuer för feedback. Pga tidsbrist har vi inte haft möjlighet att gå tillbaks till deltagarna för att bekräfta om vi uppfattat deltagarna korrekt. Vi har tänkt på detta redan vid intervjutillfället och har försökt klargöra redan där om vi upplevt något som otydligt. I de fall som vi känt oss osäkra på betydelsen i ett textstycke har vi valt att utesluta detta helt i stället för att riskera att göra en feltolkning. Detta kan naturligtvis ses som en svaghet.

Då vi är nybörjare inom analys av kvalitativt material valde vi att använda oss av innehållsanalys då vi uppfattade denna metod som mest lämplig för materialet och vi tyckte att metoden beskrevs på ett logiskt och lättförståeligt sätt. Att välja ut meningsbärande enheter för att sedan kondensera dem har varit en utmaning. En del av utmaningen berodde på att många intervjuer innehöll oavslutade meningar och tankegångar, detta gjorde resultatet något svårtolkat. Det kan finnas en svaghet samt svårighet då de meningsbärande enheterna i viss mån plockas ur sitt sammanhang, något som kvalitativ innehållsanalys tidigare

kritiserats för (Woods, Priest & Roberts, 2002). Vid kondenseringen är det därför viktigt att sammanfattningen blir rättvis och att vi vet ur vilket sammanhang den meningsbärande enheten är tagen. Då vi har numrerat och färglagt alla meningsbärande enheter samt från vilka intervjuer de kommit från har vi alltid kunnat gå tillbaka till ursprungsintervjun för att säkerställa sammanhanget. Vi har efter kondenseringen identifierat åtta kategorier som satts in i Figur.1 för att göra resultatet överskådligt för läsaren. När vi redovisat vårt resultat har vi även bifogat citat då vi tycker att de ger läsaren en tydligare bild av varje kategori.

Etisk diskussion

Vi har utformat en deltagarinformation och vi upplever att den förstods av samtliga deltagare. Deltagarna har även getts möjlighet att ställa frågor. Samtliga deltagare har samtyckt till att delta i studien skriftligt. Vi anser att vi har kunnat upprätthålla den utlovade konfidentialiteten. Vi har använt oss av citat i vår resultatredovisning men våra deltagare har informerats om detta i förhand och var väl medvetna om att de skulle kunna känna igen sig själva i detta. Dock kan ingen deltagare identifieras i sina uttalanden av utomstående läsare.

Konklusion

Sammanfattningsvis anser vi att amningsstödet och rådgivningen till en mamma som genomgått sectio behöver få ta längre tid, vilket barnmorskorna i vår studie inte tycker att de har idag. Vidare måste vårdrutinerna förbättras och individanpassas vad gäller smärtlindring samt möjligheterna till tidig hud mot hudkontakt. Gemensamt för alla barnmorskor var att trots viljan att främja amning upplevde flera det som svårt att stå emot mammans/partners önskemål om tillmatning.

Referenser

- Anderson, G.C., Moore, E., Hepworth, J & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane library* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519
- Asole, S., Spinelli, A., Antinucci, L.E., & Di Lallo, D. (2009). Effect of hospital practices on breastfeeding: A survey in the Italian region of Lazio. *Journal of Human Lactation* 25(3), 333-340
- Bennis, M., Gottvall, K. & Stephansson, O. (2011). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Stockholm: Medicinskt födelseregister, Socialstyrelsen
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, A.-M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *BIRTH* 36(2), 97-109
- Dewey, K., Nommsen-Rivers, L., Heinig, M. & Cohen, R., (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 112(3), 607-619.
- Ekström, A. (2005). *Amnings- och vårdkvalitet*. Doktorsavhandling. Karolinska institutet, institutionen för kvinnors och barns hälsa. Elanders Gotab
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112
- Hanson, L. (2004). *Immunobiology of human milk: How breastfeeding protects babies*. Amarillo: Pharmasoft Publishing
- Hildingsson, I. (2009). Den komplicerade förlossningen: Kejsarsnitt. I A Kaplan m.fl. (Red), *Lärobok för barnmorskor 3:e uppl.* (s 350-356). Lund: Studentlitteratur
- Inch, S. (2009). Infant feeding. I D Fraser & M Cooper (Red.), *Myles textbook for midwives 15:th ed.* (s 785-816). Storbritannien: Elsevier Limited

- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K.-G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN Clinical research* 36(5), 430-440
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kylén, J.-A. (2004). *Att få svar: intervju, enkät, observation*. Stockholm. Bonnier utbildning AB
- Källen, K., Rydström, H. & Otterblad Olausson, P (2005). *Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen
- Lin, S.Y., Lee, J.T., Yang, C.C. & Gau, M.L. (2011). Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *Journal of Nursing Research* 19(2), 94-101
- McLachlan, H.L., Gold, L., Forster, D.A., Yelland, J., Rayner, J. & Rayner, S. (2009). Women's view of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women and Birth* 22(4), 128-133
- Medicinska forskningsrådet (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widström, A.-M. & Winberg, J. (1995). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early human development* 45(1-2), 103-118
- Livsmedelsverket (2011). *Bra mat för spädbarn under ett år*. Hämtad 10/11 2011 från: http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/bra_mat_spadbarn_broschyr.pdf
- Svensson, K. (2009). Amning: amning ur ett kulturellt, historiskt och socialt perspektiv samt vägledning. I A Kaplan m.fl. (Red), *Lärobok för barnmorskor 3:e uppl.* (s 459-494). Lund: Studentlitteratur

WHO & UNICEF (1990): The Innocenti declaration. Hämtad 22/12 2011 från: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

WHO & UNICEF (1990): Ten steps to successful breastfeeding. Hämtad 22/12 2011 från: <http://www.unicef.org/newsline/tensteps.htm>

Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M. & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Pædiatrica* 100(1), 79-85

Wiklund, I., Norman, M., Uvnäs-Morberg, K., Ransjö-Arvidson, A.-B. & Andolf, E. (2009). Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors. *Midwifery* 25(2), e31-e38.

Woods, L., Priest, H. & Roberts, P. (2002). An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: Practical illustrations. *Nurse researcher* 10(1), 30-42

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *BIRTH* 37(4), 275-279

Bilaga 1.

Deltagarinformation

Studiens titel: Barnmorskors förhållningssätt till amning och tillmatning av barn som fötts via sectio.

Bakgrund

En undersökning på eftervårdsavdelningar på Stockholms kvinnokliniker visar att barn som fötts via sectio tillmatas i betydligt högre utsträckning jämfört med de barn som fötts vaginalt, detta utan att medicinsk indikation förelegat. Enligt WHO behöver det friska fullgångna barnet inget annat än modersmjölk det första halvåret, sectio är således inte en indikation för tillmatning. Det är känt att vårdpersonals förhållningssätt till amning påverkar mammor och amningsutfallet. Fördelarna med amning är välkända. Utifrån ovan nämna problematik finner vi det värdefullt att undersöka hur barnmorskor idag förhåller sig till amning och tillmatning av barn som fötts via sectio samt vilka problem en barnmorska kan ställas inför i denna situation.

Syftet

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors förhållningssätt till amning och tillmatning av barn som fötts via sectio. Vi vill noga betona att syftet med studien ej är att påvisa rätt eller fel i deltagarens sätt att arbeta utan snarare belysa de problem som en barnmorska kan ställas inför vid en komplicerad amningssituation och hur hon/han löser dem.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande i studien utan att ange orsak.

Genomförande av studien

Du kommer att bli intervjuad av två barnmorskestudenter. Intervjun spelas in på band för att sedan skrivas ned i text. Texten analyseras för att identifiera gemensamma drag. Dessa kommer att sammanställas i en magisteruppsats. Intervjun kommer att hållas i en lokal på Din arbetsplats i anslutning till Din arbetstid och ta ca 30-60 minuter. För deltagande i studien krävs att du ger ditt samtycke.

Hantering av data

Materialet hanteras konfidentiellt vilket innebär att enbart forskargruppen känner till Din identitet. I det färdiga materialet kan citat förekomma, dessa kan dock aldrig härledas till enskild person. Forskargruppen omfattas av sekretesslagen.

Har Du några frågor angående studien eller hur dina uppgifter kommer hanteras är Du välkommen att ringa eller maila oss.

Bm-student Susanna Weyde

0736940215

susanna.veyde@gmail.com

Bm-student Sara Sjunnesson

0704857648

sarasjunnesson@hotmail.com

Bilaga 2.

Intervjuguide för intervjuarna

Bakgrundsfakta:

Ålder, yrkeserfarenhet, erfarenhet av eftervård, amningsutbildning, egna barn och egna erfarenheter av amning.

Grundläggande frågor:

- Vilka faktorer tror du påverkar hur du förhåller dig till tillmatning respektive amning av barn som fötts via sectio?
- Finns det specifika faktorer hos Dig själv som påverkar ditt förhållningssätt till tillmatning respektive amning av barn som fötts via sectio?
- Finns det specifika faktorer hos mamman som påverkar ditt förhållningssätt till tillmatning respektive amning av barn som fötts via sectio?
- Finns det specifika faktorer hos barnet som påverkar ditt förhållningssätt till tillmatning respektive amning av barn som fötts via sectio?

Stödfrågor att använda vid behov

- Upplever du att det förekommer mer amningsproblem vid sectio? Vilka?
- Vad upplever du är den vanligaste icke-medicinska orsaken till att barn tillmatas?
- Finns det tillfällen där du tycker det är motiverat att tillmata barnet (utan medicinsk indikation)?
- Kan du beskriva en situation där du kände att du verkligen lyckades med ditt/din amningsstöd/rådgivning?
- Kan du beskriva en situation där du upplevde det särskilt svårt att ge amningsstöd/rådgivning?
- Finns det faktorer i organisationen som påverkar ditt förhållningssätt till amning respektive tillmatning av barn som fötts via sectio?

Bilaga 3.

Intervjuguide för deltagaren

- Vilka faktorer tror du påverkar hur du förhåller dig till tillmatning respektive amning av barn som fötts via sectio?
- Finns det specifika faktorer hos Dig själv som påverkar ditt förhållningssätt?
- Finns det specifika faktorer hos mamman som påverkar ditt förhållningssätt?
- Finns det specifika faktorer hos barnet som påverkar ditt förhållningssätt?